



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

VITORIA CAROLYNE PEREIRA DA SILVA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DA CRIANÇA: REFLEXÕES E APONTAMENTOS

RECIFE

2025

VITORIA CAROLYNE PEREIRA DA SILVA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DA CRIANÇA: REFLEXÕES E APONTAMENTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Delaine Cavalcanti Santana de Melo

RECIFE

2025

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

Silva, Vitoria Carlyne Pereira da.

Serviço Social e Saúde da Criança: reflexões e apontamentos / Vitoria Carlyne Pereira da Silva. - Recife, 2025.

80 p. : il., tab.

Orientador(a): Delâine Cavalcanti Santana de Melo

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Política de Saúde. 2. Criança. 3. Serviço Social. I. Melo, Delâine Cavalcanti Santana de. (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

VITORIA CAROLYNE PEREIRA DA SILVA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DA CRIANÇA: REFLEXÕES E APONTAMENTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 10/04/2025

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Delaine Cavalcanti Santana de Melo (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Valeria Nepomuceno Teles de Mendonça (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

RECIFE
2025

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, discute interfaces entre o Serviço Social e assistência à saúde da criança no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O atual marco legal brasileiro considera crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, por seu processo de desenvolvimento e, portanto, prioridade na garantia da proteção integral pelo Estado. O objetivo geral do estudo foi refletir sobre a discussão do direito da criança à saúde em produções do Serviço Social. Os objetivos específicos foram assim definidos: apresentar a trajetória da Política de Saúde no Brasil e a inserção do Serviço Social neste espaço; discutir sobre a atuação profissional da/do assistente social no contexto do SUS; e identificar produções bibliográficas do Serviço Social que debatam sobre o direito à saúde da criança nos Anais do XVI e XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS). Do ponto de vista teórico-metodológico, fundamenta-se no método da dialética marxista, o qual permite o conhecimento crítico da realidade, considerando a historicidade dos processos sociais. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com o uso dos procedimentos metodológicos de levantamento bibliográfico e documental. A revisão bibliográfica incluiu livros, artigos, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses e trabalhos apresentados na XVI e XVII edições do CBAS. O levantamento documental foi composto por Legislações, Resoluções do Conselho Federal de Serviço Social, Portarias e Resoluções do Ministério de Saúde. O direito à saúde da criança e o acesso integral ao Sistema Único de Saúde (SUS) é assegurado no Estatuto da Criança e do Adolescente, determinando a promoção do direito à vida e à saúde desse público, prevendo acesso nos três níveis de Atenção à Saúde. A atuação do Serviço Social voltado a garantir e viabilizar o direito da criança à saúde é fundamentada na doutrina de proteção integral, estabelecida no Estatuto da Criança e do Adolescente, considerando esse segmento enquanto sujeito de direitos. A aproximação e escolha da temática deu-se com a experiência de Estágio Curricular Obrigatório em um Hospital-Escola, no setor da enfermagem de pediatria. Foi possível observar a importância da garantia do acesso a esse direito, em tempos de contrarreforma da saúde e impactos para a efetivação do SUS. Quanto à atuação do Serviço Social na promoção à saúde da criança, analisamos publicações dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) XVI e XVII, as quais destacam a instrumentalidade da profissão como contributo ao direito integral de crianças à saúde. O estudo identificou poucas produções sobre o direito da criança à saúde, indicando a necessidade de expandir a problematização sobre a doutrina da proteção integral na saúde e para qualificação profissional com o aprofundamento do debate

Palavras-chave: Política de Saúde; Criança; Serviço Social.

RESUMEN

El presente Trabajo de Conclusión de Curso de Grado en Trabajo Social por la Universidad Federal de Pernambuco, discute interfaces entre el Trabajo Social y asistencia a la salud del niño en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS). El actual marco jurídico brasileño considera a los niños y adolescentes como sujetos de derechos, por su proceso de desarrollo y, por tanto, una prioridad en la garantía de la protección integral por parte del Estado. El objetivo general del estudio fue reflexionar acerca de la discusión del derecho del niño a la salud en producciones del Trabajo Social. Los objetivos específicos fueron definidos de la siguiente manera: presentar la trayectoria de la Política de Salud en Brasil y la inserción del Trabajo Social en ese espacio; discutir el desempeño profesional del trabajador social en el contexto del SUS; e identificar producciones bibliográficas de Trabajo Social que debaten el derecho a la salud del niño en los Anales de los XVI y XVII *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais* (CBAS). Desde un punto de vista teórico-metodológico, se fundamenta en el método de la dialéctica marxista, que permite el conocimiento crítico de la realidad, considerando la historicidad de los procesos sociales. Se trata de una investigación exploratoria y descriptiva, utilizando procedimientos metodológicos de levantamiento bibliográfico y documental. La revisión bibliográfica incluyó libros, artículos, trabajos de conclusión de cursos, disertaciones, tesis y trabajos presentados en las ediciones XVI y XVII del CBAS. El levantamiento documental estuvo compuesto por Legislaciones, Resoluciones del Consejo Federal de Trabajo Social, Ordenanzas y Resoluciones del Ministerio de Salud. El papel del Trabajo Social encaminado a garantizar y viabilizar el derecho a la salud de los niños se fundamenta en la doctrina de protección integral, establecida en el Estatuto del Niño y Adolescente, considerando a este segmento como sujeto de derechos. El acercamiento y elección del tema ocurrió con la experiencia de una práctica curricular obligatoria en un Hospital Universitario, en el sector de enfermería de pediatría. Se pudo observar la importancia de garantizar el acceso a este derecho, en tiempos de contrarreforma sanitaria y de impactos en la ejecución del SUS. En cuanto al papel del Trabajo Social en la promoción de la salud de los niños, analizamos publicaciones de los *Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais* (CBAS) XVI y XVII, que destacan la instrumentalidad de la profesión como contribución al pleno derecho de los niños a la salud. El estudio identificó pocas producciones sobre el derecho del niño a la salud, indicando la necesidad de ampliar la problematización sobre la doctrina de la protección plena en la salud y para calificación profesional con la profundización del debate.

Palabras-clave: Política de Salud; Niño; Trabajo Social.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu Senhor e Autor da minha história, por guiar com Seu amor imensurável cada um dos meus passos, por Sua presença constante em todos os momentos da minha vida e por Sua graça, que me acompanhou em todo percurso da graduação e me fez concluir este trabalho.

Aos meus pais, Emerson e Edinalva, pelo amor, cuidado, proteção e provisão desde sempre para comigo. Sou grata porque, apesar da distância geográfica, suas palavras de encorajamento e gestos de acolhimento me encontram onde quer que esteja, impulsionando-me a perseguir meus objetivos.

Aos meus irmãos, Tainá, Viviam, Gabriel e Júlia, pelo amor que partilhamos. Sou grata por acreditarem em mim e pelas demonstrações de amor e cuidado. Tainá e Viviam, que acompanharam de perto todo o processo vivenciado até aqui, agradeço pela amizade, companhia, conversas, risadas, forças e acolhimento com os quais cercam a minha vida.

A minha avó, Claudenice, pelas palavras de incentivo, abraços confortantes e pelas incontáveis orações que fez por mim.

A toda minha família, tios, primos, cunhado, sobrinha, por torcerem pela minha felicidade, pelas celebrações diante das conquistas e apoio nas dificuldades.

A Nicolas, meu melhor amigo e namorado, por me apoiar, compreender, ajudar, e, constantemente, segurar minha mão nos melhores momentos e também nos mais adversos.

A Edilson, que se tornou um amigo nos últimos anos. Agradeço por todo apoio, incentivo e carinho.

Aos amigos e colegas de turma, especialmente aos amigos do coração, Darlla, Ester, Lucas, Aline, Thamires Sales e Ana Luíza, por suas presenças que fizeram do tempo na universidade, aulas, atividades, trabalhos e provas momentos mais leves e divertidos. Grata pela amizade, parceria e respeito que temos uns pelos outros.

À Isis Araujo, assistente social que me supervisionou no Estágio Curricular Obrigatório. Agradeço pelos ensinamentos e partilhas que enriqueceram minha formação profissional.

A todos que realizam os Intervalos Bíblicos Céu na Terra e Núcleo Bíblico Universitário (NBU), agradeço imensamente por me abençoarem com as reuniões de louvores, encontros de evangelismo e estudos bíblicos na universidade, fortalecendo minha fé e fazendo-me amar ainda mais a Palavra de Deus.

Ao pastor Diego Medina, pelas caronas nos semestres finais até o CCSA, e ainda por tantas outras no trajeto de volta para casa, pelas conversas alegres e sábios conselhos.

Aos amigos e irmãos na fé, pelas orações, encorajamento, palavras de ânimo e acolhimento em todo o tempo.

A minha orientadora, professora Delaine Melo, pelas orientações preciosas, contribuições importantes e acompanhamento atencioso. Tenho imensa satisfação de ter sido orientada por esta assistente social e docente tão competente e que admiro.

*O direito à vida representa
também ter direito aos direitos.*
Francis Sodré

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

APS - Atenção Primária à Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CDC - Convenção sobre os Direitos das Crianças

CDSS - Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde

CF/88 - Constituição Federal de 1988

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

DNCr - Departamento Nacional da Criança

EC - Emenda Constitucional

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FHC - Fernando Henrique Cardoso

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensões

IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

LOSAN - Lei Orgânica de Segurança Alimentar

MEJC - Maternidade Escola Januário Cicco

MS - Ministério da Saúde

MRS - Movimento de Reforma Sanitária

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC - Programa de Assistência à Saúde da Criança

PEP - Projeto Ético-Político

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNI - Programa Nacional de Imunizações

PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PSF - Programa de Saúde da Família

PSMI - Programa de Saúde Materno-Infantil

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAM - Serviço de Assistência ao Menor

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Modelo Dahlgren e Whitehead sobre os Determinantes Sociais da Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Anais do XVI CBAS (2019) sobre o direito da criança à saúde

TABELA 2 Anais do XVII CBAS (2022) sobre o direito da criança à saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 PERCURSO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	17
2.1 Principais iniciativas de Atenção à Saúde do Estado Brasileiro	18
2.2. Movimento de Reforma Sanitária e a Institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)	21
2.3 Serviço Social na Saúde: inserção e percurso	26
3 ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE	31
3.1 Determinações Sociais da Saúde e as Requisições ao Serviço Social no SUS	31
3.2 Serviço Social: Projeto Ético-Político Profissional e Atuação profissional na Saúde	37
4 INFÂNCIA E SAÚDE EM PRODUÇÕES DOS ANAIS DO XVI E XVII CBAS	45
4.1 História Social da Infância: de menor a sujeita/o de direitos	46
4.2 A Saúde da Criança nos Anais do XVI e XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
6 REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, as legislações e produções científicas da área da infância consideram a criança enquanto sujeita/o de direitos, em processo de desenvolvimento e a quem devem ser destinadas ações de proteção integral no âmbito das políticas sociais de maneira prioritária. Tais direitos objetivam a preservação do desenvolvimento biopsicossocial, que podem ser ameaçados ou violados pelas instituições responsáveis por sua garantia e efetivação - Estado, família e sociedade.

