



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

RAYANE NICOLE SINFRÔNIO DA SILVA  
WAGNER DE ARAÚJO MENEZES

**O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: e o serviço social**

RECIFE

2022

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

RAYANE NICOLE SINFRÔNIO DA SILVA  
WAGNER DE ARAÚJO MENEZES

**O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: e o serviço social**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Juliane Feix Peruzzo

RECIFE

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Rayane Nicole Sinfrônio da.

O princípio da integralidade na política de saúde: e o serviço social / Rayane Nicole Sinfrônio da Silva, Wagner de Araújo Menezes. - Recife, 2022.

60

Orientador(a): Juliane Feix Peruzzo

Coorientador(a): Delaine Cavalcanti Santana de Melo

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2022.

1. Política social e Políticas de saúde. 2. Política de saúde no Brasil e a construção do SUS. 3. O princípio da integralidade. 4. O Serviço Social na saúde. 5. O princípio da integralidade e as práticas do serviço social. I. Menezes, Wagner de Araújo. II. Peruzzo, Juliane Feix. (Orientação). III. Melo, Delaine Cavalcanti Santana de. (Coorientação). IV. Título.

RAYANE NICOLE SINFRÔNIO DA SILVA  
WAGNER DE ARAÚJO MENEZES

**O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: e o serviço social**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 05/11/2022

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Juliane Feix Peruzzo

Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Delaine Cavalcanti Santana de Melo

Universidade Federal de Pernambuco

## AGRADECIMENTOS

*Rayane Nicole Sinfrônio da Silva*

Ao meu filho Miguel Sinfrônio, pelo aprendizado da renúncia e por ser minha força durante essa jornada. A meu esposo, Bruno Chalegre, pelo apoio até antes mesmo de tudo isso se concretizar, me encorajando com força e otimismo.

Aos meus amigos e familiares pela rede de apoio nos momentos mais difíceis. Aos meus professores pela paciência e pelos ensinamentos. Ao meu pai, Lucas Calábria, por sempre acreditar e me encher de esperança .

Agradeço especialmente às minhas matriarcas: Josefa Firmina (*in memorian*), Sebastiana Sinfrônio (*in memorian*), Socorro Sinfrônio, Rosineide Calábria, Flávia Sinfrônio; que mesmo não tendo a mesma oportunidade de estudar me incentivaram em todos os momentos, e mesmo que algumas só estejam em memória a história de suas vidas me mostrou que minha raiz é forte e que posso conquistar o inimaginável.

A Deus principalmente por esta oportunidade incrível que tive nesta vida de passar pelo aprendizado da perseverança.

## **AGRADECIMENTOS**

*Wagner de Araújo Menezes*

Na minha mente passa um filme do caminho trilhado até chegar esse momento, o apoio e a surpresa da minha esposa Marcela Almeida, quando comuniquei minha decisão de entrar no curso de graduação em Serviço Social. De lá para cá, não fazíamos ideia dos momentos que estavam por vir. Tanto pelas condições impostas pelas circunstâncias políticas e econômicas do país, quanto pelos rebatimentos desses acontecimentos em nossas vidas.

Só tenho a agradecer a paciência, a torcida e o orgulho estampados nos rostos dos meus filhos Letícia Colaço e Erick Almeida, que sempre tenho lembrado sobre a importância da educação.

Agradeço também a compreensão dos familiares e amigos pelas faltas nas comemorações, nas reuniões de família que não pude comparecer durante esse período de graduação.

Quero registrar aqui também um agradecimento especial aos professores/as e supervisores/as de estágio, que contribuíram com essa realização e principalmente a professora Juliane Feix Peruzzo, que se disponibilizou a orientar e organizar esse trabalho de conclusão de curso e a assistente social Tilândsia Macêdo que foi supervisora de estágio na unidade pública de saúde.

Deixei para o final uma homenagem aos meus pais Dona Neide e ao Sr. Antônio, que essa graduação seja dedicada à luta de vocês para educar e alimentar quatro filhos em um país tão desigual.

*Por tão pouco terem tanto, é que tantos têm tão pouco*

*Eduardo Marinho*

## RESUMO

SINFRÔNIO, Rayane; ARAÚJO, Wagner. **O Princípio da Integralidade na Prática de Saúde: E o Serviço Social.** Monografia em Serviço Social. RECIFE: UFPE, 2022. Orientadora: Juliane Feix Peruzzo.

Esta monografia tem por finalidade refletir sobre o princípio da integralidade, como uma das bases do SUS juntamente com a universalidade e equidade, e sua efetivação na prática do Serviço Social. Para tal buscamos refletir, ainda que brevemente, a trajetória histórica da constituição da política de saúde no Brasil. Iniciamos contextualizando sobre o significado das políticas sociais e, de maneira mais particular sobre a nova concepção de saúde configurada a partir da reforma sanitária, movimento no qual consolidou a reestruturação das políticas de saúde no Brasil, tendo por sustentação a Constituição Federal de 1988 e a sua materialização no Sistema Único De Saúde. Particularizamos as reflexões na dimensão da integralidade, que é um dos princípios doutrinários que norteiam o SUS. Seus fundamentos estão atrelados a ruptura de modelos de atenção à saúde fragmentados e reducionistas, esse princípio também tem uma conceituação polissêmica, ou seja, tem vários sentidos que abrange diferentes dimensões de estruturação e organização das políticas de saúde. O princípio da integralidade é uma das mediações interventiva do Serviço Social estando presente em sua prática profissional cotidiana, tendo por sustentação a categoria da totalidade que compreende os indivíduos de forma integral. Todavia existem desafios a serem superados na efetivação do princípio da integralidade no contexto da prática profissional do assistente social. A metodologia utilizada é a bibliográfica e documental, através de pesquisas bibliográficas no tema integralidade presente em livros, revistas, sites, artigos, dissertações e teses, a partir da perspectiva teórico-metodológica e do método materialista-histórico-dialético.

**Palavras-chaves:** Integralidade, política de saúde, Serviço Social.

## ABSTRACT

SINFRÔNIO, Rayane; MENEZES, Wagner. **The Principle of Integrality in Health Practice:** And Social Work. Monograph in Social Work. RECIFE: UPFE, 2022. Advisor: Juliane Feix Peruzzo.

This monograph aims to reflect on the principle of integrality, as one of the bases of the SUS along with universality and equity, and its effectiveness in the practice of Social Work. To this end, we seek to reflect, albeit briefly, the historical trajectory of the constitution of health policy in Brazil. We begin by contextualizing the meaning of social policies and, more particularly, the new conception of health configured from the sanitary reform, a movement in which the restructuring of health policies in Brazil was consolidated, based on the Federal Constitution of 1988 and its materialization in the Unified Health System.. We particularize the reflections in the dimension of integrality, which is one of the doctrinal principles that guide the SUS. Its foundations are linked to the rupture of fragmented and reductionist health care models, this principle also has a polysemic concept, that is, it has several meanings that cover different dimensions of structuring and organization of health policies. The principle of integrality is one of the interventional mediations of Social Work being present in its daily professional practice, having as support the category of totality that comprises individuals in an integral way. However, there are challenges to be overcome in implementing the principle of integrality in the context of the social worker's professional practice. The methodology used is bibliographic and documentary, through bibliographic research on the theme of integrality present in books, magazines, websites, articles, dissertations and theses, from the theoretical-methodological perspective and the materialist-historical-dialectical method.

**Keywords:** Integrality, health policy, Social Work.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas De Saúde
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais
CEAS	Conselho Estadual de Assistência Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DSS	Determinações Sociais da Saúde
FAS	Fundação de Ação Social
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social.
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LBA	Legião brasileira de assistência
LOAS	Lei Orgânica Da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica De Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRSB	Movimento De Reforma Sanitária Brasileira
NOB	Norma Operacional Básica
PIASS	Programa De Interiorização Das Ações De Saúde E Saneamento
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPA	Plano Plurianual

REME	Relação de Medicamentos
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência a Assistência
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único De Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 2 - TRAJETÓRIA DA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b>	<b>16</b>
2.1. POLÍTICA SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES	16
2.2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	18
2.2.1 Os princípios do SUS	25
<b>CAPÍTULO 3 PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: DIRETRIZ POLÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	<b>29</b>
<b>3.1 O MARCO HISTÓRICO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO BRASIL</b>	<b>29</b>
3.2. PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: CONCEITOS E SENTIDOS	32
3.2.1 As noções conceituais da integralidade	33
3.3 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	36
<b>CAPÍTULO 4 - SERVIÇO SOCIAL E O DESAFIO NA EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE</b>	<b>40</b>
4.1 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	43
4.1.1 O princípio da integralidade e as práticas do serviço social	47
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>54</b>

## INTRODUÇÃO

O campo do conhecimento da política de saúde e suas dimensões é uma área de interesse coletivo aberta a inúmeros debates, ao longo dos últimos 30 anos essas políticas têm passado por avanços e retrocessos acompanhando as tendências vigentes na sociedade, dentre as conquistas a Constituição de 1988 é um marco histórico essencial que estruturou os princípios e diretrizes do Sistema Único De Saúde: Equidade, Universalidade e Integralidade.

As conquistas sociais na saúde são resultado de muita resistência e fruto da luta de diversos movimentos que defendiam um sistema de saúde igualitário e universal, através da elaboração, fiscalização e concretização de políticas públicas, formação dos profissionais da saúde e participação popular, o surgimento do sistema único de saúde é um marco histórico importante que conceituou a saúde como direito de todos e dever do estado, esse sistema com suas diretrizes e princípios são a base da atuação dos profissionais de saúde incluindo os Assistentes Sociais.

Refletindo sobre gênese das políticas sociais que tinham caráter coercitivo, obrigavam o trabalho e buscavam controle hegemônico da população, a função era de punir a vagabundagem e obter controle social, após a Segunda Guerra Mundial surge o movimento de bem-estar social que "visa reduzir as desigualdades sociais decorrentes do capitalismo para promover um modo de vida que leve uma condição mais humanitária às classes trabalhadoras e às camadas mais pobres da população" (PORFÍRIO, 2020, p.10). De acordo com Behring; Boschetti (2011), o amplo sistema de bem-estar social, *Welfare State*, influenciou as políticas sociais e as de saúde nos países Latino Americanos, inclusive o Brasil, sabendo que nunca construímos um estado de bem estar, no limite, o que se teve no Brasil, foi um estado de intervenção "no social".

Após a 2ª Guerra Mundial o Estado de Bem-Estar Social consolidou-se no continente europeu. O Plano Beveridge (1942) na Inglaterra serviu de base para o sistema de proteção social britânico e de vários países europeus. A referência conceitual desse sistema foi a noção de Seguridade Social entendida como um conjunto de programas de proteção contra a doença, o desemprego, a morte do provedor da família, a velhice, a dependência por algum tipo de deficiência, os acidentes ou contingências sociais (YAZBEK, 2008, p.8).

No Brasil as políticas de saúde passaram por diferentes processos de estruturação para a sua atual configuração. Durante o regime militar, a política de saúde era atribuída a um sistema de previdência e instituições filantrópicas, ou seja, um sistema não universalizado, de baixa eficiência que compreende a saúde como um estado de não doença (BRAVO, 2006). As contradições observadas durante esse período, já no contexto da redemocratização, deram origem ao Movimento de Reforma Sanitária, sendo responsável pela ideia de uma saúde pública, democrática, universal, integral e descentralizada, características que depois se tornaram as bases do Sistema Único de Saúde. Consequentemente, o enfraquecimento do regime ditatorial revela o início de um período de redemocratização, que se representa no modelo de saúde pública predominante no país, com a criação de um Sistema Único de Saúde, ordenado, organizado e garantido pela constituição de 1988, suas diretrizes são a equidade, universalidade e integralidade.

A discussão do princípio da integralidade e de como essa diretriz é refletida na prática no Serviço Social é o tema do presente trabalho, tal princípio se fundamenta numa compreensão de saúde de forma integralizada, buscando o rompimento de modelos simplistas e que compreende o indivíduo de forma fragmentada, a integralidade é um princípio multifacetado de diversos sentidos abrangendo diferentes espaços sócio-ocupacionais e que teve suas bases no movimento sanitário.