O direito à saúde da criança e o acesso integral ao Sistema Único de Saúde (SUS) é assegurado no Estatuto da Criança e do Adolescente, determinando a promoção do direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, prevendo acesso nos níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde. Delineando uma política de proteção que compreenda desde o período da gestação e prossiga ao longo do processo de desenvolvimento da criança, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece, no Artigo 8º:

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Na Política de Saúde, o Serviço Social pode compor equipes multidisciplinares, especialmente como mediador para o acesso a direitos sociais e na apreensão da realidade social dos/das usuários/as, de maneira que subsidie a atuação da equipe. Nesse campo, as/os profissionais podem elaborar ações que contribuam na autonomia, participação, exercício de cidadania dos/das sujeitos/as e que favoreçam a defesa dos direitos humanos. A atuação profissional no campo da saúde requer uma intervenção que ultrapasse as questões puramente biológicas, ao incluir aspectos relativos à integralidade, a fim de contribuir para uma intervenção preventiva, informativa e de promoção à saúde (GOES, 2019). Dessa forma, com a instrumentalidade da profissão e a utilização de instrumentos técnicos-operativos, as/os assistentes sociais atuam para o enfrentamento das expressões da questão social, intervindo nas condições que violam direitos da população usuária. Para tanto, faz-se necessário que as/os profissionais conheçam “as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença e buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde” (CFESS, 2010, p. 30).

A atuação do Serviço Social voltada a garantir e viabilizar o direito da criança à saúde é fundamentada na doutrina de proteção integral, estabelecida no documento do Estatuto da

Criança e do Adolescente, considerando esse segmento enquanto sujeito de direitos. Nessa direção, Behring e Santos (2009) abordam questões cruciais para a intervenção da/do assistente social junto às famílias que demandam atendimento de saúde, ressaltando que

Falar sobre direitos e sua relação com a totalidade da vida social pressupõe considerar os indivíduos em sua vida cotidiana, espaço-tempo em que as expressões da questão social se efetivam, sobretudo, como violação dos direitos. A vida humana não é mera reposição aleatória dos indivíduos ou explicitação de uma essência natural, mas expressa, além das respostas às demandas imediatas, vínculos com a produção da vida genérica, vida essa que se caracteriza pelo fato de os indivíduos serem relacionais, diversos e interdependentes (BEHRING e SANTOS, 2009, p. 276).

A aproximação e escolha da temática abordada no presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi influenciada pela vivência do Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Graduação em Serviço Social, realizado em um Hospital-Escola, no setor da enfermagem de pediatria. Essa vivência serviu como estímulo para aprofundar os estudos e desenvolver reflexões acerca do objeto de estudo escolhido, além de proporcionar maior entendimento sobre a ação interventiva das/dos assistentes sociais na Política de Saúde, sua atuação junto à equipe multidisciplinar e a garantia e viabilização dos direitos das crianças e adolescentes, num processo interventivo didático-pedagógico e ético-político.

O presente estudo foi guiado pelo objetivo de refletir sobre a discussão do direito da criança à saúde em produções do Serviço Social. Os objetivos específicos foram assim definidos: apresentar a trajetória da Política de Saúde no Brasil e inserção do Serviço Social neste espaço; discutir sobre a atuação da/do assistente social no contexto do SUS; identificar produções bibliográficas do Serviço Social que debatam sobre o direito à saúde da criança nos Anais do XVI e XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS).

Do ponto de vista teórico-metodológico, fundamenta-se no método da dialética marxista, o qual permite o conhecimento crítico da realidade, considerando a historicidade dos processos sociais e de vida humana, permitindo a reflexão crítica sobre o contexto histórico, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais e as contradições presentes na sociedade (NETTO, 2011). Ademais, trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, que proporciona maior familiaridade com o problema e tem “como objetivo principal o aprimoramento de ideias” (GIL, 2002, p. 41). Os procedimentos metodológicos empregados referem-se a levantamento bibliográfico e documental. A revisão bibliográfica foi implementada por meio da utilização de livros, artigos, TCCs, dissertações e teses relacionados ao tema da pesquisa, além de produções nas duas últimas edições do CBAS, realizadas em 2019 e 2022. O levantamento e análise documental deram-se com a

identificação de documentos públicos, como as Legislações, Resoluções do Conselho Federal de Serviço Social, Portarias e Resoluções do Ministério de Saúde.

A estruturação do trabalho está organizada em cinco capítulos, sendo o primeiro a Introdução e o último as Considerações Finais. O segundo capítulo aborda a trajetória e evolução da Política de Saúde no âmbito nacional, sistematizado em três subseções com o retrospecto histórico das principais intervenções do Estado na atenção à saúde, a discussão acerca do Movimento de Reforma Sanitária e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a inserção do Serviço Social na Saúde. O terceiro capítulo trata de construir um debate sobre a atuação das/dos assistentes sociais no campo da saúde, inicialmente, debatendo sobre as determinações sociais da saúde e as requisições ao Serviço Social no SUS, e, posteriormente, destaca a importância do processo interventivo da/do assistente social baseado no projeto ético-político da profissão.

O quarto capítulo, dividido em duas subseções, discorre, na primeira, sobre a história social e a institucionalização da infância, considerando o desenvolvimento das legislações e dos direitos sociais das crianças, principalmente referente ao direito à saúde, e na segunda, é exposto o resultado do levantamento de produções teóricas dos trabalhos publicados nos Anais dos XVI (2019) e XVII (2022) Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Este trabalho poderá contribuir para o debate acerca da garantia do direito à saúde da criança e na atuação do Serviço Social no campo da saúde, compreendendo o público infantojuvenil como prioritário na elaboração e acesso às políticas sociais.

2 PERCURSO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Para compreendermos o desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil, faz-se necessário refletir, brevemente, sobre o percurso histórico da saúde no país, o contexto social e político que situa importantes marcos e mudanças da referida política. Portanto, este capítulo discorre sobre a evolução e as mudanças históricas da Política de Saúde no país e a inserção do Serviço Social nesse espaço socio-ocupacional. A primeira subseção deste capítulo trata das principais ações estatais na Política de Saúde brasileira ao longo dos anos. A segunda subseção irá tratar do surgimento do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a importância das lutas sociais de movimentos organizados para a conquista da garantia constitucional da “Saúde como direito de todos e dever do Estado” e da institucionalização de um sistema universal, público e gratuito, o Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, a terceira subseção destaca sobre a inserção das/dos assistentes sociais no campo da saúde,

mencionando como se desenvolveram as primeiras intervenções profissionais na área até as transformações que ocorreram no interior da profissão, responsáveis por mudar a prática profissional nesse campo de atuação.

2.1 Principais iniciativas de Atenção à Saúde do Estado Brasileiro

A Política de Saúde no Brasil, antes das primeiras ações do Estado, era marcada pelo caráter filantrópico da assistência e pela prática liberal. No que se refere à compreensão da saúde, era entendida como o estado vital das pessoas, levando em conta os indicadores de mortalidade, notificações de doenças infecciosas e acidentes de trabalho (PAIM, 2009).

No início do século XX, surgiram no país algumas iniciativas no campo da saúde como resultado das mudanças econômicas e políticas e das reivindicações da classe trabalhadora, fazendo com que o poder público começasse a intervir no setor.

Com o advento da industrialização nos países de capitalismo central na Europa, o Estado passa a assumir a responsabilidade da assistência médica à classe trabalhadora. No Brasil, o capitalismo se desenvolve com a intensificação da industrialização nos primeiros anos do século XX, aprofundando expressões da questão social, compreendida como:

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 social 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 (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 77).

A problemática da saúde emerge como uma dessas expressões (BRAVO, 2006), provocando o Estado a assumir responsabilidades com a pauta, o que vai ocorrer paulatinamente com segmentos de trabalhadores/as inseridos no mercado formal de trabalho.

Em 1923, uma importante conquista dos/das trabalhadores/as ferroviários, foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), assegurada pela Lei Eloy Chaves, base do sistema previdenciário brasileiro. As CAPs eram financiadas pela União, empresas empregadoras e empregados/as, e abrangiam a assistência médica para esses/as trabalhadores/as e seus/suas dependentes mediante contribuição. Conforme Bravo (2006, p. 3), “os benefícios previstos foram assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral”.

Durante a Era Vargas, assim denominado o período de 1930 a 1945 no Brasil, as demandas por saúde já vinham sendo colocadas pela sociedade e o surgimento das políticas sociais proporcionaram respostas às exigências da população.

Posteriormente, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), substituindo as CAPs e, como estas, os Institutos contavam com recursos financeiros de origem tripartite, geridos pelo Estado. Os IAPs institucionalizam o seguro social com a fragmentação das classes assalariadas por inserção nas categorias dos marítimos, bancários, industriários, comerciários, e outros (COHN *et al*, 2002). Esses Institutos, com os recursos financeiros que dispunham, construíram hospitais, introduzindo, dessa forma, os primeiros serviços privados contratados por empresa, assim, como afirma Santos (2013), “caracterizava-se um investimento médico hospitalar em detrimento da atenção básica, e, com isso, a consciência dessa questão torna-se visível no período, marcando um impasse na política de saúde” (p. 235).

A Política de Saúde, nesse contexto, nasce atrelada à lógica da contribuição, como um seguro social, marcada pela seletividade dos atendimentos, já que só tinham acesso aos serviços os/as trabalhadores/as formais, o que evidencia que a saúde não era entendida como direito social para todos. Sobre isso, Cohn *et al* (2002) pontua:

Não se constitui, portanto, saúde como um direito de cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório (COHN *et al*, 2002, p. 13).

Segundo Bravo (2006), nesse momento, a Política de Saúde atuava em dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária. A intervenção estatal na saúde pública deu-se por meio da ênfase em campanhas sanitárias, serviços de combate às endemias, interiorização para combate a endemias rurais, entre outros.

Além disso, a medicina previdenciária foi a que proporcionou condições sanitárias mínimas para a população, porém, com acesso restrito a trabalhadores/as devidamente regulamentados/as na previdência social (BRAVO, 2006). Acerca dessa estrutura na saúde, Paiva e Teixeira (2014) afirmam:

No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. Saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p. 17).

A partir de 1964, momento histórico que marcou o início da ditadura militar no Brasil, ocorreram mudanças significativas na estrutura econômica, política e social de todo o país, porém, que não resolveram os problemas estruturais da nação. Com o regime ditatorial, os direitos sociais básicos à saúde ainda não eram plenamente garantidos e continuavam tensionados (FREIRE, 2013).