A Reforma Sanitária foi (e continua sendo) um dos movimentos das lutas sociais que buscou a reestruturação das políticas de saúde tendo por direção política a construção de uma saúde coletiva e de acesso universal. É importante salientar que "[...] há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios". (CFESS, 2010, p. 26). Os paradigmas da atuação do princípio da integralidade na prática do Assistente Social buscam construir processos que possam romper com as ações reducionistas e segmentadas que se contrapõem às ações integradas. De acordo com Machado e colaboradores (2007, p. 336) "a integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude". Contudo, o modelo de saúde em sua grande maioria segue uma prática fragmentada, a ruptura com esse tipo de sistema, subjaz ao arcabouço do projeto

ético-político do serviço social que de busca a “[...] democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais [...]” (BRAVO E MATOS, 2006, p. 36).

Diante disso, quais os elementos chaves do contexto histórico de estruturação do princípio da integralidade? O que vem a ser a integralidade e seus sentidos? Como o princípio da Integralidade é apropriado na prática do serviço social? Quais as dimensões do princípio da integralidade na prática do serviço social? Esses foram os questionamentos que direcionaram os objetivos do nosso estudo, quais sejam: Analisar o princípio da integralidade como mediação das práticas dos assistentes sociais, no sentido da garantia dos direitos na área da saúde; Identificar avanços no modelo de saúde voltado à atenção integral ao usuário no âmbito do Sistema Único de Saúde; Caracterizar a efetivação da integralidade em saúde a partir do serviço social; Analisar os desafios ainda existentes na atenção integral ao usuário no processo de trabalho do assistente social.

O interesse deste estudo teve por motivação a experiência do Estágio Supervisionada em Serviço Social, realizada no primeiro semestre de 2021.1 e terminou no segundo semestre de 2021.2, junto a uma instituição hospitalar do Recife. Nesta experiência identificamos processos de trabalho do Serviço Social e da equipe de saúde que, apontavam sobre a importância de ser levado em consideração uma resposta qualificada aos usuários, tendo por sustentação o princípio da integralidade.

Buscamos identificar o princípio da integralidade como norteador da prática do Serviço Social para efetivação de uma saúde universalizada, democrática. Nesse contexto, pretendemos identificar os avanços do modelo de saúde voltado a atenção integral ao usuário no âmbito do sistema único de saúde, analisando os desafios existentes na atenção integral ao usuário no processo de trabalho do assistente social.

Para o desenvolvimento do estudo primordialmente pesquisa exploratória, que de acordo com Gil (2002), se configura como do tipo bibliográfico e documental. Para exemplificar algumas referências em que nos apoiamos, podemos citar autores como: AGUIAR (2015); BARROCO (2012); BEHRING (2011); CECILIO (2007); ESCOREL (1999); FALEIROS (2000); IAMAMOTO (2014); MATTOS (2007); MINAYO (2007); MOTA (2006); NETTO (2011); PAIM (2008); RONCALLI (2003);

VASCONCELOS (2013), entre outros. As pesquisas também se apoiaram em publicações do o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/UERJ), além de outras bibliografias existentes sobre Integralidade através de livros, revistas, artigos, sites, teses e dissertações. Também foram utilizados trabalhos produzidos pelo (CFESS) Conselho Federal de Serviço Social, como por exemplo, “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na saúde”, dentre outros. Buscamos sustentar nossas considerações expositivas a partir da perspectiva do método materialista-histórico-dialético, uma vez este propicia uma leitura crítica da realidade e da temática a ser abordada, através de aproximações sucessivas do objeto com a realidade.

Assim, a exposição das discussões está estruturada em quatro capítulos. O primeiro capítulo se constitui nesta introdução. O segundo aborda as políticas de saúde como resultado de relações complexas e contraditórias oriundas da luta de classes e das respostas do Estado para com a construção da políticas de saúde no Brasil. Particularizamos, neste capítulo, de maneira breve, o contexto sócio-histórico da construção do Sistema Único de Saúde.

No terceiro capítulo definimos o conceito de integralidade e todas as noções que esse princípio abrange, uma vez que se trata de um conceito polissêmico e multifacetado na busca de um modelo de atenção à saúde integralizado. Refletimos sobre o contexto da consolidação do princípio da integralidade no Brasil, além das práticas das equipes multiprofissionais.

No quarto capítulo abordamos a discussão teórico metodológico do Serviço Social, determinando os aspectos históricos desta profissão e seu movimento de reconceituação que possibilitou a abertura do processo crítico do Serviço Social, que oportunizou o direcionamento para com o engajamento da categoria prisional na construção do movimento sanitário, na efetivação do SUS e na busca de direcionar a prática profissional tendo o princípio da integralidade, como um dos pilares de sustentação ético-política.

Por fim, realizamos considerações acerca do Serviço Social e o princípio da integralidade na prática profissional, refletindo sobre os limites e possibilidades na defesa intransigente do SUS como política pública universal e gratuita.

## **CAPÍTULO 2 - TRAJETÓRIA DA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

### **2.1. POLÍTICA SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES**

As políticas sociais são desdobramentos e formas de enfrentamento da Questão Social<sup>1</sup> que resulta da inflexão do processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas. As políticas são “[...] processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo [...]”(BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 36). Segundo Faleiros (2000), existe uma dinâmica entre o Mercado e o Estado que cede ou avança nas políticas sociais de acordo com a conjuntura política do período. Para o autor, “A reprodução da força de trabalho reproduz também a situação de classe e as desigualdades sociais inerentes ao sistema capitalista, na dinâmica das lutas e forças sociais” (FALEIROS, 2000, p. 77).

Retrocedendo até as sociedades pré-capitalistas, encontraremos a gênese dessas políticas sociais, essas sociedades não privilegiavam o mercado, mas assumiam algumas responsabilidades para manter a ordem social e coibir a vagabundagem. As primeiras iniciativas são as leis inglesas concebidas antes da revolução industrial:

Estatuto dos trabalhadores de 1349; Estatuto dos Artesãos (Artífices), de 1563; Leis dos pobres elisabetanas, entre 1531 e 1601; Lei dos domicílio (*Settlement Act*), de 1662; *Speenhamland Act*, de 1795; Lei Revisora das Leis dos pobres, ou Nova Lei dos Pobres (*Poor Law Amendment Act*), de 1834 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 48).

---

<sup>1</sup> "A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão". (CARVALHO e IAMAMOTO, 1983, p.77)

Essas Leis eram punitivas para indivíduos que fossem considerados vagabundos, mendigos e ou viciados, previam alguma ajuda das paróquias para quem não podia trabalhar e privilegiava os nobres empobrecidos, mas o objetivo real era forçar ao trabalho. Após 1730 com a criação das workhouses a situação piorou, quem fosse preso por vagabundagem era forçado a trabalhar nessas instituições, Faleiros (2000). Existe uma exceção nessa relação de Leis punitivas, a Lei *Speenhamland Act*, de 1795, que previa um soldo equivalente ao valor do pão na época, mas foi revogada pela Nova Lei dos Pobres (*Poor Law Amendment Act*), de 1834, que instituiu assistência somente dentro dos albergues e para os indivíduos que não pudessem trabalhar, deixando os demais sem nenhuma proteção, e desta forma abriu caminho para o sistema capitalista, “[...] do primado liberal do trabalho como fonte única exclusiva de renda” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 48).

Em se tratando da política de saúde, especificamente, das condições sob as quais se desenvolveram no contexto da sociedade capitalista, a história vai demonstrar que muitas das doenças, mortes e agravos da população estavam relacionadas às péssimas condições de vida da classe trabalhadora, isto é, ao processo de expropriação, de industrialização e de urbanização, expressando-se nas condições insalubres das fábricas e nas ruas, provocando epidemias e endemias nunca vistas anteriormente (COSTA, 2010 *apud* SEVERO, 2012, p. 24).

Após a segunda guerra mundial, os partidos de direita e esquerda dos países capitalistas da Europa ocidental, entraram em consenso sobre uma série de legislações sociais, como também o avanço de um amplo sistema de bem-estar social, que ficou conhecido como, *Welfare State*<sup>2</sup>, esse projeto visava a recuperação desses países no pós-guerra (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). O *Welfare State* era apoiado em três pilares, educação, seguros<sup>3</sup> e saúde, teve grande influência do Plano Beveridge<sup>4</sup>, no tocante às características das políticas sociais e de John

---

<sup>2</sup> Um amplo sistema de bem-estar social, caracterizado por expressivo aumento do orçamento social, ampliação de gastos com aposentadorias e saúde e expansão dos programas sociais, com grande influência do Plano Beveridge. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 92).

<sup>3</sup> Essa característica de seguro remete às políticas do século XIX criadas na Alemanha, no governo de Otto Von Bismarck, quando instituiu o primeiro seguro-saúde nacional obrigatório em 1883. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 65).

<sup>4</sup> Plano Beveridge de Seguridade Social. A partir dos trabalhos da comissão presidida por Sir. William Beveridge, instituída pelo parlamento inglês – Comissão Interministerial de Seguro Social e Serviços Afins – tinha-se como propósito a reorganização das ações e projetos já existentes na Grã-Bretanha, pela expansão, uniformização e consolidação de planos de seguro social, benefícios e serviços afins, além da criação de novos auxílios. (COSTA, 2019, p. 13).

Maynard Keynes (1883-1946)<sup>5</sup>, no tocante às práticas intervencionistas do Estado para garantir a geração de empregos.

Esse período ficou conhecido como os “anos de ouro”, que iniciou no pós-guerra 1945 e teve seu esgotamento na segunda metade da década de 1960. As características do *Welfare State* influenciaram as políticas sociais e as de saúde nos países Latino Americanos, inclusive o Brasil. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 89).

## 2.2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para compreendermos algumas características da política de saúde brasileira e seus princípios, analisaremos os fatores que a estruturam. Dentre eles, o golpe militar de 64 com seu “milagre econômico”, o Movimento de Reforma Sanitária, o período de redemocratização, a organização da constituição de 1988, assim como a elaboração dos princípios e diretrizes dos SUS e sua implementação. Iniciaremos com o golpe militar de 64 que silenciou o debate de várias reformas de base, inclusive a reforma sanitária, segundo o médico sanitário Nelson Rodrigues Dos Santos (MATHIAS, 2018); Os 21 anos de ditadura militar resultaram em um aprofundamento das desigualdades e contrastes já existentes na sociedade brasileira. Esse período se caracterizou por fortes investimentos no setor agropecuário e sua modernização, além do aumento do fluxo migratório para os grandes centros ocasionado pelo êxodo rural causando o crescimento descontrolado e sem planejamento das cidades.

As cidades certamente não estão preparadas para receber grandes quantidades de pessoas oriundas do campo. Estas vem crescendo de forma bastante descontínua, sem que sejam realizados planejamentos. Este fato faz com que a qualidade de vida das pessoas seja afetada, haja vista que se torna difícil a disponibilização de lazer, saúde, emprego, habitação e educação eficaz para todos (SOPRAN ; DERBARDA, 2017, p.1).

A intensificação da modernização e do êxodo rural favoreceu o crescimento de locais sem condições básicas de saneamento e estrutura, além do inchaço populacional e a pobreza que afetou as classes sociais mais vulneráveis, em contrapartida nos anos 1960 e 1970 a saúde era restrita a trabalhadores/as

---

<sup>5</sup> J. M. Keynes defendia a intervenção estatal para reativar a produção em momentos de crise do capital, rompendo parcialmente com o pensamento do liberalismo. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 83).

vinculados ao sistema previdenciários; aos/às demais trabalhadores/as a assistência era advinda das instituições filantrópicas, ou seja, um sistema não universalizado, de baixa eficiência que compreende a saúde como um estado de não doença (BRAVO, 2006); As políticas de saúde eram caracterizadas pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. A ditadura militar rebaixou as políticas de saúde a um estado de intervenção e não mais de bem estar social, com o declínio do regime militar emerge mesmo de forma limitada um processo de redemocratização das políticas públicas dentro de seu contexto econômico (BRAVO, 2001).

Na década de 70 do século XX, chega o que ficou conhecido como o Milagre Brasileiro, caracterizado por um crescimento milagroso que foi obtido através de endividamento junto ao capital estrangeiro que estava em contexto de crise, com o fim dos anos de ouro, o capital precisava de nichos de valorização para restaurar suas taxas de crescimento, e fez isso através da ampliação dos mercados de bens fordista em locais que ainda havia algum potencial para crescer, “[...] Esse processo implicou o extraordinário crescimento do bolo, mas sem nenhuma perspectiva de divisão posterior” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 135).