A assistência médica previdenciária era fornecida pelos IAPs, o qual permaneceu até 1966, quando foi unificado todo o sistema previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), passando toda a gestão ao Estado, que vai priorizar a contratação de serviços privados para atendimento de seus beneficiários (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Em 1974, o INPS dá lugar ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), também destinado a contribuintes da previdência, sendo que grande parte dos atendimentos se dava através da rede privada de saúde (FREIRE, 2013). Sobre a atuação do INAMPS, Bravo (2011) afirma continuar predominando as ações curativas, permanecendo a instabilidade no custeio das despesas previdenciárias e persistindo o padrão de privatização da medicina.

O setor privado da saúde vinha sendo privilegiado em detrimento ao da saúde pública durante os governos da ditadura, principalmente com a extensão da cobertura previdenciária, enfatizando a prática curativa e individual, como também a interferência do Estado na previdência, a qual desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientada pela lucratividade do setor saúde, favorável à expansão do capitalismo no país (BRAVO, 2006).

O Estado ditatorial utilizou-se da repressão e da assistência na tentativa de remediar o enfrentamento das expressões da questão social. Num contexto de democracia fragilizada, cerceamento da liberdade e violências cometidas contra a população contrária às medidas do governo, o que se tem é uma “política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação da sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime” (BRAVO, 2011, p. 58).

A ampliação e modernização das políticas sociais deram-se com a cobertura previdenciária alcançando, também, as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais, os ambulantes e outros; além da criação da Renda Mensal Vitalícia para as pessoas idosas pobres que tivessem contribuído ao menos um ano para a previdência (BEHRING e BOSCHETTI, 2016).

Esse regime político que governou o país por, aproximadamente, duas décadas, apesar de promover mudanças nas políticas sociais e reformas no interior da política de saúde, com

modificações de caráter administrativo e burocrático - que não deixaram de favorecer o setor privado e os interesses empresariais - mostrou que tais ações foram, ainda, insuficientes para resolver os problemas permanentes da saúde no país, sendo, portanto, imprescindível uma transformação no setor da saúde para o atendimento das necessidades da população brasileira.

2.2. Movimento de Reforma Sanitária e a Institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)

A política social, nos anos 1974 a 1979, teve como principal objetivo o enfrentamento da questão social para canalizar as pressões populares (BRAVO, 2006). Durante esses anos, as mudanças realizadas na política de saúde não dispunham da participação da classe trabalhadora. Contudo, com as lutas e mobilizações sociais, a participação de novos sujeitos e os movimentos sociais urbanos, cresciam as discussões sobre as condições de vida e saúde da população brasileira.

Em meados de 1970, surgiu o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que tinha, dentre seus objetivos, a universalização da política de saúde e o acesso igualitário e de qualidade para os brasileiros. Bravo (2011) diz que, apesar de inicialmente situar-se no contexto acadêmico, o movimento sanitário ganhou a adesão e contribuição de outros atores políticos e da sociedade civil organizada - sindicatos, partidos, associações - dessa forma, a saúde “deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (p. 93).

Outrossim, sobre o MRS Santos (2013) e Paim (2009) destacam o seguinte:

O movimento sanitário não aparece isolado do contexto histórico vivenciado nos anos de 1970 no Brasil. Paralelamente, evidencia-se a crise do milagre econômico no país, que permitiu o surgimento no cenário político de alguns atores sociais, como o sindicalismo operário, os trabalhadores rurais, um percentual da Igreja, alinhando-se a certos grupos de trabalhadores, e, também, a outros movimentos sociais urbanos. A dívida externa, a taxa inflacionária crescente e a recessão econômica possibilitaram desgastes para o sistema econômico e ocasionaram a insatisfação de certos setores da média e da pequena burguesia, o que fortalecia os movimentos sociais emergentes nesse período (SANTOS, 2013, p. 235).

A Reforma Sanitária surge como idéia, ou seja, uma percepção, uma representação, um pensamento inicial. Vinculava-se de um lado à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo. Para enfrentar o “dilema preventivista” (Arouca, 2003) sugeria-se uma ‘prática teórica’ produtora de conhecimentos, e uma ‘prática política’ voltada à mudança das relações sociais (PAIM, 2009, p. 31).

Conforme Paim (2009), baseado nos ideais de democratização do acesso à saúde, da universalização das ações e da descentralização com controle social, o Movimento de Reforma Sanitária buscava introduzir mudanças progressivas nas bases do sistema de saúde no país, bem como uma reforma social ampliada do Estado brasileiro.

Dentre as reivindicações do movimento sanitário, encontravam-se o direito universal à saúde e o dever do Estado; as ações e serviços de saúde considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; a constituição de um sistema único de saúde, integrando todos os serviços públicos em rede hierarquizada, regionalizada e descentralizada (BRAVO, 2006).

Ainda nesse momento histórico, eventos importantes no campo da saúde pública já aconteciam no país, como as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que se mostravam como espaços de debate e fortalecimento das lutas. Ocorreram, assim, a V CNS, em 1975 e a VI CNS, em 1977, as quais traziam como propostas a participação da comunidade na formulação, fiscalização e implementação da Política de Saúde.

A VII CNS, realizada em março de 1980, tendo como eixo central “a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”, apresentou como pressupostos básicos a extensão da cobertura, integração dos serviços existentes dos diversos níveis de complexidade e a regionalização do atendimento, assim como a participação social (SANTOS, 2013). Outra finalidade desse importante evento era discutir as propostas do governo quanto a implementação e desenvolvimento de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

Nos anos 1980, o Brasil vivenciou importantes mudanças econômicas, políticas e sociais. Em meio a uma crise na economia, resultado do regime ditatorial; a redemocratização da sociedade e a superação da ditadura, a saúde assume uma dimensão política, atrelada à democracia. A Política de Saúde, nessa conjuntura, teve como aspectos centrais: “a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança no arcabouço e das práticas institucionais” (BRAVO, 2006, p. 11).

Em 1986, aconteceu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, o evento considerado um marco histórico para a reforma da política de saúde brasileira. A VIII CNS, como expressão dos debates e da luta do Movimento de Reforma Sanitária, convocada pelo ministro da saúde, reuniu diferentes setores sociais, numa grande mobilização da sociedade; suas plenárias contaram com a presença de, aproximadamente, cinco mil participantes, sendo em torno de mil pessoas delegados, indicados por instituições e organizações da sociedade, para discutir o rumo da saúde no Brasil (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Na VIII CNS, realizada em Brasília, em 1986, foram debatidos inúmeros temas inovadores, sobretudo sobre a instituição de um sistema único de saúde e a relação entre a saúde pública e a sociedade civil. O sistema único descentralizado da previdência social deveria centralizar as políticas governamentais para o setor e, ao mesmo tempo, regionalizar o gerenciamento da prestação de serviços, priorizando o setor público e universalizando o atendimento (SIMÕES, 2008, p. 127, *apud* FREIRE, 2013, p. 10).

Ademais, essa Conferência apontou a necessidade de reestruturar a política de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde. Tinha como temática central: a saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Foi fundamental para propagação dos ideais propostos pelo MRS para a saúde da população. Outros temas específicos, como a hierarquização dos cuidados em saúde segundo a complexidade, especialização da atenção e a participação popular nos serviços de saúde também foram discutidos.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, o conceito ampliado de saúde passa a ser estabelecido para além do estado vital das pessoas ou a ausência de doenças. Como descrito no Relatório Final da VIII CNS, a saúde é resultante:

[...] das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da 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. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987, p. 382, *apud* BRAVO, 2011, p. 111).

Num contexto de transição democrática, o governo federal - Presidente José Sarney - viabilizou as políticas de Ações Integradas de Saúde e oficializou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, constituiu-se o Sistema de Seguridade Social brasileiro, conformado pelas políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde.

Nessa esteira, o Sistema Único de Saúde foi institucionalizado e representa uma conquista enorme e um avanço incontestável na Política de Saúde brasileira, ao garantir acesso universal e gratuito, com serviços de prevenção, promoção e reabilitação à saúde, como explicita Soares (2010): “pautado numa racionalidade política-emancipatória, foi concebido como proposta de ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática anterior na política de saúde” (p. 16).

A nova Constituição destinou à Saúde cinco Artigos - 196 a 200 - os quais evidenciam a “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, pautada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, desvincilhando da lógica contributiva da Previdência Social, a qual a saúde estava atrelada anteriormente. Os artigos presentes na Constituição Federal, referentes à saúde, explicitam:

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

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

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

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Mais adiante, em 1990, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/1990, regulamentou o SUS e dispôs das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; e o funcionamento e organização dos serviços. Ademais, foi promulgada, no mesmo ano, outra lei federal importante, como resultado das lutas e pressões populares, a Lei nº 8.142 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Cabe ressaltar que, apesar da completa mudança na saúde pública brasileira garantida pela Constituição Federal de 1988 e a institucionalização do SUS, a década de 1990 foi profundamente adversa para a efetivação da sua proposta de universalidade e equidade, confrontando-se com os interesses do capitalismo e o projeto do neoliberalismo, implementado no país. O neoliberalismo tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e ameaça concreta à existências das políticas sociais, materializado num contínuo processo de contrarreforma do Estado que impõe o desmonte das políticas públicas, marcadas pela privatização, focalização e seletividade.

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 – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada –, estaria aberto o caminho para o novo “projeto de modernidade”. O principal documento orientador dessa projeção foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995), amplamente afinado com as formulações de Bresser Pereira, então à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE) (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 148).

Com o país atendendo à agenda neoliberal, o projeto privatista da saúde, contrário aos princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária, pauta-se “na política de ajuste, na contenção dos gastos públicos e na isenção da participação popular na construção de uma política mais democrática” (SANTOS, 2013, p. 237). Segundo a autora, o projeto da saúde vinculado ao mercado e à privatização impõe ao Estado garantir apenas as ações mínimas na saúde, de forma focalizada, para atender às pessoas que não podem pagar pelos serviços, deixando o SUS destinado aos cidadãos de classe social mais pobre, através de programas e serviços precários e focalizados.

O projeto do grande capital aponta a saúde não como direito universal, mas como um serviço que pode ser comprado no âmbito do privado. A saúde torna-se mercadoria, vista como fonte de lucro e acumulação de capital. Nesse sentido, vivencia-se um processo de privatização do SUS com os chamados novos modelos de gestão, que fortalecem a autonomia do mercado com abertura à iniciativa privada para os serviços de saúde. Isto é,

vivencia-se a privatização da saúde pública no Brasil (SANTOS, 2013, p. 238).

Nesse ambiente de retrocesso, de não garantia dos direitos constitucionalmente garantidos e de desconstrução da proposta da Política de Saúde universal, Bravo (2006) discorre que dois projetos de saúde encontram-se em disputa no Brasil: o projeto de Reforma Sanitária e o projeto articulado ao mercado. Quanto ao projeto de reforma sanitária, a autora comenta que este tem como estratégia o fortalecimento do SUS, fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados com o movimento popular, para assegurar que o Estado atue em função da sociedade; já o projeto de saúde articulado ao mercado, está pautado na política de ajuste, visando a contenção dos gastos com a racionalização da oferta.

Percebe-se, assim, que embora o SUS seja orientado por uma norma jurídica e princípios humanistas, tais como a universalidade, equidade, integralidade e a participação social, é atravessado também pelo desrespeito a esses princípios, comprometendo o seu avanço como política social.

2.3 Serviço Social na Saúde: inserção e percurso

O Serviço Social é uma profissão compreendida como sendo historicamente determinada, sofrendo as especificações estruturais e conjunturais de cada momento (BRAVO, 2011). No Brasil, a partir da ascensão do capitalismo e a crescente industrialização nos anos 1930, além de expandir os centros urbanos, houve também um aprofundamento nos conflitos sociais e na criação de políticas de controle da força de trabalho.

A profissão emerge no Brasil nessa mesma década, a partir da intervenção do Estado na regulação da vida social da classe trabalhadora, atuando nas expressões da questão social e como forma de corresponder às exigências do capital, sendo usado também pelas classes dominantes como instrumento de controle junto à população mais empobrecida (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009).

Sobre o advento do Serviço Social, Martinelli (2000) declara:

A origem do serviço social como profissão tem, pois, a marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis que a eles estão subjacentes – alienação, contradição, antagonismos – pois foi neste vasto caudal que ele foi engendrado e desenvolvido (MARTINELLI, 2000, p. 66).

Diante disso, há um aumento dos espaços de atuação para a/o assistente social, sendo o Estado, nessa conjuntura, um dos maiores empregadores da categoria profissional, com

vistas ao atendimento tanto de interesses da classe dominante, quanto de demandas sociais dos/as trabalhadores/as.

A formação profissional de assistentes sociais, já em seus primeiros anos de existência, incluía disciplinas relacionadas ao trabalho na saúde. A atuação das/dos assistentes sociais, nesse campo, amplia-se influenciada pelo conceito de saúde elaborado em 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), dando ênfase aos aspectos biopsicossociais, fazendo com que a requisição de assistentes sociais aumentasse na área (BRAVO e MATOS, 2004).

Consoante os autores supracitados, nos hospitais, as/os assistentes sociais colocam-se entre a instituição e a população usuária com a finalidade de viabilizar o acesso aos serviços e benefícios. Para tanto, utilizavam-se das seguintes ações: “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária” (BRAVO e MATOS, p. 3). Atuavam, principalmente, no nível curativo hospitalar, diante da exigência do momento na ampliação da assistência médica hospitalar e “os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo” (BRAVO e MATOS, p. 4).

As primeiras ações profissionais na área da saúde eram pautadas pela perspectiva do trabalho com as comunidades, destacando-se as práticas educativas acerca de procedimentos de higiene aplicados à vida privada, sobre a importância da higiene bucal, controle de doenças infantis, controle de natalidade, saneamento etc., proporcionando o acesso à informações sobre cuidados com o corpo. Destarte, como expressam Bravo e Matos (2004):

O assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’ com relação aos hábitos de higiene e saúde e atua nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (p.3).

Esse era um trabalho que se mostrava necessário naquele momento, pois demonstrava a necessidade de acesso à informação em um país com alto índice de pessoas sem escolaridade e com desconhecimento dos cuidados básicos sobre o próprio corpo (SODRÉ, 2010).

Sodré (2010) menciona que, nesse contexto, o Serviço Social praticado com base nas metodologias do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade passa a ser problematizado, sob o argumento de que enxergava o indivíduo, o grupo e a vida em comunidade de forma separada, ou seja, como se fossem esferas diferenciadas e não estivessem imbricadas. A autora indica que o Serviço Social de Caso, para a saúde pública, era a “representação da necessidade de intervenção do assistente social nas políticas de reprodução da vida social” (p. 456). O Serviço Social Médico, como era denominado, atuava prioritariamente com a

metodologia do Serviço Social de Casos, com demandas tratadas de forma isolada, não parte da dimensão macrossocial. Sem abranger a complexidade das manifestações da questão social nas demandas trazidas às/aos profissionais, as práticas resultavam da instrumentalidade tradicional.

O Serviço Social, que nesse momento referenciava-se em um arcabouço teórico-metodológico e político conservador, alinhado à lógica do modelo biologizante de saúde, sofreu expressivas transformações no período pós 1964, que repercutiram na intervenção profissional principalmente com o surgimento de debates na profissão questionadores do conservadorismo. O Movimento de Reconceituação do Serviço Social, ocorrido na América Latina, proporcionou o questionamento e proposição de ruptura com as práticas conservadoras da profissão. A crise do Serviço Social Tradicional, como foi denominada por Netto (2017), ocorreu também em nível mundial. No Brasil, o processo de renovação da profissão culminou em transformações no tocante ao seu referencial teórico-metodológico e ético-político, com a crítica ao conservadorismo ora adotado na intervenção profissional, que se expressou pela busca de um novo paradigma à luz da tradição marxista.

Assim, Silva (2002) destaca que:

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social, a partir da perspectiva hegemônica, no contexto da América Latina, impõem aos assistentes sociais a necessidade de ruptura com o caráter conservador que deu origem à profissão, calcado no atrelamento às demandas e interesses institucionais, e coloca como exigência a necessidade de construção de uma nova proposta de ação profissional, tendo em vista as demandas e os interesses dos setores populares que constituem, majoritariamente, a clientela do Serviço Social (p. 72).

Nesse cenário de mudanças no interior do Serviço Social brasileiro, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, conhecido como Congresso da Virada, ocorrido em 1979, marca um momento histórico, com o estabelecimento do Projeto Ético-Político da profissão, a formulação do Código de Ética Profissional e alterações nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Ensino de Serviço Social. A renovação do Serviço Social foi um divisor de águas para a construção e materialização do que temos hoje: um Serviço Social empenhado na luta pela garantia de direitos, vinculado às lutas da classe trabalhadora e combatente a toda forma de desigualdade social.

A partir da institucionalização do SUS, o Serviço Social passa a atuar na saúde para garantir os direitos e assegurar o acesso e usufruto aos serviços de saúde. Embasado na teoria social crítica e com um projeto profissional vinculado à construção de uma nova ordem

societária, o Serviço Social se posiciona em favor da equidade e da justiça social que garantam a universalidade no acesso da população aos bens e serviços relacionados aos programas e políticas sociais, bem como à Política de Saúde.

Com o neoliberalismo, a agenda política centralizou-se em ajustes do Estado em prol da primazia do mercado. Tal ofensiva inclui maior abertura comercial e financeira para o capital internacional, privatização e desregulamentação, além de cortes dos gastos públicos e redução dos recursos públicos para o financiamento das políticas sociais (DURIGUETTO e DEMIER, 2017). A conformidade do Estado brasileiro às contrarreformas neoliberais marcaram os governos neoliberais de Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso (FHC), e perduraram nos governos seguintes, ainda que mais progressistas, de Lula (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), com aprofundamentos regressivos do neoliberalismo no pós-golpe institucional e impeachment da Presidenta Dilma Rousseff e ascensão de Michel Temer, então Vice-presidente, à Presidência da República, no período de 2016 a 2018.

Uma das primeiras medidas do governo Temer foi a proposição da PEC 241/2016, conhecida como a PEC do Teto de Gastos, que previa a instituição de um novo regime fiscal e o congelamento das despesas primárias por 20 anos. Sobre isso, Cassin (2022) afirma:

De acordo com a proposta, a partir de 2017, os gastos sociais com saúde, previdência social, assistência social, educação, cultura, saneamento, desenvolvimento agrário, ciência e tecnologia, habitação, infraestrutura, dentre outros, deveriam ser limitados às despesas executadas em 2016 e corrigidos anualmente apenas pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) até 2036. Além disso, a PEC 241/2016 sugeria uma alteração no cálculo do valor mínimo a ser destinado às políticas de saúde e educação, o que, na prática, desvincula tais despesas das receitas da União e elimina o piso de gastos estabelecido constitucionalmente para estas políticas. As despesas com o pagamento de juros e amortizações da dívida pública interna e externa — que consomem a maior fatia do orçamento geral da União —, contudo, não foram incluídas neste teto de gastos (CASSIN, 2022, p. 22).

A PEC 241 foi aprovada em 2016, passando a vigorar como a Emenda Constitucional 95 (EC 95). Segundo Cassin (2022), a EC 95 consegue promover o desmonte dos direitos e das políticas sociais como nunca antes ocorreu na história do país, corroendo a parcela do fundo público destinada aos/às trabalhadores/as e, ao mesmo tempo, garantindo o superávit primário. No governo seguinte, de Jair Bolsonaro, o projeto iniciado no governo Temer permanece. Tem-se, então, o aprofundamento das políticas neoliberais que rebatem negativamente nas esferas econômicas, do trabalho, da educação, da previdência social, da assistência social e da saúde (OLIVEIRA e SEVERO, 2019).

O governo seguinte, legitimamente eleito do Presidente Jair Bolsonaro, de 2019 a 2022, aprofundou as desigualdades e intensificou as contrarreformas; entre estas as mais significativas foram as contrarreformas trabalhista e da Previdência Social, que impuseram derrotas à classe trabalhadora no que concerne a direitos historicamente assegurados. Ademais, as pautas moralizantes e antidemocráticas, produziram profundos retrocessos em pautas governamentais que pareciam consolidadas no país como direitos de crianças e adolescentes, mulheres, população negra e comunidade LGBTQIAPN+.

O Brasil, sob a Presidência de Jair Bolsonaro, viveu o caos da pandemia de covid-19, que ceifou a vida de, aproximadamente, 690 mil brasileiras e brasileiros, conjugado ao desmonte das políticas sociais (SINTRAJUFE, 2023). Assim, a população viveu as duras consequências da retração dos direitos sociais. Nunes (2020) afirma que o neoliberalismo resultou numa vulnerabilização global ante as epidemias como a covid-19. O autor acrescenta que a história da pandemia de covid-19, no Brasil, foi feita de ações e omissões que reduziram a capacidade de conter e mitigar os impactos, pois foram feitas escolhas políticas que acentuaram a desigualdade econômica, a precarização do trabalho e o enfraquecimento de serviços públicos assistenciais.