Houve uma ampliação do mercado interno brasileiro, mas não se sabia até quando seria possível absorver a produção. Em 1974 começaram os primeiros indícios desse limite, a queda nas taxas de crescimento anual, a estratégia foi exportar o excedente, mas como foi dito acima, havia uma crise internacional, as taxas de crescimento que eram de 14% e 11% desde 1968, agora caíram para 5% em 1975 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Nesse período houve um crescimento das políticas sociais, mas com dupla função, a legitimação do regime ditatorial e controle da massa de trabalhadores, “[...] expandia-se também a cobertura da política social brasileira, conduzida de forma tecnocrática e conservadora, reiterando uma política singular de expansão dos direitos sociais em meio às restrições dos direitos civis e políticos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 135). As políticas sociais foram sendo modernizadas e expandidas, seguido de um processo de centralização, unificação e uniformização das políticas, como por exemplo o (INPS) o Instituto nacional da Previdência social, que começou aos poucos a introduzir categorias de trabalhadores que antes ficavam fora da previdência social, como os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas, os autônomos e os ambulantes.

Em 1974 com a criação do Ministério da Previdência, criou-se um complexo que centralizou a Legião Brasileira de Assistência (LBA)<sup>6</sup>, a Fundação Nacional de Bem-estar do Menor (FUNABEM), a Central de Medicamentos (CEME), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto de Administração \Financeira da Previdencia e Assistencia Social (IAPAS), passando a formar o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS). Alguns setores recebiam mais atenção que outros, como era o caso da Assistência Social que era responsabilidade da rede conveniada e da LBA. Todo o processo era permeado pela lógica de favorecimento da indústria de medicamentos e de equipamentos hospitalares, como também, a crescente tendência de medicalização da saúde. Simultaneamente era aberto espaço para o setor privado, formando um sistema dual para quem podia pagar e para os que não podiam pagar. Segundo Faleiros (2000) *apud* Behring;Boschetti (2011 p. 134):

Essa é uma das principais heranças do regime militar para a política social [...] Outra herança é a de que, mesmo com uma ampliação dos acessos públicos e privados, milhões de pessoas permaneciam fora do *complexo assistencial-industrial-tecnocrático-militar*.

Em 1974 começam a soprar os ventos da democracia, “[...] o governo anunciava uma distensão “lenta, segura e gradual” (PAIM, 2008 p. 69). A ideia de redemocratização lenta e gradual é na verdade uma manobra acompanhada de perto pela elite brasileira, que teme uma manifestação mais agressiva por parte da população que teve suas demandas represadas durante todo o longo período ditatorial. “Dessa forma, colocou-se em marcha uma transição democrática fortemente controlada pelas elites para evitar a constituição de uma vontade popular radicalizada.” (SADER 1990 *apud* BEHRING;BOSCHETTI, 2011 p. 138). O regime tentava censurar as informações sobre epidemias, mas ficava cada vez mais evidente que a população precisava de uma Reforma Sanitária.

[...] o planejamento instalou-se como prática institucional no Ministério da Saúde, pois até então restringia-se às experiências frustradas e isoladas em alguns Estados, ou mera retórica de discursos oficiais e acadêmicos. Na medida em que o autoritarismo se debilitava a questão social voltava a tona [...] (LUZ, 1970 *apud* PAIM, 2008 p. 70).

---

<sup>6</sup> A LBA tinha a finalidade de prestar assistência à população carente.

Houve a organização de alguns movimentos que indicavam uma direção mais progressista de saúde no país, eles representavam alguns segmentos da sociedade, segmento popular, estudantil, profissional e intelectual. O Movimento contra a carestia, os clubes de mães, os conselhos comunitários, na periferia de São Paulo, muitos vinculados à igreja católica. A Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC). Greve de estudantes na USP 60 mil jovens, que encorajaram outros movimentos no Rio de Janeiro, Brasília, Belo Horizonte, Salvador e Porto Alegre. O Movimento de Renovação Médica (REME), que tem origem no movimento de regulamentação da Residência Médica. E os docentes dos departamentos de medicina, como representantes dos intelectuais (PAIM, 2008).

Durante este período estavam acontecendo outros movimentos, como por exemplo a greve dos metalúrgicos no ABC Paulista, porém aqui estão relacionados os movimentos que estão ligados, não somente, a redemocratização ou a alguma reivindicação específica de uma categoria, mas também a Reforma Sanitária: “a política de saúde então hegemônica era a da mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, [...]” (SCOREL, 2009 p. 51).

É nesse período, em meio a um renascimento dos movimentos sociais, com os representantes dos setores populares que vimos acima, que ocorre a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)<sup>7</sup>:

Enquanto o governo implementava políticas racionalizadoras, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em julho de 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na UnB (Brasília), trazendo para discussão a questão da democratização da saúde e constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde (PAIM, 2008, p. 78).

O CEBES funcionou como um aglutinador das ideias de intelectuais orgânicos que tinham visões semelhantes, mas sem levantar bandeiras de partidos ou corporativismos, “Associava luta política a propostas técnicas, ao movimento de pessoas e ideias que era uma “pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário [...]” (SCOREL 1995 p. 141 *apud* PAIM, 2008 p. 79).

---

<sup>7</sup> Criado em julho de 1979, através da Revista Saúde em Debate mantinha um espaço de divulgação dos problemas de saúde brasileira, de crítica e propostas para reforma do sistema de saúde.

O CEBES contribuiu com a construção de uma cultura crítica do sistema de saúde, através de denúncia das falhas da organização econômico-social e os abusos do sistema de prestação de serviços privados. As ideias eram difundidas através da Revista Saúde em Debate e de livros de autores como Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Melo e Geovanni Berlinguer, como também através de reuniões em parceria com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) (PAIM 2008). Nos trabalhos que serão produzidos é possível notar a direção estratégica da Reforma Sanitária e os princípios que nortearam a constituição de 1988 e as políticas públicas de saúde que se apoiam nela.

Segundo o Cebes (1979), o que se constatou no movimento sanitário, foi a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde; coibir o empresariamento da medicina; alcançar o objetivo de que os serviços médicos prestados à população fossem gratuitos e acessíveis para todos; Além disso a saúde teria que ser de total responsabilidade do Estado, assim como, o planejamento e execução de políticas públicas; estabelecendo mecanismos de financiamento eficazes para o sistema de saúde de forma descentralizada, e que também permitissem a participação popular; no caso dos convênios que prestassem serviços ao sistema, como por exemplo os consultórios particulares, que seriam regidos por um estatuto que orientaria as práticas profissionais, as estratégias de controle sobre a população, distribuição de medicamentos, importação e produção de equipamentos médicos (CEBES, 1979 *apud* ESCOREL, 2008).

Durante o movimento sanitário foram realizadas experiências bem sucedidas, que aplicavam na prática alguns dos princípios que orientavam para a construção de uma nova concepção de saúde. Uma dessas experiências era o Projeto Montes Claros (PMC), “[...] permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular.” (ESCOREL, 1995 p. 137).

A experiência conseguiu apoio da população e funcionou como difusor da idéia de democratização da saúde, que culminou com a adoção do modelo pelo PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde) “[...] foi o projeto que significou, por um lado, a viabilização e expansão do modelo alternativo já experimentado em Montes Claros e, por outro, uma fase mais avançada do movimento sanitário, já que sua existência era mais visível.” (ESCOREL, 1995 p.

137). A utilização do modelo pelo PIASS significou maior visibilidade para o movimento sanitário e se tornou sua maior bandeira, porque esse projeto foi implantado em 10 (dez) Estados, isso ainda em 1979.

O modelo construído com a utilização dos três projetos institucionais caracterizou-se como regionalizado, hierarquizado em quatro níveis assistenciais, com definição da porta de entrada para o sistema. Suas principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária. Essas diretrizes e esse modelo perduraram nas AIS, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Reforma Sanitária, propostas defendidas pelo movimento sanitário (ESCOREL, 1995 p. 138).

Como acabamos de ver, os princípios foram elaborados através das observações das falhas do sistema de saúde anterior, como também, das discussões nos congressos para solucionar a crise sanitária causada por esse sistema. Cada princípio tem sua função específica no funcionamento da política de saúde. Sendo assim, não podem funcionar de forma estanque, em meio a uma lógica que favoreça o lucro em detrimento do direito à saúde. Veremos agora um exemplo de como um princípio pode ser desvirtuado, por estar imerso na lógica de mercantilização da saúde.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e vinculado a ele, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que tinha seus recursos destinados à construção de hospitais. Esse Ministério elaborou o Plano de Pronta Ação (PPA)<sup>8</sup>, que seria a solução encontrada para a inclusão da parcela da população que ficava sem atendimento, porque não tinha como pagar ou não tinha carteira assinada. Seria uma tentativa de “universalização do atendimento”, nos moldes administrativos do período, favorecimento da indústria de medicamentos e de equipamentos hospitalares, como também, a crescente tendência de medicalização da saúde. A intenção era garantir que a Previdência cobrisse todo atendimento médico, público ou privado, independente do vínculo previdenciário do paciente.

Porém o que aconteceu foi a cooptação do dispositivo pelo empresariado, que o transformou em um eficiente canal de desvio de verba pública. “Na realidade, o PPA foi amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas. Em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias” (ESCOREL, 1995, p. 55). Essas medidas somente

---

<sup>8</sup> Ampliava a contratação de hospitais e clínicas particulares para atendimentos de urgência de qualquer indivíduo, segurado ou não.

acentuaram os gastos e a dicotomia entre atenção preventiva e atenção curativa, deixando cada vez mais nítida a necessidade de uma grande mudança no sistema como um todo. Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, veio o debate sobre uma reforma mais completa na saúde e também ficou pactuada a inscrição desse novo Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988. Nesse período estava sendo articulada a Assembléia Constituinte:

[...] que foi instalada em fevereiro de 1987, sendo eleito Ulisses Guimarães para presidir a elaboração da nova constituição brasileira, que teria a participação social por meio de instrumentos jurídicos- as emendas populares com propostas a serem incorporadas na Carta Magna (AGUIAR, 2015, p. 37).

Ao mesmo tempo em que se desenhava o que viria ser o novo Sistema de Saúde na Assembléia Constituinte, incorporando os princípios definidos durante a Reforma Sanitária, o sistema existente o AIS foi sendo modificado com a criação do Sistema Unificado Descentralizado (SUDS), implantado por meio de convênio, entre o governo federal, estadual e municipal, possibilitando a criação dos conselhos estaduais e municipais, e descentralizando a concentração dos recursos do nível federal para o estadual, “[...] inovações democratizantes, tais como: o novo estatuto dos municípios como entes federativos autônomos, os conselhos paritários de políticas e de direitos e a instituição de um ciclo orçamentário [...]” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 144).

As conquistas foram importantes, mas logo sofreram ataques na mídia falada e escrita, uma campanha em torno de reformas, esse movimento contrário as conquistas progressistas é conhecido como a contra-reforma neoliberal, que teve início nos anos 90 com a eleição de Fernando Collor e logo em seguida com Fernando Henrique Cardoso, “ Reformando-se o Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011 p. 148).

Finalmente com a Constituição de 1988, o Sistema Único De Saúde (SUS) passa a ser concretizado, com normas estabelecidas pautadas a partir de princípios e diretrizes articuladas com as esferas: Municipal, Estadual e Federal (AGUIAR, 2015 p. 36). Inscrever os princípios e diretrizes gestados no movimento de Reforma Sanitária, na constituição de 1988, foi sem dúvida uma grande conquista da classe

trabalhadora. “A aprovação do SUS com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária significou uma grande vitória da sociedade.” (AGUIAR, 2015, p. 38).

A regulamentação do SUS é feita pela (LOS) Lei Orgânica Da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, favorecendo promoção, acesso, prevenção e gestão da saúde (AGUIAR, 2015). A formulação das diretrizes dos SUS enfatiza uma nova concepção de saúde, pautada em desmistificar a saúde como um estado de não doença, a saúde passa a ser compreendida como um direito garantido pelo estado e se encontra em constante estado de construção e aprimoramento.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sempre julzo dos serviços assistenciais; III- participação da comunidade (BRASIL, 1988, p.63)

Os princípios e diretrizes são “[...] a reconstrução da base jurídico-legal que conforma a área e lhe fornece orientações gerais para a sua organização e reorganização de serviços e práticas e dos modos de gestão e de atenção [...]” (CASTRO; MALO, 2006, p. 21). Eles aproximam as decisões do Estado das reais necessidades de saúde da população. Inscrevem uma nova concepção de saúde, em que ela passa a ser direito de todos os cidadão e dever do Estado, financiada por recursos públicos, conforme previsto na constituição de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, n.p).