As novas estratégias capitalistas, conduzidas pela ideologia neoliberal, reconfiguram o mundo do trabalho para construção de um novo padrão de acumulação pautado na reestruturação produtiva, na mundialização financeira e na superexploração do trabalho. Diante disso, processam-se grandes inflexões no mundo do trabalho e na reprodução da vida social, de modo que as relações de trabalho ameaçadas pelas privatizações, desregulamentação e flexibilização da produção “acabariam por inserir a classe trabalhadora em cenários cada vez mais precarizantes de venda de sua força de trabalho” (OLIVEIRA e SEVERO, 2019, p. 7).

Nesse contexto de perdas de direitos e transformação do mundo do trabalho, decorrentes do processo de reestruturação produtiva, as relações de trabalho das/dos assistentes sociais também são impactadas, visto que o Serviço Social é uma profissão que se encontra na divisão sociotécnica do trabalho (IAMAMOTO, 2011). Sobre o trabalho das/dos assistentes sociais na Política de Saúde, numa conjuntura marcada pela contrarreforma do Estado, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010) declara que:

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta que a classe trabalhadora é submetida (p. 23).

Soares (2010) acrescenta que a contrarreforma coloca requisições específicas ao Serviço Social na saúde “[...] seja porque inserem novos elementos e instrumentos de gestão no espaço das unidades de saúde, seja porque reiteram velhas práticas não superadas e reprodutoras do modelo de atenção à saúde prioritariamente assistencial, curativo e individualista” (p.17). Assim, compreende-se que o lugar da profissão, segundo a racionalidade hegemônica, continua voltado para a assistência direta aos/às usuários/as, para o atendimento de demandas emergenciais (CARVALHO, 2018).

Diante da realidade de trabalhadora/trabalhador assalariada/o e numa dinâmica de flexibilização e precarização do trabalho, a/o assistente social insere-se numa realidade de desemprego, contratações precárias, baixos salários e desqualificação do trabalho e da formação (RAICHELIS, 2011). Em suma, com o neoliberalismo instituindo no país uma política de desmantelamento do Estado e das políticas sociais, têm-se novas requisições, demandas e possibilidades ao trabalho das/dos profissionais de Serviço Social no âmbito das políticas sociais - e na Política de Saúde - de forma que “ao mesmo tempo e no mesmo processo, contraditoriamente, aprofunda-se a precarização, aberta ou velada, das condições em que esse trabalho se realiza” (RAICHELIS, 2011, p. 434).

3 ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Neste capítulo buscamos discutir acerca da atuação profissional da/do assistente social no âmbito da Política de Saúde, com discussões e reflexões organizadas em duas subseções. A primeira subseção debate sobre as Determinações Sociais da Saúde, que incidem sobre o processo saúde-doença e se configura como campo de atuação para o Serviço Social; pretende-se discorrer sobre o conceito e diferenciar Determinações e Determinantes Sociais da Saúde. A segunda subseção aborda o Serviço Social como uma profissão da saúde, com um Projeto Ético-Político consolidado que subsidia a prática profissional nesse espaço socio-ocupacional.

3.1 Determinações Sociais da Saúde e as Requisições ao Serviço Social no SUS

A atuação do Serviço Social no SUS articula-se à concepção ampliada de saúde, construída ao longo dos anos, na perspectiva de superação do modelo biologizante e de ruptura do binômio saúde e doença como elementos estanques. A concepção ampliada de

Saúde origina-se no debate do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, marcadamente como síntese da VIII Conferência Nacional de Saúde, refere-se ao debate da saúde como um direito social atrelado à cidadania, e portanto, a manutenção do estado de saúde da população estaria vinculada a ações articuladas em um conjunto de serviços e políticas relativas a emprego, renda, educação, previdência, alimentação, ambiente, entre outros, sendo esses fatores determinantes e condicionantes da saúde (ROSÁRIO *et al*, 2020).

As transformações ocorridas no mundo, advindas da expansão do capitalismo, como a economia globalizada, os avanços tecnológicos e suas consequências visíveis no aumento das injustiças sociais, despertaram importantes debates nos setores sociais acerca das expressões da questão social. Segundo Garbois *et al* (2014), na área da saúde, esse debate é crescente e conforma um campo de discussão conhecido como Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Ao discorrer sobre o conceito, Nogueira (2009) traz reflexões sobre o contexto político mundial em que a temática dos DSS reaparece no início dos anos 2000, como uma tendência pós-neoliberal, diferente do que foi vivenciado nos anos 1980 e 1990, fazendo as agências internacionais reconhecerem e validarem um sentido mais amplo de proteção social, buscando combater a pobreza absoluta e as desigualdades sociais. Essa discussão teve destaque na agenda política do setor saúde quando a OMS criou, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), com o objetivo de promover um reconhecimento sobre a importância dos DSS na situação de saúde dos indivíduos e a necessidade de combater as iniquidades em saúde.

A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais. Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirma com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005 (BUSS e PELLEGRINI, 2007, p. 80).

Consoante Buss e Pellegrini (2007), a CDSS considera os Determinantes Sociais da Saúde como sendo as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Por essa razão, afirmam que o principal desafio dos estudos sobre as relações entre os DSS e a saúde consiste em:

estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (p. 81).

Nesse sentido, em conformidade com o movimento internacional em torno dos DSS, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em 2006, através de Decreto Presidencial. A Comissão define os DSS como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS e PELLEGRINI, p. 78).

As atividades da CNDSS têm como referência o conceito de saúde, tal como a concebe a OMS - “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” - e o preceito constitucional de reconhecer a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196 da Constituição brasileira de 1988) (BUSS e PELLEGRINI, p. 88).

A CNDSS foi instituída para combater iniquidades de saúde, tendo como principais objetivos: produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil; apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde; e promover atividades de mobilização da sociedade civil para conscientização e atuação sobre os DSS (BUSS e PELLEGRINI, 2007).

Nesse aspecto, três compromissos orientavam a atuação dessa Comissão: Compromisso com a ação: o intuito é promover políticas, programas e intervenções para o combate às iniquidades de saúde estabelecidos pelos determinantes sociais; Compromisso com a equidade: é um comprometimento ético que serve para assegurar o direito universal à saúde e Compromisso com a evidência: para isso, é necessário que haja estudos e evidências científicas consistentes para entender como estão estabelecidos os DSS na geração de iniquidades em saúde e como combatê-las (BUSS e PELLEGRINI, 2007). Assim, a CNDSS busca alcançar melhores condições de saúde para a população, com vistas ao enfrentamento das desigualdades sociais e a efetivação da equidade em saúde.

O Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde utilizou-se do modelo Dahlgren e Whitehead como referência sobre os DSS. Nesse modelo conceitual, os DSS são “[...] dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes” (CNDSS, 2008, p. 13). Ademais, a escolha desse modelo justifica-se por sua simplicidade e pela facilidade com a qual é possível a

compreensão para vários tipos de público, além da clara visualização gráfica dos diversos DSS (CNDSS, 2008).

Figura 1 - modelo de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Extraído do Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008).

Como é possível observar na figura apresentada, os indivíduos compõem a base desse modelo, com características subjetivas relacionadas à idade, sexo e fatores genéticos que podem influir sobre suas condições de saúde, e na camada externa, estão em evidência o comportamento e estilo de vida individuais.

Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, com acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros (CNDSS, 2008, p. 14).

Na camada seguinte é destacada a influência das redes comunitárias e de relações, e como expressam Buss e Pellegrini (2007, p. 84), “cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que [...] é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo”. No nível seguinte, estão os elementos associados às condições de vida e trabalho, destacando o ambiente laboral, a educação e alimentação, além de condições de moradia, acesso à serviços de saúde e saneamento. E, finalmente, na última camada, estão colocados os

macrodeterminantes que se relacionam às condições econômicas, ambientais e culturais da sociedade (BUSS e PELLEGRINI, 2007). O modelo mencionado, como colocam os autores, permite identificar pontos para que sejam realizadas intervenções de políticas, minimizando os “diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos” (p. 85).

Apesar de existir uma consolidação quanto à concepção de Determinantes Sociais da Saúde, algumas críticas têm sido direcionadas à abordagem dada pela OMS e como é apresentada em seu discurso. Para Nogueira (2009), no próprio relatório da OMS, a análise que se tem dos DSS ocorre de forma fragmentada e reducionista, evidenciando que determinante social tem o significado de causa ou causalidade social. Segundo o autor, essa lógica cruza algumas variáveis abstratas para chegar a um DSS, concluindo o óbvio, como: “os pobres têm pior saúde do que os ricos” (p. 402). Assim, o autor explica que, nesse sentido, “basta cruzar duas variáveis para que se evidencie um determinante social da saúde” (p. 402).

Os determinantes sociais, ao serem convertidos em fatores, perdem sua dimensão de processos socio-históricos, expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, e facilita sua simplificação ao serem entendidos e expressos como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida, etc (OLIVA; ESCUDERO; CARMONA, 2008, *apud* NOGUEIRA, 2009, p. 401).

Rocha e David (2015) afirmam que, no modelo da OMS, os determinantes sociais são considerados fatores externamente conectados, “expandindo a visão para as chamadas causas das causas” (p. 133). Ainda que o modelo reconheça os determinantes estruturais intermediários, não é possível estabelecer o nexo histórico entre as dimensões da vida.

Nessa crítica, admite-se que, na maioria das vezes, apresentam-se sob o tema DSS casos em que a causalidade social dos problemas de saúde é quase óbvia, como por exemplo, estatísticas nas quais famílias de baixa renda apresentam altas taxas de mortalidade infantil, em comparação aos demais estratos da população; outro exemplo são os trabalhadores desempregados quando comparados aos empregados, pois são mais suscetíveis a episódios de depressão e a outros transtornos mentais (ROCHA e DAVID, 2015, p. 133).

Segundo as autoras supracitadas, um dos fatores limitadores da perspectiva dos DSS é a ausência de categorias definidoras do conjunto e de sua lógica, dos determinantes estruturais, além da ênfase sobre as políticas e governança. Essa compreensão dos DSS distancia-se da compreensão do conceito de Determinação Social da Saúde, pois este é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, tirando do centro as discussões de dados epidemiológicos individuais.

Conforme explicita Vasconcelos (2013), a concepção acerca da Determinação Social da Saúde está relacionada a uma perspectiva teórico-política distinta dos DSS. A determinação social é uma concepção desenvolvida sob a influência da teoria social crítica e considera que a saúde deve ser analisada “a partir das formas de organização da vida social, com base no trabalho e na reprodução social, portanto, considerando a inserção de classe social” (VASCONCELOS, 2013, p. 118). A partir disso, compreende-se que este conceito teórico propõe:

[...] uma compreensão na qual as quantificações objetivas dos fenômenos observáveis (aí se incluindo o conceito de fator de risco, por exemplo) devem ser examinadas como mediações dinâmicas entre níveis nos quais se produzem os processos sociais, em lugar de trazer as variáveis para um mesmo plano de análise (ROCHA e DAVID, 2015, p. 133).