O SUS é orientado através dos princípios, que podem ser divididos em duas categorias, os princípios doutrinários “[...] dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde” (RONCALLI, 2006, p. 24), e os princípios organizativos “[...] orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários” (RONCALLI, 2006, p. 34). Um elemento essencial no funcionamento do sistema é a participação popular, para que haja a efetivação de uma política pública democrática e alinhada com as reais necessidades dos usuários. Faremos a seguir uma breve discussão a respeito destes princípios.

### 2.2.1 Os princípios do SUS

Roncalli faz uma disposição dos princípios que ilustra bem a conexão entre eles, como se complementam e se articulam. Iniciando pelo princípio doutrinário da universalidade, que segundo o autor foi a “[...] ideia de universalidade, ou seja a saúde como um direito de cidadania, foi, certamente, o que melhor representou o sepultamento do modelo excludente anterior [...]” (RONCALLI, 2006, p. 34). Segundo esse princípio a saúde é direito de todos e que deve ser acessada por toda a população sem qualquer distinção ou preconceito, compreender a saúde como um direito engloba diferentes parâmetros para que se atinjam esse objetivo, o acesso universal e igualitário às políticas de saúde reafirma segundo a constituição de 1988 à “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Além disso, abre a saúde com a perspectiva de direito social, coletivo, e não individualizado (MATTA, 2007).

Para Roncalli (2006) o princípio da equidade, seria um desdobramento da ideia de universalidade, esse princípio assegura que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. O princípio da equidade reafirma a diminuição das desigualdades sociais, compreende a sociedade de classes como passiva de favorecimento às camadas mais subalternizadas da população, enxerga o processo de adoecimento como a relação do indivíduo com o meio em que vive, o acesso a saneamento básico, alimentação adequada, condições de moradia, segurança pública são exemplos desse processo, esse princípio favorece o acesso universal e equitativo as políticas de proteção social (AGUIAR, 2015).

O terceiro princípio doutrinário do SUS é o da integralidade. Para Roncalli (2006), este princípio deve ser entendido como relativo à prática de saúde, interpretada como o ato médico individual, e também com relação ao modelo assistencial.

A integralidade também necessita de uma articulação entre a área da saúde e de outras políticas sociais de modo a “assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos” (CUNHA & CUNHA, 1998 *apud* RONCALLI, 2006, p. 36).

O princípio da integralidade compreende as particularidades de cada indivíduo ou grupo como única no processo de promoção e prevenção da saúde, ele é

primordial no processo de resolutividade racional e dinâmica das demandas dos usuários, estudar um indivíduo com sua particularidade favorece destrinçar seu processo de adoecimento e entender como isso se relaciona com as diferentes instâncias sociais presentes na vida do usuário, favorece também a utilização de equipes multidisciplinares e outras ferramentas envolvidas na solução desse processo.

A integralidade é compreendida como “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Portanto preconiza-se a articulação entre prevenção, promoção e recuperação do cuidado, prestado a cada cidadão que utiliza dos serviços do SUS (AGUIAR, 2015, p.58).

Como resultado imediato do princípio da integralidade na organização da assistência é a estruturação de diferentes níveis de complexidade, compondo uma rede hierarquizada. Para Roncalli (2006), é esse princípio organizativo que torna realidade os princípios doutrinários. Ele vincula ações em instâncias de níveis federal, estadual e municipal, bem como os níveis de atenção primário, secundário, terciário (AGUIAR, 2015), se apresenta como uma estratégia de constituição e organização do sistema único de saúde distribuindo o poder político em diferentes esferas (MATTA, 2007), esse processo favorece não apenas uma “transferência de responsabilidades e de recursos” (AGUIAR, 2015 p.53), mas também uma promoção das políticas de saúde em diferentes instâncias de níveis federal, estadual e municipal, buscando uma racionalização das necessidades locais de cada região e suas particularidades.

Importante ressaltar que a descentralização é uma diretriz que incorpora em cada esfera de governo os princípios e objetivos do SUS, fortalecendo o federalismo político expresso na Constituição de 1988 [...] Os mecanismos e estratégias que organizam e regulam a descentralização como diretriz do SUS estabelecem instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo [...] (MATTA, 2007, p. 74).

A hierarquização e regionalização da rede de saúde é um princípio que atribui competência às gestões estaduais e municipais de garantir “ Eficiência, eficácia e efetividade do SUS” (MATOS, 2000 p.32), essa diretriz parte da lógica de que a aproximação com as necessidades da população aumenta a capacidade de promoção, prevenção da saúde além favorecer resolutividade racionalizada e eficaz,

reconhecendo os níveis de complexibilidade nos processos de saúde estabelecendo organização necessária para as demandas (MATTA, 2007).

O princípio da participação popular foi motivo de muita discussão, por parte dos defensores de uma saúde democrática, “[...] foi um dos princípios constitucionais mais combatidos após a aprovação da Carta Magna, uma vez que os artigos relativos ao seu detalhamento na Lei 8.080 (artigos 11 e 42) foram todos vetados [...]” (RONCALLI, 2006, p. 37). A justificativa para vetar completamente os artigos constitucionais, era que somente caberia ao Presidente da República decidir “[...] as leis que disponham sobre a criação, estruturação e atribuições dos Ministérios e órgãos da administração pública.” (RONCALLI, 2006, p. 37). A diretriz de participação popular se configura como um marco histórico nessa luta que ainda continua em processo de aprimoramento, possuindo conselhos e conferências de saúde que possibilitam o debate da saúde em diversas esferas, os conselhos são organizados em: Conselho Nacional da Saúde, Conselho Estadual da Saúde, Conselho Municipal de Saúde; Formulando e acompanhando as políticas de saúde (MATTA, 2007).

A participação da comunidade é um poderoso instrumento da sociedade, formalmente reconhecido e instituído no interior do SUS, para a participação e controle social no campo da saúde e na consolidação e desenvolvimento da democracia em nosso país (MATTA, 2007, p. 77).

E por fim o princípio organizativo da descentralização, que “[...] parte do princípio de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde.” (RONCALLI, 2006, p. 38). Segundo Aguiar (2006), a descentralização deve ser entendida como uma redistribuição das responsabilidades entre os três níveis de governo, federal, estadual e municipal, porém a ênfase é na municipalização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Porém não são somente as responsabilidades que serão transferidas, mas também os recursos, “[...] especialmente, para os municípios que assumem a atribuição de promover as ações e serviços de saúde à população” (AGUIAR, 2006, p. 53). Essa nova perspectiva administrativa mudou significativamente as definições de atribuições e responsabilidades, dando luz aos municípios e autonomia aos gestores municipais.

É importante frisar que a aprovação do SUS com os princípios e diretrizes, foi uma grande conquista para a sociedade brasileira, sendo o berço da Reforma Sanitária, estruturando um Sistema Único de Saúde, abrangendo todo o território

nacional. Esse processo ocorreu em um contexto de instabilidade econômica, altas taxas de inflação e influência da conjuntura internacional neoliberal, dificultando a implementação das diretrizes e princípios, como também a aprovação dos mesmos na Constituição cidadã (AGUIAR, 2015). No próximo capítulo iremos nos aprofundar no princípio da integralidade, mas devemos observar que nenhum princípio é mais importante que outro, ou que mereça maior atenção, todos eles fazem parte de um sistema de saúde que foi pensado para garantir e o acesso para todos, como também orientar a prestação dos serviços de saúde à população.

### **CAPÍTULO 3 PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: DIRETRIZ POLÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

#### **3.1 O MARCO HISTÓRICO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO BRASIL**

Os avanços ocorridos ao longo do século XX trouxeram inúmeras propostas de reestruturação das políticas de saúde, esse período foi marcado por reflexões, críticas e remodelação dos modelos os de atenção à saúde, dentro desta perspectiva podemos elencar o Relatório Flexner<sup>9</sup> e o Relatório Dawson<sup>10</sup>. Essas exposições foram essenciais na discussão das mudanças dos modelos de atenção primária (SEVERO, 2012).

O Relatório Flexner defende uma medicina voltada para o entendimento do processo de adoecimento sobre uma visão “individual e concreta” (PAGLIOSA; ROS, 2008, p. 496), sem considerar o coletivo e incentivando o reducionismo. Já o Relatório Dawson se opõe ao modelo Flexner defendendo um trabalho em conjunto e integrado, sendo um dos pioneiros a projetar um modelo de redes que organiza os serviços de atenção integral, “[...] o conteúdo dos dois relatórios influenciaram na condução das ações em saúde e modelos de atenção sanitária no contexto mundial [...]” ( SEVERO, 2012, p. 44).

<sup>9</sup> Segundo o relatório Flexner criado em 1910, o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença (PAGLIOSA E ROS, 2008, p. 496) .

<sup>10</sup> O Relatório Dawson, publicado em 1920, foi o marco da ideia de organização dos sistemas nacionais de saúde, no qual se propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento (PORTELA, 2017, p.256) .

Entre os anos 1970 e 1980 “[...] questionava-se o modelo assistencial vigente, centrado no médico e em práticas curativas, onde enfatizava-se a doença excluindo-se a promoção e a prevenção à saúde [...]” (FONTOURA; MAYER, 2006); O movimento ideológico de rompimento com as concepções dos modelos de atenção à saúde mecanicistas, biologicistas e segmentados, proporcionou a busca por um conceito de saúde ampliado, pautado na compreensão do processo saúde-doença de forma mais integralizada, a noção de saúde passou a ser “ Estado de completo bem - estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”(OPAS, 1978, p.01).

No Brasil a concepção de saúde também passou por mudanças importantes, a VIII Conferência Nacional De Saúde propôs reformulações políticas, planejamento, integralização, participação popular, e trouxe uma nova conceituação de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Dessa forma, o movimento de contestar a “performance do modelo biomédico (curativista e não inclusivo)” (LUIZ *et al.*, 2014, p.13), contribuiu para a nova concepção de saúde-doença baseada na integralidade que nasce no Brasil em 1970 com a Reforma Sanitária, essa concepção potencializa as “ações integradas em saúde, serviços de promoção, proteção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde” (LUIZ *et al.*, 2014, p.9 ).

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) é um dos processos mais importantes de transformação, resistência e busca por uma saúde coletiva, e na década de 80 tornou o SUS uma realidade, concretizando a ideia de sociedade justa, solidária, que combate as desigualdades sociais e promove o bem estar coletivo, essas bases ideológicas estruturam os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, mesmo que não de forma explícita a conceito de integralidade começou a ser construído a partir desse movimento, que tinha dentre suas várias bases ideológicas romper com o modelo pautado no Flexner e trazer uma nova concepção de saúde no qual compreende o indivíduo como um todo.

De acordo com Severo (2010, p.45) no Brasil a integralidade surge de “forma embrionária com o início da municipalização e estadualização por meio dos

convênios das Ações Integradas de Saúde<sup>11</sup> (AIS)”, que buscavam a democratização da saúde, participação popular, planejamento, formulação e responsabilização das políticas de saúde (PAIM, 1986). “[...] A integralidade aparece nessa discussão como resultado de fatores amplos relacionados ao acesso aos serviços, às condições de vida, à forma de organização e produção do trabalho[...]” (SEVERO, 2012, p. 45), todavia ainda não era um conceito definido de forma clara.

A partir da Constituição de 1988 a saúde é constitucionalmente direito de todos e dever do estado, tornando o Sistema Único de Saúde uma realidade pautada nos pilares da universalidade, equidade e integralidade, de acordo com Severo (2012) a Lei Orgânica da Saúde (LOS), e a pioneira na definição da integralidade de forma mais explícita, delimitando sua gênese na estruturação da ideia de saúde como um direito, definindo o papel do Estado, indivíduo e comunidade, reafirmando um conceito ampliado de saúde, a LOS define o que é o SUS e estabelece também a sua organização, funcionamento, objetivos, atribuições, e competências (CAMPOS, 2020), segundo essa regulamentação o princípio da integralidade é descrito como :

Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 1990, n.p).

Em 1996 edita-se a Norma Operacional Básica de Saúde (NOB/96), apresentando o princípio da integralidade como proposta de consolidação do Sistema Único de Saúde através da integralidade de ações (SEVERO,2012); Já em 2006 a Política Nacional de Promoção Da Saúde (PNPS) define o princípio da integralidade no “sentido da minimização dos riscos e efeitos do adoecer” (SEVERO, 2012,p.49), fortalecendo uma política intersetorial e integrada que dialoga com várias áreas de conhecimento, conseqüentemente no ano de 2011 o Decreto nº 7.508 passa a definir o princípio como:

A integralidade, no Decreto supracitado, é considerada na definição de Rede de Atenção à Saúde, a partir da articulação entre ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade; a responsabilidade de sua efetivação é destacada, a partir das pactuações nas Comissões Intergestores, como de

---

<sup>11</sup>Em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, no qual ações curativas-preventivas e educativas eram integradas e estabelecidas como área prioritária para a promoção da saúde.

responsabilidade dos entes federativos e sua efetivação apresentada mediante o referenciamento do usuário na rede regional e interestadual que se inicia e se completa na rede de atenção à saúde, conforme as pactuações estabelecidas nessas Comissões (BRASIL, 2006, p.12).

Desde sua concretização o princípio da integralidade foi inserido em diversos campos da atenção à saúde, sendo conceituado e discutido em diferentes dimensões, todavia, a integralidade não é uma totalidade, é um princípio de conceito amplo que abrange diferentes dimensões, sendo construído cotidianamente dentro dos seus espaços sócio-ocupacionais, fortalecendo seu caráter de ser “essencial à materialização da atenção sanitária” (SEVERO, 2012, p.46).

### 3.2. PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: CONCEITOS E SENTIDOS

Na constituição de 1988, não encontraremos a palavra integralidade, mas sim o termo atendimento integral. O texto constitucional direciona ao Estado o dever de garantir saúde de forma universal e igualitária. Através da prevenção, promoção, recuperação e redução de riscos, constitucionalmente o Sistema Único de Saúde parte dessa perspectiva sendo organizado em diretrizes como descentralização, participação popular e o atendimento integral (MATTOS, 2009).

Para discutir o princípio da integralidade é válido refletir sobre o que ele significa, tal princípio garante ao indivíduo acesso a serviços de saúde de forma coletiva afirmando a promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com a complexibilidade do sistema, a integralidade é interdependente das redes de serviços de saúde, ou seja, Ela se reafirma quando o cidadão percorre os caminhos traçados pela rede de saúde (CARVALHO; SANTOS, 2006).

Segundo Pinheiro (2009), a institucionalização do SUS, pela Lei 8.080/90, iniciou um processo de mudanças jurídicas, legais e institucionais inéditas nas políticas de saúde brasileira. Uma nova organização, junto com os novos elementos, descentralização, universalização, abriram novas possibilidades de experiências centradas na integralidade. “A integralidade como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema.”(PINHEIRO, 2009, p. 01).

A integralidade também pode ser cogitada a partir da compreensão de “imagem-objetivo” que de acordo com (MATTOS, 2009, p. 45) é a visão de um sistema ou situação de que se considera desejável, mas não é uma utopia já que pode ser concretizado de forma definida e organizada, “Toda imagem objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir a transformação da realidade” (MATTOS, 2009, p. 45 – 46) de acordo com o mesmo trecho citado “Toda imagem-objetivo é polissêmica ou seja tem vários sentidos”, a construção desse termo remete que um objetivo pode ter diversas possibilidades e realidades diferentes de acordo com a organização e o que se aspira conquistar, a integralidade pode ser um conjunto de valores desejáveis ao sistema de saúde (MATTOS, 2009).

A integralidade é conceituada como termo polissêmico e polifônico não apresentando fronteiras na descrição da diretriz do SUS nos estudos analisados. É associada a noções como: “diretriz do SUS”; “possibilidade de ampliar o cuidado”; “prática social”; visão biopsicossocial do ser humano”; “trabalho interprofissional”; “luta do movimento sanitário brasileiro”; “visão integral do ser humano”; “ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde” (DIAS *et al.*, 2018, p.127).

Na concepção de Mattos (2009), o princípio da integralidade é mais que uma diretriz do SUS, ela é uma “bandeira de luta” que norteia valores que valem a pena lutar, orientando para uma sociedade mais justa e solidária. Ele acrescenta que talvez não devemos tentar definir a integralidade, “[...] desse modo poderíamos abordar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa.” (MATTOS, 2009, p. 46). A noção de integralidade em si reúne diversos sentidos, Mattos (2009) enfatiza que a busca de definição desse conceito não é unívoca e sim polissêmica, ou seja, possui diversos significados:

Tentando seguir o caminho aberto por Mattos (2001), É importante identificar os diversos sentidos de integralidade presentes no campo da saúde: 1- No sentido histórico, a idéia de construção de um sistema único de saúde em contraposição, a dicotomia da gestão da prevenção da assistência médica no país; 2 - No sentido epistemológico da concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral; 3 - No sentido do planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral; 4 - No sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde (MATTA, 2007, p.72).

### **3.2.1 As noções conceituais da integralidade**

As noções de integralidade seguem um caráter crítico com a essência de “[...] criticar para superar as imperfeições do SUS” (MATTOS, 2009, p. 47), seguindo os princípios e diretrizes do sistema da saúde na busca de fortalecer e aperfeiçoar as instituições e organizações ligadas a esse sistema, que se constrói cotidianamente a partir das práticas dos profissionais dos serviços de saúde, portanto, os sentidos da integralidade compõe uma utilidade importante na luta política das práticas, instituições e organização desses serviços, pois tais noções agregam críticas e reflexões com objetivo de buscar a superação constante dentro desse lugar híbrido que se encontra o princípio da integralidade.

O primeiro sentido da integralidade é a noção de medicina integral que criticava a medicina fragmentada, reducionista do modelo flexneriano<sup>12</sup>, o conceito de adoecimento era reduzido a uma base anátomo-patológica, que tinha tendência a tratar o usuário apenas como um sistema biológico de fato sem levar em consideração o contexto de vida do paciente, fatores psicológicos, sociais e culturais nos quais estavam inseridos e que colaboravam com fator adoecimento, no Brasil a medicina integral encontrou resistência visto que as práticas de saúde fragmentadas e reducionistas eram consideradas como condutas racionais, o movimento de superar essa postura se tornou um dos berços do movimento sanitário, o conceito de boa prática médica se tornou “[...] reconhecer que todo paciente é bem mais que um sistema biológico com lesões e disfunções”. (MATTOS, 2009, p.50).

De fato, as repercussões do Relatório Flexner sobre a educação médica brasileira foram tardias, porém relevantes até os dias de hoje. Diversos autores atribuem ao documento a introdução de um modelo de ensino médico pautado no mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, tecnificação do cuidado à saúde, exclusão de práticas alternativas e ênfase na prática curativa, o qual ficou conhecido como paradigma biomédico suposto como flexneriano. ( DIAS *et al.*, 2018, p.125).

A prática da medicina engloba a capacidade de tratamento de diversos tipos de doenças, que por sua vez, têm causas variadas, ao longo dos anos se construiu a capacidade de antecipar o tratamento de patologias com a prevenção e o reconhecimento dos fatores de risco, a aplicação dessa técnica pode ser compreendida também como diagnóstico precoce, e expressa mais um dos sentidos da integralidade, a medicina preventiva deve ser exercida com prudência levando

---

<sup>12</sup> Segundo Santos (2013), o conceito de modelo flexneriano tem como principais instrumentos de consolidação dos seus elementos estruturais a prática de uma medicina: mecanicista, biologicista, individualista, de especialização, exclusão de práticas alternativas e tecnificação do ato médico.

em consideração seu fator medicamentoso e deve utilizar todos recursos disponíveis dentro do sistema de saúde para proporcionar um atendimento eficaz na prevenção e promoção da saúde (MATTOS, 2009).

O próximo sentido da integralidade é a bandeira de unificação da saúde pública e práticas assistenciais, antes tratadas de forma fragmentada e organizadas de formas distintas por órgãos diferentes, a saúde pública era gerida pelo Ministério da Saúde e a assistência médica era de responsabilidade do Ministério da Previdência Social. Segundo Mattos (2009), os usuários tinham que se dirigir a unidades diferentes de acordo com as demandas, essa separação causava uma desarticulação entre as práticas de saúde pública e a assistência. “Articular práticas de saúde pública com assistenciais significava, em primeiro lugar, borrar as distinções então cristalizadas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais” (MATTOS, 2009, p.58). Era essencial essa articulação, porque a ideia de unificação e centralização dessas práticas correspondem a uma das noções encontradas dentro do princípio da integralidade, que por sua vez, apontaram para a necessidade de um Sistema Único de Saúde, o SUS.

A organização da saúde não deve ser voltada apenas para solucionar doenças, mas também para ter um entendimento ampliado do processo de adoecimento compreendendo que o indivíduo é um resultado do meio em que vive e da forma como se relaciona com ele, essa reflexão permite que as necessidades dos usuários sejam atendidas de forma abrangente proporcionando uma resposta efetiva dos serviços de saúde de uma população, sendo assim outro princípio da integralidade que considera diferentes possibilidades para as “necessidades de saúde de um grupo populacional” (MATTOS, 2009, p. 61). Contribuindo com a ideia de um entendimento ampliado de adoecimento, podemos citar o conceito de Determinações Sociais da Saúde (DSS), tema abordado pelos autores: BORGHI, Carolina; OLIVEIRA, Rosely; SEVALHO, Gil (2018), em seu trabalho chamado “Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina”, no trabalho citado, são feitas críticas ao modelo indicado pela OMS e propõem um novo modelo que apreenda a essência do processo saúde-doença, para isso, dividiram a determinação social do processo saúde-doença em duas categorias: determinação estrutural e determinação estrutural relacional:

Optamos por desmembrar a determinação social do processo saúde-doença em duas categorias: determinação estrutural e determinação

estrutural-relacional. Tomamos a liberdade de designá-las dessa maneira para enfatizar o eixo central da proposição de análise das relações entre o processo saúde-doença e sua determinação social. (BORGHI, Carolina; OLIVEIRA, Rosely; SEVALHO, Gil, 2018, p. 885).

As definições de DDS podem expressar maior ou menor nível de detalhe, o conceito mais generalizado atualmente é que as condições de vida do trabalho dos indivíduos e dos grupos da população, tem relação com sua situação de saúde, mas existem outras definições:

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p.78).

As políticas especiais configuram outro conjunto dos sentidos atribuídos à integralidade, “São políticas especificamente desenhadas para determinados problemas de saúde que afligem um grupo populacional” (MATTOS, 2009, p.61), de acordo com as demandas as respostas podem utilizar diversas possibilidades que podem ser desde as ações voltadas para as políticas de assistência e da prevenção de forma articulada, buscando uma resposta governamental para atingir tal objetivo:

Até aqui destacamos um sentido da integralidade também aplicável a certas propostas governamentais aos problemas de saúde, que se configuram pela recusa em objetificar e recortar sujeitos sobre os quais a política de saúde incide, e que, portanto, amplia o horizonte de problemas a serem tratados pela política (MATTOS, 2009, p.63).

Cogitar sobre as respostas proporcionais do governo às demandas populacionais, nos faz refletir que os modelos reducionistas não levam em consideração as especificidades dessas demandas, construir políticas é considerar contextos históricos, culturais, econômicos a forma com que o indivíduo se relaciona com o meio em que vive e consigo mesmo, os sentidos da integralidade carregam esse aspecto fundamental: Compreender que devemos romper com princípios que são fragmentários e reducionistas.

Como enfatiza Mattos (2009), esses sentidos estão ligados ao conceito de medicina integral, proporcionar ao paciente uma visão integral ao seu processo de

adoecimento engloba reconhecer, tratar e prevenir patologias, todavia para que esse processo possa ocorrer de forma plena é necessário abranger uma equipe multiprofissional, sendo assim mais um sentido da integralidade, é importante pontuar que esse sentido não é apenas para profissionais com conhecimentos biomédicos mas para todos os profissionais de saúde.

Compreendemos até aqui algumas dimensões dentro da vasta discussão do princípio da integralidade, de como foi idealizado para romper com ideologias segmentadas e que ignoram totalmente a realidade social, um dos últimos sentidos da integralidade é a prática multiprofissional, essa dimensão exige o desafio da articulação entre vários saberes profissionais buscando um trabalho de intervenção e interação coletivo, Mattos (2009) menciona que a integralidade é construída cotidianamente dentro da prática do conjunto de profissionais da saúde tendo conhecimento biomédico ou não, a postura desses profissionais é fundamental na estruturação e consolidação da integralidade.

### 3.3 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A integralidade pode ser compreendida como um conjunto de noções que aspira um sistema de saúde que foge da fragmentação e do reducionismo e busca um “[...] o acesso a bens e serviços, gestão, formulação, controle participativo, interação do usuário e profissionais tendo-se como norteador o direito de dignidade como pessoa humana [...]” (SILVA, 2015, p.1). O trabalho da equipe multiprofissional na saúde tem uma função importante, sendo uma estratégia para enxergar bem mais do que o desenvolvimento do adoecimento, mas toda amplitude que envolve esse processo, tornando possível uma resposta efetiva de acordo com as especificidades das demandas ( SOUZA *et al.*, 2012).