Moreira (2013) expressa que a saúde enquanto Determinação Social se opõe ao modelo explicativo biomédico por não resumir aos aspectos biológicos, mas ancora-se numa análise de totalidade, compreendendo o processo saúde-doença historicamente determinado pelas formas de produção e reprodução da vida social. Nessa perspectiva, a saúde é entendida como reflexo da contradição das classes sociais e expressas nos conflitos advindos da relação capital e trabalho (MOUREIRA, 2013).

As tensões entre as proposições dos Determinantes Sociais e da Determinação Social para fundamentar a prática em saúde expressam projetos societários opostos, onde a visibilidade e incorporação dos DSS nos debates e produções científicas, assim como sua apropriação por parte dos/das profissionais de saúde, estão atreladas a mudanças de perspectiva teórica e política que exige um desvelamento acerca de suas limitações ao projeto de transformação social (CARVALHO, 2018).

Dessa forma, compreende-se que os termos Determinação Social e DSS não são necessariamente sinônimos, pois o primeiro traz questionamentos não só teórico-metodológicos acerca dos estudos que sustentam o conceito de DSS, mas também ético-políticos, com indagações acerca das bases em que uma ciência deve se apoiar para a compreensão de questões concernentes à vida e aos processos de adoecimento. Assim, a crítica reside no pressuposto de que a determinação social da saúde está para além do emprego de esquemas de causalidade, “não sendo apenas uma comparação empírica entre condições de saúde e fatores sociais” (ROCHA e DAVID, 2015, p. 134).

Resumidamente, pode-se afirmar que o primeiro [determinação social] é entendido como uma perspectiva que considera o campo mais amplo na qual se produzem os processos saúde doença, buscando trazer para o plano da consciência uma compreensão que estabeleça mediações entre a realidade

fragmentada e a totalidade social, enquanto o segundo [DSS] expressa o privilegiamento da identificação de variáveis sociais mensuráveis sobre uma compreensão mais descritiva e densa dos contextos de saúde (ROCHA e DAVID, 2015. p. 134)

Apesar da relevância dessa discussão para a atuação da/do assistente social na saúde, como também de sua relação com as demandas colocadas às/aos profissionais no cotidiano, Vasconcelos (2013) mostra que as importantes distinções entre a concepção da determinação social e dos determinantes sociais não vem sendo explicitadas na maioria dos textos da área e a terminologia comumente utilizada é a dos DSS, inclusive no texto dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), indicando que o objetivo da profissão na saúde “passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença” (CFESS, 2010, p. 28).

Quanto à atuação das/dos assistentes sociais sob a compreensão das determinações sociais, Moreira (2013) pontua:

Precisamente neste sentido, a atuação dos assistentes sociais é imprescindível para a explicitação da contradição capital/trabalho, para a visibilidade das expressões da questão social, para o questionamento ético-político, a coletivização das demandas, necessidades e respostas, articulação e mobilização social. Desta forma, aponta-se a importância de apropriação deste debate teórico-conceitual pelo Serviço Social a fim de evitar uma incorporação acrítica de conceitos e propostas, necessitando-se envidar esforços de aprofundamento teórico sobre o tema (p. 132).

Assim, faz-se necessário o debate profissional sobre a determinação social na saúde, tendo em vista que este é um horizonte de atuação da/do assistente social na área da saúde. Pensar a atuação do Serviço Social na Política de Saúde com um adensamento da teoria social crítica, evidenciada na direção social hegemônica do Projeto Ético-Político, requer problematizar a incorporação da perspectiva das Determinações Sociais no debate profissional e na produção teórica do Serviço Social, pois esta perspectiva contribui para apreensão abrangente do processo saúde-doença, possibilitando a construção de estratégias coerentes com a direção emancipatória, com o esforço teórico e político para romper com as requisições tradicionalmente impostas à categoria no âmbito do modelo biomédico hegemônico.

3.2 Serviço Social: Projeto Ético-Político Profissional e Atuação profissional na Saúde

Historicamente, o Serviço Social vem trabalhando no campo das políticas públicas, atuando nas refrações da questão social, consideradas objeto da intervenção profissional. Com um Projeto Ético-Político (PEP) pautado na emancipação humana dos cidadãos e da igualdade

social, o Serviço Social é uma das poucas profissões que possui um projeto profissional coletivo e hegemônico que objetiva a construção de uma nova ordem societária.

Consoante Teixeira e Braz (2009), numa sociedade capitalista, os projetos, individuais ou coletivos, possuem caráter político em sua prática pois envolvem interesses sociais das contradições das classes em conflito na sociedade - práticas essas que trazem em si projeções desenvolvidas pelos sujeitos individuais e coletivos, participantes dos múltiplos interesses sociais. No caso do Serviço Social, conforme indicam os autores, tanto no plano das ideias quanto no plano prático, as/os assistentes sociais procuram imprimir uma direção social na intervenção profissional desenvolvida, a fim de atender aos diversos interesses sociais - interesses políticos, ideológicos, econômicos etc. - presentes na sociedade. Dessa forma, afirmam-se valores e diretrizes profissionais, assumindo dimensões coletivas que passam a representar, para parcelas significativas da profissão, a sua autoimagem; adquirindo a condição de projeto profissional (TEIXEIRA e BRAZ, 2009).

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

O projeto profissional do Serviço Social, conectado a um projeto societário transformador, efetiva-se por meio de uma prática profissional de dimensão política, logo, o projeto profissional é, também, projeto político ou “projeto político-profissional” (TEIXEIRA e BRAZ, 2009, p. 4). Desse modo, a atuação profissional da/do assistente social pode adotar direção ético-política para enfrentamento ou legitimação das contradições postas pela sociedade capitalista, limitando ou potencializando a instrumentalidade da profissão, embora o projeto ético-político (PEP) do Serviço Social seja explícito quanto aos seus compromissos. Nas palavras de Netto (1999), o PEP do Serviço Social

tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero (p. 15).

Assim, compreende-se que o projeto ético-político articula em si mesmo elementos constitutivos relacionados à “uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua

função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas etc.” (NETTO, 1999, p. 7). O projeto tem em sua base componentes que lhe dão materialidade e se expressam na realidade, sendo eles: a) a produção de conhecimento no interior do Serviço Social; b) as instâncias político-organizativas da profissão: as associações profissionais, as organizações sindicais, o conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social), a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); c) a dimensão jurídico-política da profissão, constituindo o arcabouço legal institucional que envolve o conjunto de leis e resoluções, tais como: o Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e as Diretrizes Curriculares Nacionais de Ensino de Serviço Social (TEIXEIRA e BRAZ, 2009).

À prática profissional do Serviço Social subjaz os elementos constitutivos do projeto ético-político e as/os assistentes sociais trabalham efetivamente na elaboração, coordenação, análise e implementação das políticas sociais para ampliação e garantia dos direitos sociais, o que caracteriza a instrumentalidade da profissão. Segundo Fernandes (2016), instrumentalidade é a capacidade ou propriedade constitutiva de uma profissão. Guerra (2014) diz que a instrumentalidade “coloca-se à práxis como conduto de passagem, ao mesmo tempo que a práxis produz, porta e expressa uma determinada racionalidade, já que o pensamento encontra-se substantiva e organicamente vocacionado para a ação” (p. 46). Isso significa que o conceito de instrumentalidade indica o movimento das formas de pensar e das formas de operacionalizar as ações (ANDRADE e GIANNA, 2024).

Na área da saúde, a presença de assistentes sociais apresenta-se pelo reconhecimento social da profissão diante das necessidades apresentadas em determinadas circunstâncias históricas no contexto da política do setor (LANZA *et al*, 2012). Com a inclusão das/dos assistentes sociais entre as profissões de nível superior no campo da saúde, na Resolução nº 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), são reconhecidas as contribuições históricas da categoria na atenção à saúde da população, além de afirmar a interdisciplinaridade como fundamental ao cuidado integral em saúde. A referida Resolução afirma

Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: 1. Assistentes Sociais 2. Biólogos; 3. Profissionais de Educação Física; 4. Enfermeiros; 5. Farmacêuticos; 6. Fisioterapeutas; 7. Fonoaudiólogos; 8. Médicos; 9. Médicos Veterinários; 10. Nutricionistas; 11. Odontólogos; 12. Psicólogos; e 13. Terapeutas Ocupacionais (BRASIL, 1997).

Em conformidade com a Resolução do CNS, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 1999, por meio da Resolução nº 383/99, reconheceu e legitimou a/o assistente social como profissional de saúde. Em seu texto introdutório, a Resolução apresentou aspectos importantes que são observados na prática desenvolvida pelas/os profissionais e justificam a inserção da categoria no campo da saúde; o Artigo 1º dispõe para “caracterizar o assistente social como profissional de saúde” (CFESS, 1999, p. 1), na medida em que a/o profissional faz sua intervenção “junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde” (CFESS, 1999, p. 1).

Explicita que a atuação profissional intervém nas determinações sociais dos processos saúde-doença, com vistas à garantia e ampliação dos direitos. Além disso, é reconhecido que a/o assistente social na saúde contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, sem prescindir de sua função pedagógica com a facilitação do acesso a informações e ações educativas “para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País” (CFESS, 1999, p. 1). O Artigo 2º explicita que a/o assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, dessa forma, não é uma/um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserida/o em outras áreas, a depender do espaço socio-ocupacional e da natureza das suas funções. Por fim, é indicada a imprescindibilidade da efetivação do controle social e que a/o assistente social

[...] com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais (CFESS, 1999, p. 2).

A publicação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, pelo CFESS, em 2010, a partir da articulação com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), reforçou as ações desenvolvidas pelo Serviço Social na saúde, a partir dos eixos de atuação, orientadas, sobretudo, pelos conteúdos do Código de Ética e da Lei de Regulamentação. Já em seu texto introdutório, apresenta um conteúdo importante em torno do debate sobre Saúde, Reforma Sanitária, SUS e os desafios atuais, a fim de discutir e orientar a atuação na área mencionada, tornando-se um documento de referência para a categoria, propondo diretrizes para as ações das/dos profissionais na Política de Saúde.

A produção do CFESS, apresenta proposições de atuação a partir de quatro grandes eixos da intervenção profissional, sendo eles ações de Atendimento direto à população

usuária; ações de Mobilização, Participação e Controle Social; ações de Investigação, Planejamento e Gestão; ações de Assessoria, Qualificação e Formação profissional.