Um profissional que compreende a prática da integralidade não se detém a uma assistência meramente curativa, mas visa conhecer os possíveis fatores de risco e agir preventivamente, segundo os princípios da educação em saúde, defendendo a atuação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares que compreendam de uma forma ampliada os problemas de saúde e que possam intervir efetivamente, reconhecendo no indivíduo um sujeito biopsicossocial. ( SOUZA *et al.*, 2012, p.4)

Efetivar o princípio da integralidade é afirmar a compreensão do processo saúde-doença de forma integralizada, compreendendo o indivíduo como resultado

do meio em que vive, ou seja numa perspectiva biopsicossocial <sup>13</sup>, a dimensão do trabalho em equipe multiprofissional atua no sentido de investigar o processo de adoecimento em diferentes dimensões. “A condução do trabalho das equipes é marcada por posturas individuais e coletivas que se vinculam à formação profissional” (SEVERO, 2012, p.61).

O campo da saúde requer dos profissionais atenção e visão multifacetada para apreender o processo saúde-doença, a compreensão do modelo de atenção sanitária e a apreensão das singularidades dos usuários dos serviços, o que exige romper com barreiras historicamente construídas do entendimento das condições e situações de saúde na perspectiva das ciências biomédicas em detrimento das ciências sociais (SEVERO, 2012, p.62).

Segundo Severo (2012), a postura do trabalho em equipe multiprofissional agrega diferentes saberes que resultam em diversas formas de intervenção, de acordo com o campo de estudo de cada profissional a demanda poderá ter um foco diferente, transformando sua resolutividade em multifacetadas respostas e, o resultado é fruto de uma visão ampliada e integral, pilares essenciais para o princípio da integralidade.

No esforço de “considerar o humano e a dinâmica saúde-doença sob novas abordagens” (PAUL, 2005, p.2) a fim de melhorar a qualidade e eficácia das intervenções, torna-se necessário experimentar mecanismos de organização de trabalho em equipe, dentre eles vamos elencar as principais diferenças entre os processos de interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade, que são formas de atuação dos profissionais de saúde que vão abranger o princípio da integralidade de diversas formas, compreendendo a complexidade humana e a possibilidade de agregar diversos conhecimentos na construção de uma atenção integral à saúde.

A interdisciplinaridade se caracteriza pela junção de várias disciplinas, tema ou problemas, visando um trabalho em equipe de forma individualizada, os profissionais utilizam seus conhecimentos buscando resolutividade sobre a demanda de acordo com sua especialidade, todavia, não há um trabalho coordenado por parte dessa equipe e sim, uma identidade grupal (PAULA, 2009).

A multidisciplinaridade é um grau mais avançado na relação entre as disciplinas pois existe comunicação entre elas, buscando relações menos verticais e

---

<sup>13</sup> O modelo biopsicossocial é uma abordagem multidisciplinar que compreende as dimensões biológica, psicológica e social de um indivíduo.

proporcionando a possibilidade de várias especializações trocarem conhecimento e qualificações distintas, ou seja, a equipe tem organização como um grupo para trabalhar as demandas de forma coordenada interligando diferentes tipos de saberes (PAULA, 2009).

A transdisciplinaridade é um conceito amplo que busca aprimorar a multidisciplinaridade, essa nova complexidade exige tecer os laços entre a genética, o biológico, o psicológico e a sociedade. É uma epistemologia proveniente do caminho científico contemporâneo adaptado aos movimentos societários atuais, “[...] a transdisciplinaridade convida ao imperativo de mudança paradigmática e de um caminho de dupla face [...]” (PAUL, 2005, p.1).

As formas de organização do trabalho em equipe colaboram para uma visão multifacetada da compreensão das particularidades dos indivíduos, segundo Cecílio (2001, p.115) “é possível adotar a ideia de que a Integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível”. Ou seja, o sentido híbrido do princípio da integralidade permite que ele seja coordenado de diferentes formas, “a Integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde” (CECÍLIO, 2001, p.115).

A integralidade na política de saúde, mas numa visão mais focalizada, pode ser discutida no cotidiano, na prática dos profissionais em uma equipe multidisciplinar, no âmbito do exercício profissional, na percepção multifacetada da equipe, no diagnóstico mais ampliado que pode proporcionar para se aproximar de um atendimento que busque a efetivação da integralidade.

A integralidade é debatida numa perspectiva mais focalizada, ou seja, no âmbito do exercício profissional como elemento necessário para o desenvolvimento das práticas individuais e coletivas através do trabalho em equipe (SEVERO, 2012, p. 65).

Mas num sentido mais amplo da política, pode colaborar com a criação de políticas específicas, na área da gestão, essa outra perspectiva de integralidade ampliada, se aproxima do conceito de intersetorialidade.

[...]e, como elemento fundamental a organização da política, com ênfase para a atenção a problemas específicos de saúde. Na discussão da integralidade, de forma mais ampliada, verificamos a perspectiva que parte para uma análise que se aproxima da intersetorialidade na saúde com a realização do trabalho em rede, enquanto estratégia de gestão (SEVERO, 2012, p. 65).

As formas de organização dos profissionais de saúde na concretização da integralidade remetem ao princípio e ao caráter multifacetado, proporcionando, diversas formas de organização, resolutividade e estruturação em diversos campos de saberes; o Serviço Social se encontra inserido nessa realidade tendo na sua prática profissional, o princípio da integralidade também é uma bandeira de luta do assistente social e está intrínseca em sua trajetória como profissional no campo da saúde.

#### **CAPÍTULO 4 - SERVIÇO SOCIAL E O DESAFIO NA EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE**

O surgimento do Serviço Social no Brasil está interligado no amplo movimento social da igreja que aconteceu nos 30 do século XX, que tinha a finalidade de recuperar a influência perdida com a secularização e o redimensionamento do Estado. Tal movimento pretendia um “projeto de recristianização”, visando o comunitarismo para conquistar a classe operária contra a influência comunista e liberal (IAMAMOTO, 2013).

Em 1932 é criado em São Paulo o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), como solução para a necessidade de uma formação técnica especializada para prestação de assistência, surge assim o primeiro Curso Intensivo de Formação Social para Moças promovido pela Cônegas de Santo Agostinho. As práticas exercidas pelas pioneiras da profissão junto à classe trabalhadora, eram permeadas por elementos da própria educação familiar e religiosa que receberam, valores espirituais, valores morais, que não se enquadra no modo de vida cristão, ou seja, a questão social era tratada como um problema moral (IAMAMOTO, 1982).

Inicia-se então o processo de institucionalização do Serviço Social, quando esses novos profissionais foram sendo incorporados nas políticas e programas do Estado e do empresariado. “[...] como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, está vinculado à criação das grandes instituições assistenciais, paraestatais ou autárquicas, especialmente na década de 1940.” (IAMAMOTO, 2013, p. 107).

O Estado novo ou ditadura presidencial varguista, demandava profissionais para prática da assistência nas instituições recém criadas, por exemplo a LBA<sup>14</sup>, o SESI e o IAPs. O governo do período buscava através de uma política de massas legitimar-se com uma incorporação de partes “[...] das reivindicações populares, ampliando as bases de reconhecimento da cidadania social do proletariado, através de uma legislação social e sindical abundante [...]” (IAMAMOTO, 2013, p. 107), e repressão às reivindicações do proletariado que não se alinham às propostas das novas instituições. “Trata-se de um período marcado pelo aprofundamento do modelo corporativista do Estado e uma política nitidamente favorável à industrialização” (IAMAMOTO, 2013, p. 107). Em pouco tempo a profissão deixa de ser “[...] um mecanismo de distribuição da caridade privada das classes dominantes para se transformar em uma das engrenagens de execução das políticas sociais do Estado [...]” (IAMAMOTO, 2013, p. 107).

O Assistente social passa a receber um mandato diretamente das classes dominantes para atuar junto a classe trabalhadora. A demanda de sua atuação não deriva daqueles que são alvo de seus serviços profissionais - os trabalhadores - mas do patronato, que é quem indiretamente o remunera,[...](IAMAMOTO, 2013, p. 90).

Podemos observar que essencialmente o que está latente no processo de institucionalização do Serviço Social é a questão social, durante a formação do proletariado brasileiro e sua organização, desenvolvimento e inserção no contexto político nacional, como também a exigência de atendimento de suas reivindicações pelas classes dominantes empresariais que se formava (IAMAMOTO, 2013).

Para lamamoto (2013), o significado social da profissão na divisão social e técnica do trabalho ficou ofuscado pelas práticas desconexas, e de caráter filantrópico. Essa aparência formal é fortalecida pelo discurso humanista-cristão incorporado na gênese do Serviço Social ligado à igreja. A profissão “[...] mais tarde se seculariza se moderniza nos quadros do pensamento conservador europeu e das ciências humanas e sociais, sobretudo em sua vertente empirista americana.” (IAMAMOTO, 2013, p. 107).

No entanto, é a partir dos anos 70 do século XX, momento em que o Brasil estava imerso no período ditatorial, como já vimos anteriormente, a parcela

---

<sup>14</sup> A LBA surge para dar assistência às famílias dos brasileiros que foram convocados para lutar na Segunda Guerra Mundial, mas rapidamente está presente em várias áreas da assistência social. lamamoto (1982, p. 265).

progressista da profissão, começa a questionar o conservadorismo nas práticas dos assistentes sociais, que:

Até aquele momento a profissão seguia direcionamentos estabelecidos pelo chamado bloco conservador hegemônico que dominava a produção do conhecimento, as entidades organizativas<sup>15</sup> da profissão e o trabalho profissional (ASSUMPÇÃO, 2007, p. 12).

As discussões trazidas por esses profissionais progressistas, estava alinhada com experiências relatadas em outros países da América Latina, e sinalizavam um novo rumo para a profissão. Foi um momento de autorreflexão da profissão, chamado de intenção de ruptura, que se inicia dentro da estrutura universitária brasileira e assim permanece durante uma década, “sua formulação inicial, e aliás a mais abrangente, tem por cenário a Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais” (NETTO, 2015, p. 315). Segundo Netto (2015), o fato da formação em Serviço Social ter se tornado de nível superior, contribuiu para o movimento de intenção de ruptura com a origem conservadora da profissão. Para Netto (2015, p. 326):

A perspectiva da intenção de ruptura não é um puro resultado da vontade subjetiva dos seus protagonistas: ela expressa, no processo de laicização e diferenciação da profissão, tendências e forças que percorrem a estrutura da sociedade brasileira no período de que nos ocupamos.

Também conhecido como Movimento de Reconceituação, buscou reorientar o potencial da profissão com os interesses da classe trabalhadora. As mudanças com rebatimentos nas práticas, no arcabouço teórico-metodológico da profissão, sendo pela primeira vez produtora de conhecimento. A grande mudança acontece com a aproximação a tradição marxista, indo diretamente aos textos originais e não somente recorrendo à interpretações, isso levou a uma crítica sobre o papel da profissão na sociedade, “apontando novos rumos tanto no âmbito da análise teórica da sociedade e da profissão, quanto no exercício da prática cotidiana no âmbito do mercado de trabalho” (IAMAMOTO, 2013, p.145). A tradição marxista é incompatível com os interesses do governo autocrático-burguês do período, isso justifica o movimento ter ficado restrito, por 10 anos, ao interior da universidade.

Um ponto importante dessa discussão é a simultaneidade dos acontecimentos, o Movimento de reconceituação do Serviço Social ocorre no mesmo período que a Reforma Sanitária:

---

<sup>15</sup> Bravo e Matos (2006) citam como entidade da categoria a Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS) criada em 1940 e a Associação de Ensino (ABESS) criada em 1946.

O movimento iniciado pelos assistentes sociais com o objetivo de repensar a profissão no Brasil corre paralelamente com outro movimento ocorrido na área da saúde que também tinha cunho de mudança e luta por direitos: o Movimento Sanitário. (ASSUMPÇÃO, 2007, p. 12).

Apesar de serem acontecimentos ocorridos no mesmo período, o Serviço Social estava voltado para dentro, buscando romper com a origem conservadora da profissão. “O processo de renovação da profissão está interligado à conjuntura mundial e tinha por intuito a busca por uma mudança nos rumos societários a serem seguidos.” (ASSUMPÇÃO, 2007, p. 13). Porém, não estava articulado com o Movimento de Reforma Sanitária, havendo um descompasso entre os dois movimentos. Bravo e Matos (2006, p. 34, *apud*, Assumpção, 2007, p. 13) explicam:

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas, por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela Reforma Sanitária. Na nossa análise esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde.