O primeiro eixo apresentado, voltado ao Atendimento direto a usuários/as, aponta três frentes de ações: “[...] ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas” (CFESS, 2010, p. 42). Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas se desenvolvem complementarmente e são indissociáveis, integrando o processo de trabalho coletivo em saúde (CFESS, 2010). O segundo grande eixo é o da Mobilização, Participação e Controle Social, correspondentes a ações voltadas para fomentar a participação da população usuária, familiares, profissionais da saúde e dos movimentos sociais nos espaços de controle social e nas mobilizações em torno da luta e defesa pela efetivação do direito à saúde. Delineia, ainda, a importância da organização da população e de sua mobilização frente às demandas existentes, considerando que, apesar da conquista do SUS como sistema universal, o direito à saúde constitui-se em um desafio constante dados os ataques privatistas à sua plena efetivação.

O terceiro eixo refere-se às ações de Investigação, Planejamento e Gestão. Estas atividades visam fortalecer a gestão democrática e participativa nas instituições, visando o favorecimento dos/as usuários/as e dos trabalhadores/as da saúde, na garantia de seus direitos. Este eixo reafirma, também, as possibilidades de atuação das/dos assistentes sociais como gestores e proponentes de programas e projetos, para além do trabalho direto na operacionalização das políticas públicas (CASTILHOS *et al*, 2022). Por fim, o quarto e último eixo apresenta a atuação com ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional. São atividades que se relacionam ao aprimoramento profissional, visando “a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários” (CFESS, 2010, p. 63).

Além dos eixos citados, o documento dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde destaca elementos para uma atuação eficiente e crítica do Serviço Social na área. São eles:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma comprometida e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;

- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou os conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (p. 30 - 31).

As demandas sociais que se colocam como alvo da intervenção do Serviço Social envolvem vários condicionantes e emergem de diversas formas no cotidiano do trabalho. Quase sempre, referem-se às condições de vida dos/das usuários/as como desemprego e subemprego, condições de moradia, violências etc. (CFESS, 2010). Lanza *et al* (2012) explana que neste campo de atuação, comumente, a intervenção profissional é requisitada na viabilização do acesso a serviços como consultas, exames, internações e tratamento; o que exige atenção às atribuições e competências profissionais e o uso de estratégias para além das práticas repetitivas e reiterativas que podem se apresentar no cotidiano. Sendo assim,

as ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde (CFESS, 2010, p. 43).

Portanto, para que ações descritas nos grandes eixos de atuação propostos nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde sejam efetivadas, é imperativo que as/os profissionais de Serviço Social desenvolvam a capacidade propositiva. Para tanto, faz-se necessário o conhecimento da realidade sob a perspectiva teórico-crítica, capaz de desvelar as expressões da questão social presentes no cotidiano profissional (IAMAMOTO, 2002; CFESS, 2010).

Nesse contexto, é propício destacar nossa experiência de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social em um Hospital-Escola, no setor da enfermaria pediátrica, que possibilitou reflexões e vivências sobre a atuação do Serviço Social na saúde.

Com base em nossa experiência, foi possível observar como se dá o processo de apreensão da realidade, de planejamento e de intervenção profissional alinhado ao arcabouço jurídico-legal do Serviço Social brasileiro, como sendo a Lei de Regulamentação da

Profissão, o Código de Ética Profissional, além do subsídio valioso que são os Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde.

No referido Campo de Estágio, a prática profissional da assistente social é permeada pela complexidade do trabalho com demandas que, constantemente, requerem conhecimento do real, articulação com redes de serviços públicos, esforços para promover a intersetorialidade entre as políticas, intencionando favorecer o acesso a direitos sociais da população usuária.

Sobre as demandas para o Serviço Social no SUS, Costa (2010) destaca:

no contexto de desenvolvimento do SUS, as dificuldades de absorver as reais necessidades dos usuários, sobretudo as que se relacionam às péssimas condições de vida da população, agravadas com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, terminam demandando a institucionalização de ações e ocupações voltadas para atender tais problemas, que, se não forem imediatamente enfrentados resultam em mortes, sequelas, iniquidades e denúncias que afetam a imagem e o reconhecimento do SUS. Tais necessidades, em geral, constituem demandas ao serviço social no cotidiano do SUS, na maioria das vezes requerendo mediações de natureza intersetorial (p. 139).

A prática profissional da qual tivemos oportunidade de nos aproximar no Estágio, agrega os procedimentos de acolhimento - aproximação e conhecimento inicial - e acompanhamento aos/às usuários/as do serviço desde a admissão na instituição até a alta hospitalar. No decurso desse período, outras estratégias interventivas são realizadas, tais como articulações com as redes sanitárias e socioassistenciais nos territórios de origem para garantir a continuidade do cuidado em saúde e, por vezes, os mínimos para a sobrevivência.

Ademais, todo processo do trabalho das assistentes sociais desde o acolhimento, visitas ao leito, realização de entrevistas sociais, diálogos e reuniões com a equipe multidisciplinar, orientações, encaminhamentos, até a alta hospitalar, é baseado no respeito e sem qualquer expressão de discriminação, consoante o Código de Ética da profissão (1993), objetivando a “[...] eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” (p. 23).

O primeiro contato com o/a usuário/a dá-se pela instrumentalidade do acolhimento e da aplicação da entrevista social com a/o familiar das crianças e adolescentes internadas/os na enfermaria. A entrevista social visa a identificação das demandas presentes no contexto de adoecimento das crianças e adolescentes, bem como o desvelamento da realidade social em que estão inseridas/os - esta ação está em conformidade com o eixo de ações voltadas para o

atendimento direto aos usuários, descritas nos Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010).

Após a sistematização dos dados recolhidos com esse instrumento e a análise da situação, são realizadas as orientações sociais pertinentes à realidade de cada usuário/a, articulações com as redes e encaminhamentos para outras instituições que possam atender a essas demandas. Tais ações também estão pautadas no dever da/do assistente social de “democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária” (CFESS, 2010, p. 44).

Por se tratar do público infantojuvenil, a atuação profissional é orientada pelos direitos a este público prioritário nos marcos legais brasileiros, com base no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, a fim de que sejam viabilizados e garantidos. Na realidade vivenciada por esses/as usuários/as, há a presença de múltiplas expressões da questão social como o desemprego de familiares, pobreza, precárias condições de habitabilidade, ausência de saneamento básico, entre outros fatores que se configuram em determinações sociais, impactando o processo saúde-doença das crianças e adolescentes. Nesse sentido, as/os assistentes sociais identificam essas determinações sociais e implementam ações para mediar o acesso a direitos sociais com uso de instrumentais técnicos e estratégias interventivas qualificadas.

Cabe mencionar que os principais encaminhamentos e orientações feitos pelo Serviço Social no setor em questão são direcionados a instituições da rede socioassistencial, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar e outros. Há uma alta demanda de solicitação de informações, orientações e encaminhamentos referentes a programas e benefícios de transferência de renda como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa Bolsa Família, bem como de articulações para a garantia do acesso a insumos para continuidade do tratamento, o que inclui a garantia de fórmulas nutricionais quando pertinentes à segurança alimentar e nutricional.

À atuação profissional é agregada a elaboração de relatórios sociais e pareceres sociais em situações que demandam a articulação com outros órgãos e equipamentos públicos como: Ministério Público, Conselho Tutelar, Instituições de Acolhimento, entre outros. Também compõem o fazer profissional a articulação com os setores de transportes para usuários/as que necessitam acessar o Programa Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência de acordo com a ciência de qualquer ocorrência tipificada. Cabe salientar que

Nessas situações, a responsabilidade pela notificação é função de toda a equipe. O assistente social deve colaborar nesta ação, mas não é atribuição privativa do mesmo. Cabe ao profissional de Serviço Social fazer uma abordagem socioeducativa com a família, socializar as informações em relação aos recursos sociais existentes e viabilizar os encaminhamentos necessários (CFESS, 2010, p. 51).

Ademais, a equipe de Serviço Social da instituição realiza ações propositivas com a construção de um planejamento estratégico anual, realizado com a participação coletiva da categoria na instituição, o qual define estratégias ético-políticas voltadas à ampliação do acesso aos direitos pelas/os usuárias/os.

Para alcançar esta robustez nas ações profissionais no Hospital-Escola, o Serviço Social mantém uma agenda de reuniões semanais que cria possibilidades de problematização das demandas e do fortalecimento das articulações da categoria frente às expressões da questão social sobre as quais intervém. Outro elemento de grande importância apreendido no Estágio é o registro sistemático da prática profissional; sem dúvida contribuem para maior autonomia das profissionais na instituição e demarcam sua organização coletiva e a visibilidade do Serviço Social.

A partir das demandas postas no cotidiano profissional, as/os assistentes sociais trabalham não apenas mobilizando as redes próprias da Política de Saúde, mas realizam um trabalho intersetorial de articulação com o conjunto das políticas sociais a partir da apreensão da realidade social de cada usuário/a. Embora submetido a inúmeras restrições, resultantes da dinâmica socio-política, o Serviço Social dispõe de grande potencial na atenção à saúde da criança e do adolescente, haja vista o significado social da profissão e sua direção social que reconhece as/os assistentes sociais como trabalhadores/as que têm compromisso social com a defesa dos direitos e conquistas históricas da classe trabalhadora (ABRAMIDES, 2016).

4 INFÂNCIA E SAÚDE EM PRODUÇÕES DOS ANAIS DO XVI E XVII CBAS

O presente capítulo aportará interfaces entre o Serviço Social e a assistência à saúde da criança no âmbito do SUS e está dividido em duas subseções. A primeira subseção versa sobre a história social da infância no Brasil e a intervenção do Estado para a assistência à saúde da criança, bem como a evolução das legislações que tratam dos direitos da infância. Na segunda subseção, serão apresentadas produções da área do Serviço Social sobre a saúde da criança, resultantes do levantamento bibliográfico nos Anais do XVI (2019) e XVII (2022)

Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS); a partir desse corpus documental, dialogaremos com trabalhos que discutem sobre o direito da criança à saúde.

4.1 História Social da Infância: de menor a sujeita/o de direitos

Crianças e adolescentes, por muitos anos, foram tratadas/os sem o devido reconhecimento aos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil. Nesse sentido, essa fase da vida não era valorizada pela sociedade e pelo Estado como estruturante do desenvolvimento humano, por isso é um ciclo vital que comporta necessidades singulares (ARAÚJO, *et al.*, 2014). Não obstante, no decorrer dos séculos, a concepção da infância mudou significativamente; passando a ser considerada, no bojo das transformações econômicas, políticas e sociais, a importância da fase infantil e da adolescência, para o pleno desenvolvimento humano, além do asseguramento de direitos inerentes à sua cidadania.

Historicamente, tanto as concepções teóricas quanto as ações da sociedade voltadas à infância, foram, em sua maioria, conflituosas. Havia parcelas da sociedade que privilegiavam ações de violência, punição e repressão, características marcantes do período colonial brasileiro, que incluíam violências impostas às crianças indígenas pelos Jesuítas sob o manto da aculturação, a barbárie da escravidão, violações que resultavam nos elevados índices de mortalidade infantil, os quais se mantinham próximos dos 70% (ARAÚJO, *et al.*, 2016).