#### 4.1 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Apesar de não ser a área que mais contratou profissionais, no início, algumas escolas foram criadas especificamente para a formação de profissionais para a demanda do setor da saúde, assim como o próprio currículo das pioneiras da profissão, havia disciplinas relacionadas à saúde. A expansão do Serviço Social ocorreu a partir de 1945, [...] relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e as mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial (MOTA, *et al.*, 2008 p. 198).

Com essas mudanças o setor da saúde se torna um dos principais empregadores dos assistentes sociais. Segundo Mota (*et al.*, 2008, p. 198):

Para Bravo (2006) a inserção do Serviço Social na área da saúde inicia com a ação pioneira do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, denominado Serviço Social Médico. Fazem parte da ação profissional neste campo, a racionalidade técnica e os novos conhecimentos do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, influenciados pelos assistentes sociais norte-americanos.(BRAVO, 2006 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007, p. 11).

Outro fato que colaborou para o crescimento do Serviço Social na área da saúde foi “[...] o 'novo' conceito de saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social” (MOTA, *et al.*, 2008 p. 199). O conceito é elaborado por organismos internacionais (OMS), como resposta ao agravamento das condições de saúde da população nos países periféricos:

A adoção de um conceito ampliado de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 o qual requisitou a atuação de vários profissionais, inclusive de assistentes sociais, por haver-se dado enfoque ao trabalho em equipe multidisciplinar. Coube ao Serviço Social enfatizar “a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde”, e atuar em programas estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO; MATOS, 2006, p. 29 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007, p. 11).

Um de seus desdobramentos foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar. Foi a solução racionalizadora encontrada para suprir a falta de profissionais em diferentes níveis; introduziu conteúdo de prevenção e educação; inseriu programas prioritários, tentando dirimir a ausência de universalização. Mas segundo Severo (2012), a ênfase na equipe multidisciplinar, contribuiu com a ideia de integralidade, porque proporciona uma visão multifacetada das demandas dos usuários.

Outro fator importante refere-se à consolidação da Política Nacional de Saúde no país, com ampliação dos gastos com assistência médica, pela previdência social. Esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo (MOTA, *et al.*, 2008 p. 199).

As propostas racionalizadoras da década de 1950, surgidas principalmente nos Estados Unidos, como a “medicina integral”, a “medicina preventiva” e seus desdobramentos a partir de 1960, como a “medicina comunitária”. Segundo Costa (1986 *apud* Mota, 2008, p. 200):

Os profissionais mantiveram como locus central de sua ação os hospitais e ambulatórios, apesar de os Centros de Saúde serem criados a partir de meados da década de 20. Neles, os serviços básicos eram a higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, tuberculose, verminose, laboratório e as atividades tinham como proposta fundamental introjetar na população educação sanitária por intermédio de educadores de higiene, professores instruídos em assuntos sanitários, como também testar formas específicas de descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades.

Durante a ditadura o Serviço Social na Saúde sofreu profundas transformações, as mudanças faziam parte da nova estratégia de controle e repressão da classe trabalhadora, para atender os interesses do Estado e do capital. “O principal veículo responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, no período de 1965 a 1975, foi o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS)” (MOTA, *et al.*, 2008, p. 201). A perspectiva não era crítica ao regime ditatorial, inseriu o Serviço Social como integrador no processo de desenvolvimento, e tinha elementos do estruturalismo-funcionalismo norte-americano e colocou a profissão numa moldura teórica metodológica. “Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios” (MOTA *et al.*, 2008, p. 202).

Como vimos anteriormente, no Movimento de Reconceituação, a aproximação do Serviço Social com a tradição marxista, ficou muito localizada no interior da universidade e não alterou a prática nas instituições.

Na distensão política, 1974-1979, o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento mais geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”. As produções teóricas, apesar de restritas na área, também não romperam com essa direção (MOTA *et al.*, 2008, p. 202).

Os movimentos gestados na década de 1970, teve rebatimentos poderosos na década seguinte, modificando de forma significativa a profissão. Mudanças no cenário político e o avanço da crise econômica do período, causam fissuras no regime autocrático-burguês, abrindo caminho para uma nova perspectiva da profissão.

Nessa conjuntura há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo (MOTA *et al.*, 2008, p. 202).

O Movimento Sanitário representa a vitória sobre o Movimento Privatista e tem como resultado a elaboração de um Sistema Único de Saúde, organizado e orientado pelos seus princípios. Esse projeto traz uma definição de saúde ampliada e como direito de todos e dever do Estado. Nas palavras de Bravo (1999); Bravo & Matos (2001) *apud* CFESS (2009, p. 8):

Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado.”

O SUS demanda profissionais de saúde com uma visão voltada para a integralidade do indivíduo, que as suas práticas estejam alinhadas aos seus princípios. “As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde com visão generalista e não fragmentada”(MOTA, 2008, p. 213).

A perspectiva de seguridade social pautada no projeto ético-político da categoria é concebida como “parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária”. (CFESS, 2000, apud, CFESS, 2010, p. 18).

Como vimos anteriormente, há uma ligação entre o projeto ético-político do Serviço Social e o Projeto de Reforma Sanitária, devido ao alinhamento das ideias gestadas no período da Reforma Sanitária, que buscavam a superação do projeto privatista em curso desde os anos 1970. Partindo dessa perspectiva, segundo o Cfess (2010), o SUS é uma estratégia para uma nova concepção de saúde, um sistema de saúde mais democrático, que tem como base jurídica o Estado democrático de direito, que é responsável pela gestão das políticas públicas e consequentemente pela saúde.

Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001, apud, CFESS, 2010, p. 19).

Dentre as propostas da Reforma Sanitária merece destaque a universalização, “a principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.”(CFESS, 2010, p. 19). Sua importância se deve ao fato de orientar as ações para uma nova concepção ampliada de saúde:

considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado.”(CFESS, 2010, p. 19).

Porém o SUS idealizado na Constituição de 1988, nunca se efetivou completamente, “[...] o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente.”( CFESS, 2010, p. 22). Isso porque desde o momento de sua criação nos anos 1988, já estava em conflito com outro projeto, o projeto privatista. Essa disputa traz consequências para a atuação dos profissionais da saúde, entre eles os assistentes sociais, “[...] nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais.(CFESS, 2010, p. 23).

#### **4.1.1 O princípio da integralidade e as práticas do serviço social**

Podemos considerar que, os instrumentos jurídico-normativos do Serviço Social, são basilares para refletirmos sobre o princípio da integralidade na ação profissional dos Assistentes Sociais.

O Código de Ética do Serviço Social é um parâmetro que regulamenta a prática do serviço social seja na saúde ou em qualquer outro espaço sócio ocupacional, trazendo a questão social como a base de sua fundamentação. Segundo CFESS (2009, p.20 ) “[...] a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde”.

Outro importante instrumento orientador é a Lei De Regulamentação da Profissão que disciplina que a atribuição do Serviço Social deve sempre primar pela

apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade. Ou seja, o Serviço Social busca numa perspectiva de totalidade a partir da compreensão marxista o “[...] processo de conhecimento dos fenômenos sociais (objeto de investigação) compreendido da ótica da totalidade, isto é, como complexos sociais e não fatos isolados” (ASSUMPÇÃO, 2007, p.80).

A dimensão da totalidade no âmbito da prática do serviço social permite uma ótica reflexiva de compreensão da realidade social, de acordo com Kosik (1989, p. 35) essa dimensão traz a “realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”.

Assim, podemos destacar que a categoria totalidade perpassa tanto o Código de Ética, quanto a Lei de Regulamentação da Profissão e, esta categoria está amplamente relacionada com o princípio da Integralidade preconizado na Política de Saúde e no SUS.

O princípio da integralidade, também tem sua gênese no movimento de ruptura com o segmentismo, mecanicismo e reducionismo, ou seja, a integralidade e o serviço social tem em comum o rompimento com tradicionalismo e perspectiva de totalidade, ambos buscam a compreensão da realidade social como um todo, fugindo da ineficácia do fragmentarismo.

O projeto ético-político do Serviço Social é outra base de sustentação e contribuição da profissão para a discussão Integralidade, uma vez que tem sua expressão maior no Código de Ética profissional elaborado a partir de discussões articuladas em torno da democracia que é tomada como valor ético-político central; onde encontramos os princípios fundamentais norteadores do agir profissional dos assistentes sociais (ASSUMPÇÃO, 2007, p.95).

Mesmo buscando as mesmas bases teóricas, existe um movimento contraditório que dificulta a implementação do princípio da integralidade na prática do serviço social, o princípio integral é uma construção continua presente na atuação dos profissionais de saúde, todavia existem muitos desafios na efetivação do princípio da integralidade no cotidiano do Assistente Social, de acordo com Bravo e Mattos (2006, p.15):

O Ministério da Saúde tem apontado como principais desafios: a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária; a construção de

novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção; controle social e a supressão dos modelos assistenciais verticais e voltados somente para a assistência médica .

O projeto ético-político do Serviço Social assim como “o resgate do caráter político e ideológico do Projeto de Reforma Sanitária” (CASTRO, 2018, p.13), permanecem em construção até hoje, as ideias do movimento sanitário possuem capacidade de transformação nas políticas de saúde além de aprimoramento da atuação dos profissionais de saúde, portanto é importante sua implementação dentro dos espaços sócio-ocupacionais para que se permaneça o “tencionado os rumos neoliberais da sociedade e uma nova reação conservadora” (CASTRO, 2018, p. 13).

A partir desta perspectiva, um dos desafios citados por Bravo e Mattos (2016, p.15) é a “construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe”, a conjuntura atual está causando o sufocamento das políticas de saúde, o espaço de construção de uma atenção à saúde democrática está sendo reduzido, conforme Caldas (2019, p.30):

Com isto aprofundou-se o retrocesso com a redução de verbas para os setores sociais, não havendo uma apresentação sobre o projeto de política de saúde do governo federal, boicotando a implantação plena de um Sistema Único de saúde, ao promover um projeto de saúde voltado para o mercado, dava início a desconstrução da proposta de política de saúde da reforma sanitária, dando espaço à saúde fica vinculada ao mercado, responsabilizando a sociedade civil pelos custos da crise estrutural do capitalismo.

Bravo e Matos (2006) também elencaram a formação dos profissionais de saúde como um dos desafios do princípio da integralidade na prática profissional. Para Ceccim e Ferla (2007), a Reforma Sanitária propôs profundas mudanças na formulação e implementação das políticas de saúde, todavia, o mesmo não ocorreu com as políticas educacionais de formação profissional. Para os autores, tais mudanças não influenciaram grandes alterações no perfil ético, técnico e institucional dos profissionais dos cargos de comando do setor.

Não se instituiu um processo de mudança na formação que trouxessem a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário das ações e serviços de saúde e o desenvolvimento de projetos de produção da autonomia no cuidado e na produção da vida como objetos de aprendizagem e montagem dos perfis de trabalho individual e coletivo. O próprio sistema de saúde não institucionalizou qualquer forma de interação permanente com as

instituições de ensino com reflexo na formação profissional (CECCIM; FERLA, 2007, p.214).

Cecílio e Merhy (2007), traz a discussão sobre a forma como o cuidado nas instituições de saúde é necessariamente multidisciplinar, ou seja, depende de vários profissionais, que por sua vez estão inseridos em uma complexa trama de “Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores [...]” (CECÍLIO; MERHY, 2007, p. 200). Que por fim o resultado e a disputa de complementação entre instituições, relações de hierarquia profissional e saberes é o cuidado em saúde recebido pelo usuário.

Por fim, não podemos deixar de elencar, ainda que não tenha sido objeto das nossas reflexões, que um dos principais boicotes da efetivação do princípio da integralidade é o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde. O Brasil tem passado por conjunturas políticas extremamente conservadoras e neoliberais, em 2016 foi aprovado uma proposta de Emenda à Constituição que congela por 20 anos os gastos em saúde e educação, diminuindo os recursos necessários para a saúde pública e afetando a prática dos profissionais de saúde:

Desta forma verifica-se que a ação dos profissionais da saúde do SUS tende a ser tecnicada e restrita. É como se tais profissionais vivessem o dia-a-dia envoltos de ações emergenciais, pois, segundo essa lógica, a racionalidade do sistema permite a existência de um grande contingente de demandas não contempladas, as quais devem ser resolvidas no espaço das emergências, dos pronto-atendimentos ou mesmo nas ações curativas ou assistenciais de modo geral (CASTRO, 2018, p.13).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde no Brasil no contexto mundial determinaram o movimento de ruptura com as amarras biologistas, buscando uma nova conceituação da saúde não mais compreendida como estado de não doença, mas, como estado de bem estar completo em diversas dimensões: “[...] condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p.4).

E diante desse contexto histórico que se estruturam as políticas de saúde, era necessário uma nova concepção desse conceito, pois se concluiu que os sistemas de atenção à saúde fragmentados e reducionistas eram ineficazes, pois reduziram o indivíduo a sistema biológico sem considerar suas especificidades, resultando uma resolutividade de baixa eficiência, a ruptura com essa perspectiva é o embrião das políticas de saúde e de suas organizações revolucionárias como Movimento da Reforma Sanitária, que foi decisivo na estruturação da Constituição Federal de 1988.

O SUS nasce como aglutinador de movimentos sociais que buscavam a nova concepção de saúde, o Sistema Único de Saúde tem como seus princípios garantir o acesso universalizado a todos os cidadãos brasileiros sem qualquer tipo de discriminação a ações e serviços de saúde, assegurar equidade oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados e o princípio da integralidade que busca considerar o indivíduo como um todo na resolução de problemas, e é sobre esse último princípio que foi pautado este trabalho, podemos notar que essa discussão é ampla por não ser um conceito meramente fechado.

Conforme observamos a integralidade é um conceito historicamente construído para reconceituar a concepção saúde, pode ser compreendido como um conjunto de noções que buscam uma atenção a saúde de forma integral, todavia nosso objetivo não é fechar a discussão sobre o conceito da integralidade e sua organização, o lugar heterogêneo onde se encontra esse princípio é a base de sua essência; e permite uma visão multifacetada de atuação dentro das políticas de atenção à saúde.

A integralidade é uma concepção de vários sentidos, dentre eles: A prática da boa medicina, medicina integral, equipe multiprofissional, políticas especiais, a

bandeira de unificação da saúde pública e práticas assistenciais, são apenas algumas noções dentro debate na saúde, cada sentido da integralidade remete a uma forma de organização do princípio reforçando seu caráter de adaptação de acordo com a demanda.

Diante da interpretação do princípio da integralidade e suas dimensões, podemos concluir que o princípio e prática do Serviço Social tem um ponto em comum : a dimensão da totalidade social. Segundo Assumpção (2007, p.80) essa dimensão “[...] parte essencialmente da afirmação de que os indivíduos devem ser observados e compreendidos na integralidade de suas condições de vida [...]” (ASSUMPÇÃO, 2007, p.80).

O serviço social como profissão interventiva busca através do seu projeto ético-político caminhos de atuação e intervenção profissional, o princípio da integralidade proporciona uma dimensão ampliada na perspectiva interventiva. Buscamos com a execução do presente trabalho analisar o princípio da integralidade como mediação das práticas dos assistentes sociais, no sentido da garantia dos direitos da saúde da classe trabalhadora.

Observamos o princípio da integralidade com as suas particularidades de sentidos e como este foi idealizado e estruturado dentro das políticas de saúde e na prática dos profissionais do Serviço Social. Identificamos que existe uma lacuna entre a imagem-objeto da integralidade e sua efetivação nos seus espaços de atuação, concluímos que alguns fatores colaboram para essa realidade: a formação profissional, o afastamento do conceito político e ideológico da reforma sanitária e o desfinanciamento das políticas de saúde.

Um caminho apontado durante nosso percurso na pesquisa, parece ser o trabalho em equipe, mesmo tendo sua origem em ensinamentos de matrizes anteriores ao projeto ético político da profissão, ele demonstra ser uma mediação colaboradora na tentativa de efetivação da integralidade na saúde, porque proporciona uma visão multifacetada das problemáticas sociais, que é uma das exigências para efetivação da integralidade na saúde. As formas de organização do trabalho em equipe colabora para uma visão multifacetada da compreensão das particularidades dos indivíduos, segundo Cecílio (2001, p.115) “é possível adotar a ideia de que a Integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível.”

Dentre os desafios, limitações e possibilidades do serviço social existe uma abrangência de discussões, o princípio da integralidade que fortalece a prática profissional com o caráter de melhor entender, analisar e buscar projetar respostas ético-políticas para as diferentes necessidades sociais que determinam as problemáticas da saúde da classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde** - antecedente, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- ASSUMPÇÃO, P. **A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2007.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRAVO. **A Política de Saúde no Brasil**. In: Mota *et.al.* (Orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.
- BRAVO, Maria Inês S. **As políticas brasileiras de seguridade social: Saúde**. In: Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 03. Brasília: CFESS-ABEPSS-CEAD/UnB, 2000. p. 103-115.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm), e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em: 01 out. 2022.
- CALDAS, Tamiris. **O desmonte neoliberal na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019.
- CAMPOS, Tiago. **As ações realizadas através deste SUS, que nasce da lei 8.080, são a última fronteira de civilidade e proteção do povo brasileiro**. [ Entrevista concedida a] ANTUNES, André. Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio, Rio De Janeiro, setembro, 2020.
- CARVALHO; GUIDO & SANTOS; LENIR. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde : leis nº 8.080-90 e nº 8.142-90**. São Paulo: Unicamp, 2006.
- CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: Ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec: Opas, 2006.
- CASTRO, Eduardo Lazarino. **Reforma sanitária e renovação do serviço social no Brasil: duas faces de um mesmo processo societário**. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 16, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22567>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Outros Olhares para a Reforma Sanitária Brasileira**. Revista Saúde em Debate. V. 43 N. Especial 8, Rio de Janeiro, dez, 2019.

CECCIM, R. B. **Equipe de saúde**: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Cepesc/Abrasco, 2007.

CECILIO L.; MERHY E. **A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar**. In: PINHEIRO R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Cepesc/Abrasco, 2007.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social, **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude\\_-\\_versao\\_preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf) . Acesso em: 28/10/2022.

COSTA, A. **A Seguridade Social no Plano Beveridge**: História e fundamentos que a conformam. Dissertação de mestrado. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lucia Lopes da Silva. Universidade de Brasília (UnB). Brasília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35579>. Acesso em : 12 out. 2022.

COSTA, A. **integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. In: Revista Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública. São Paulo: v. 1, n. 1, set-dez, 2004.

DIAS, Matheus. **A Integralidade em Saúde na Educação Médica no Brasil**: o Estado da Questão. Revista brasileira de educação médica. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2018.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em : 12 out. 2022.

FORTES, Aldaíza. SOANE, Ana. Reis, Adriana. **Visão da equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família acerca da integralidade das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde**. 2009.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: ed. 41. Cortez, 2014.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**- Ensaios críticos. 13<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. Atribuições Privativas do(a) Assistente Social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LIMA, Júlio César França. **A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?** In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 279-312.

LOPES, Gilson. **A Lei Dos Pobres 1601: Primeira lei assistencialista e política de bem estar social**. Rio de Janeiro, 2012.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate**. Ciência coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2307-2316. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>. Disponível em: . Acesso: 10/12/2017

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual**. Ciência & saúde coletiva, v. 12, p. 335-342, 2007.

MATOS, Carlos. **SUS Princípios e Conquistas**. Brasília, 2000.

MATTA, Gustavo. **Princípios e Diretrizes do Sistema único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MATTOS, Ruben. PINHEIRO, Roseni. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. 8 Ed. CEPESC • IMS/UERJ • ABRASCO 2009.

MENDES EV. **Distritos Sanitários – O processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde**, São Paulo/Rio de Janeiro:Hucitec/Abrasco, 1995.

MENDES, HWB, Almeida ES. **Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores**. Mundo Saúde. 2005 Mar;29(1):26-34.

MOTA, Ana Elizabete da *et al.* **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64**. 17 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Análise da situação de saúde e suas tendências nas Américas por sub-região, 1980–1998**. Boletín Epidemiológico 20 anos 1999; 20(1).

PAGLIOSA F, ROS. M A. **O relatório Flexner para o bem e para o mal**. Revista brasileira de Educação Médica, vol. 32, nº 4, Rio de Janeiro, outubro/dezembro de 2008.

PAIM, J. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: Ed. UFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

PAIVA *et al.* **O serviço social e o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde: estado da arte**. Revista Libertas, Juiz de Fora, v.19, n.2, 2019.

PAULA, Reginaldo Afonso de . **Relação multiprofissional do Trabalho em Equipe na Atenção Básica de Saúde**. Minas Gerais, 2009.

PAUL, P. **Transdisciplinaridade e formação**. Paris: L'Harmattan, 2005, pág. 175-202.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. São Paulo, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho**. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B. (Org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.p. 161-177.

PINHEIRO, R. **As práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ / IMS / ABRASCO; 2001.

PORFÍRIO, Francisco. **"Estado de bem-estar social"**; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/estado-bem-estar-social.htm>. Acesso em: 31 out. 2022.

PORTELA, Gustavo Zoio. **Atenção Primária à Saúde: Um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais**. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 27 [2]: 255-276, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/PORTELA,%202016.pdf>

RAULINO, A. B. *et al.* **O Processo de Inserção do Assistente Social na Residência Multiprofissional em Oncologia.** Anais. XV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), Olinda/Pernambuco, 2016. CD-ROM.

RONCALLI, 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. Cap. 2. p. 28-49. Disponível em: [https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/desenv\\_p\\_ol\\_pub\\_saude\\_brasil.pdf](https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/desenv_p_ol_pub_saude_brasil.pdf). Acesso em: 15 out. 2022.

SANTOS, Rosenev . **Os Desafios da conformação das redes de atenção à saúde no brasil.** Brasília, 2013.

SEVERO, R. **O Princípio da Integralidade da Política de Saúde.** Dissertação (Mestrado). UFPE: Recife, 2012.

SILVA, Agnes; SANTOS, Wene; BATISTA, Jessica. **DESMONTE E SUCATEAMENTO DO SUS:** o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. Alagoas, 2017.

SILVA, F. **O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação na saúde coletiva.** Revista Saúde e Desenvolvimento. vol. 7, n.4, 2015.

SILVA, K. O. **A periferização causada pela desigual urbanização brasileira.** Revista Urutágua. n. 11, Maringá. 2007. p. 1-10.

SOARES, P. R. R. **Cidades médias e aglomerações urbanas: a nova organização do espaço regional no sul do Brasil.** *In:* SPOSITO, E. S.; SPOSITO, M. E. B.; SOBARZO, O. (Org.). Cidades médias: produção do espaço. 1 ed. Expressão Popular: São Paulo, 2006.

SOPRAN, André; BERBARDA, Luiz. **O surgimento da população das periferias da região oeste de Santa Catarina:** uma abordagem teórica. Santa Catarina, 2017.

SOUZA *et al.* **Integralidade na atenção à saúde:** um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. São Paulo, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/integralidade\\_antecao\\_saude\\_olhar\\_equipe.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf) . Acesso em: 28/10/2022.

SOUZA, M. R. dos S. B. C. de; MIRA, M. L. G. **Formação e Atuação Profissional no Contexto Hospitalar: o serviço social na residência multiprofissional.** Anais. XV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS). XV, Olinda/PE, 2016. CD-ROM

SOUZA, Maria; MATOS, Maurílio. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate.** *In:* Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, Cortez Editora, p. 197-217. 2006.

VALE, M. A. **O assistente social e a residência multiprofissional: espaço de troca de saberes e intervenção na área de saúde de Manaus.** Anais. XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Juiz de Fora/MG, 2012, v.1, p.1-8. CD-ROM.

VASCONCELOS, Ana. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde: formação e trabalho profissional.** 2001. (p 1-32).

VASCONCELOS, K. **Promoção da saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional.** Tese de Doutorado. UFPE, Recife, 2013. Disponível em:[https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11486/1/TESE\\_Kathleenn%20Elaine%20Leal%20Vasconcelos.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11486/1/TESE_Kathleenn%20Elaine%20Leal%20Vasconcelos.pdf) . Acesso em: 10 out. 2022.

VASCONCELOS, K. **Serviço Social como profissão de saúde: Contribuições ao debate.** UEPB, 2014. Disponível em: <https://coloquio3.files.wordpress.com/2015/03/o-servic3a7o-social-como-profissc3a3o-de-sac3bade.pdf> . Acesso em: 10 out. 2022.