No estágio imperial brasileiro, as legislações direcionadas à infância eram voltadas ao recolhimento de crianças órfãs e abandonadas por meio de medidas assistenciais privadas e de caráter religioso. Com a instalação da República, estabeleceram-se progressivamente as bases para a assistência à infância. Segundo Perez e Passone (2010), no início do século XX, o processo de instituição da infância no país ocorreu com uma interseção entre a medicina, a justiça e a assistência pública, tendo a infância como objeto de atenção e controle por parte do Estado. Sobre isso, Rizzini (1997, p. 30, *apud*, PEREZ e PASSONE, 2010) assevera:

Será da medicina (do corpo e da alma) o papel de diagnosticar na infância possibilidades de recuperação e formas de tratamento. Caberá à Justiça regulamentar a proteção (da criança e da sociedade), fazendo prevalecer a educação sobre a punição. À filantropia – substituta da antiga caridade – estava reservada a missão de prestar assistência aos pobres e desvalidos, em associação às ações públicas [...] a conexão jurídico-assistencial atuará visando um propósito comum: “salvar a criança” para transformar o Brasil (RIZZINI, 1997, p. 30, *apud* PEREZ e PASSONE, 2010, p. 654).

Assim, o Estado aderiu a iniciativas voltadas à “salvação da criança”, tornando o público infantil alvo das ações públicas, ainda que sob a lógica da responsabilização das

famílias aos cuidados com a infância. Dessa forma, a prevenção social e a construção de legislações específicas, que permitiu a tutela do Estado e controle da sociedade, engendraram forte aliança jurídico-médico-assistencial, organizada em torno do sistema de proteção do “menor”¹.

No início do século XX, os programas nacionais tinham alcance limitado e verticalizado; eram direcionados prioritariamente a grupos de risco e mais vulneráveis, como gestantes e crianças. De acordo com Araújo *et al* (2016), na década de 1920, autoridades do setor saúde demonstraram preocupação com o adoecimento infantil. Naquele período, crianças dependentes de trabalhadores/as do mercado formal que recebiam assistência sistemática à saúde passaram a ser alvo de controle, incluindo o debate sobre aleitamento materno que, para Araújo *et al* (2016), objetivou a redução do adoecimento infantil para que as mulheres mães cumprissem a jornada de trabalho. Para a autora, a lógica era produtivista, “visto que, se as crianças permanecessem adoecidas, aumentaria o número de faltas dos trabalhadores nas indústrias” (2016, p. 1002). Reformas do Estado operadas na década de 1930 resultaram na organização das primeiras ações especificamente destinadas à família e à infância no âmbito da Assistência Social. É explícito, na Constituição Federal de 1937, o posicionamento do Estado brasileiro, afirmando no Artigo 127 que “a infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado” (BRASIL, 1937). Previa-se proporcionar o mínimo de condições para a preservação física e moral deste público e assegurar-lhes medidas para o “desenvolvimento das suas faculdades” (BRASIL, 1937). A criação do Departamento Nacional da Criança (DNCR), do Serviço de Assistência ao Menor (SAM) e da Legião Brasileira de Assistência (LBA), nos anos 1940, marcou o atendimento a famílias, crianças e jovens no período. O Departamento Nacional da Criança, órgão vinculado ao Ministério de Educação e Saúde, possuía o objetivo de “criar viva consciência social da necessidade de proteção à díade materno-infantil [...] desenvolver estudos, organizar estabelecimentos, conceder subsídio às iniciativas privadas de amparo às mães e filhos e exercer fiscalização” (RIZZINI, 1995, p. 138).

Nos anos 1940, aprofundou-se a prática higienista e repressiva na área infantojuvenil, que privilegiava o internamento de “menores”, como estratégia de contenção e atendimento a crianças e adolescentes. Em 1944, o SAM tornou-se o serviço responsável por orientar e fiscalizar as entidades particulares, identificar casos em que caberia internação ou medida de

¹ O termo menor era utilizado em legislações brasileiras para referir-se a crianças e adolescentes oriundos/as de famílias empobrecidas, consideradas pelo Estado como desestruturadas e passíveis do controle policial e judicial. A categoria "menor" é, portanto, utilizada como estratégia institucional que cria sujeito social sem direitos (SOUZA, 2020).

ajustamento social através de exames médico-pedagógicos, encaminhar e abrigar “menores” e supervisionar instituições que recebiam recursos públicos.

O período foi marcado pelo assistencialismo estatal e privado destinado às famílias trabalhadoras, interposto por políticas públicas centralizadas, com intensificação de práticas repressiva e higienista que privilegiavam o internamento sob o discurso da proteção das crianças sem infância (PEREZ e PASSONE, 2010).

A criação do Ministério de Saúde (MS), em 1953, contribuiu na organização e elaboração de políticas públicas e de planos voltados para a promoção, preservação e assistência à brasileiros/as; a assistência à saúde da criança recebeu maior atenção diferenciada. No mesmo ano, foi criado o Ministério da Educação e Cultura e implementado o Serviço Nacional de Merenda Escolar, com objetivo de suplementação alimentar com refeições na escola.

Nesse cenário, como afirmam Perez e Passone (2010), o atendimento à infância caracterizou-se por políticas, programas que combinavam ações assistencialistas e higienistas, com convocação à participação das comunidades orientadas pela doutrina desenvolvimentista das agências internacionais, com base em setores da Igreja Católica. Sobre esse período, Faleiros (1995) destaca que “inicia-se uma estratégia de preservação da saúde da criança e de participação da comunidade, e não somente repressiva e assistencialista” (p. 72).

No âmbito internacional, eventos importantes foram realizados tratando da questão da infância, sendo um dos mais significativos o 9º Congresso Panamericano da Criança, realizado em Caracas, em 1948. O evento aprofundou a discussão sobre o enfoque dado aos direitos do “menor” e, anos depois, a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, criou um marco legal que permitiu a valorização da infância e o reconhecimento internacional das crianças como sujeitas/os de direitos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Os princípios e direitos que se destacaram, prescritos pela Declaração, foram: à igualdade, à proteção especial para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, à saúde, à alimentação, à moradia, à educação gratuita, ao lazer, à proteção contra o abandono e exploração, entre outros (NAÇÕES UNIDAS, 1959). Dessa forma, como um movimento social internacional, a infância ascende ao merecido *status* privilegiado de direitos e a criança considerada pessoa em desenvolvimento, daí possuir necessidades a serem prioritariamente atendidas. Em 1968, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) firmou acordo com o Estado brasileiro. Em meio o período da ditadura militar, de modo paradoxal, o país assume, formalmente, o compromisso com os preceitos da Declaração

Universal dos Direitos da Criança, “embora na prática o que se constataria era a aprovação de um novo código de menores, mais repressivo” (PEREZ e PASSONE, p. 661). Com a entrada dos anos 1970, os debates sobre os direitos da criança retornaram ao centro das temáticas e discussões, influenciados pelas Convenções Internacionais pelos Direitos da Infância e pelos fóruns internacionais. Como afirma Rizzini (1995, p. 155), essas Convenções propunham que a magistratura favorecesse a promoção da família e da comunidade no cuidado da infância e adolescência, para a garantia de seus direitos, sendo considerados/as sujeitos/as de direitos. Os princípios da Declaração dos Direitos da Criança não se materializaram no contexto do regime ditatorial brasileiro; e em 1979, foi aprovado o novo Código de Menores, instituído pela Lei nº 6697/1979, responsável por atualizar o Código de Menores de 1927. O novo Código sofreu influência da Lei de Segurança Nacional, responsável por instituir o sistema de internação de menores carentes e abandonados até os 18 anos de idade, bem como o tratamento de infratores no sistema prisional (ROCHA, 2021). Ademais, este Código adotou a doutrina da situação irregular, que significava a

privação de condições essenciais à subsistência, saúde e instrução, por omissão, ação ou por irresponsabilidade dos pais ou responsáveis; por ser vítima de maus tratos; por perigo moral, em razão de exploração ou encontrar-se em atividades contrárias aos bons costumes, por privação de representação legal, por desvio de conduta ou autoria de infração penal (FALEIROS, 1995, p. 81).

Diante disso, condições materiais e condutas dos pais e das próprias crianças e adolescentes determinavam a atribuição da situação irregular e a definição de medidas de intervenção do Estado. No limite, “fazendo-se da vítima um réu e tornando a questão ainda mais jurídica e assistencial” (Faleiros, 1995, p. 81). Rocha (2021) afirma que, nesse contexto, as crianças e suas famílias eram responsabilizadas por fatores dos quais não tinham responsabilidades, como condições de pobreza, saúde e instrução.

A doutrina da situação irregular contribuiu para o fortalecimento da judicialização da questão social e possibilitou a ampliação do poder tutelar do Estado sobre o segmento infantojuvenil e suas famílias empobrecidas (ROCHA, 2021). Assim, evidencia-se que o Estado brasileiro, apesar de comprometer-se, formalmente, em promover e garantir os direitos das crianças e adolescentes no período, não estava empenhado em efetivá-los.

Nas décadas que antecederam a Constituição Federal de 1988 (CF/88), foram adotadas importantes iniciativas para a melhoria da saúde e redução de mortalidade infantil, entre as quais se destaca o Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído em 1973, com a ampliação da cobertura vacinal da população, em especial das crianças. Posteriormente, nos

anos 1980, houve transformações legais voltadas à infância e juventude, como resultado da consolidação da sociedade civil na luta por direitos sociais, políticos e civis, também voltados ao público infantojuvenil. Em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi criado para induzir um conjunto de ações relacionadas à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno (BRASIL, 2015). Na sequência, em 1984, houve a criação do Programa de Assistência à Saúde da Criança (PAISC), que priorizava crianças pertencentes aos grupos de risco, bem como buscava qualificar a assistência, aumentar a cobertura dos serviços de saúde e incentivar as ações de promoção da saúde integral (BRASIL, 2015).

A promulgação da CF/88 proporcionou a instituição de ordenações legais, com base nos direitos sociais para as crianças e adolescentes, tais como: o Estatuto da Criança e Adolescente (Lei Federal nº 8.069/90), a criação do Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e do Adolescente - CONANDA (Lei Federal nº 8.242/91); a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei Federal nº 8.742/93); a Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei Federal 8.080/90); a Lei Orgânica de Segurança Alimentar - LOSAN (Lei Federal nº 11.346/06), entre outras. Com esse aparato legal, foram criadas as condições para assegurar a garantia de políticas sociais capazes de atender necessidades primordiais da população brasileira. A nova Constituição foi determinante para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes e passou a reconhecer sua condição peculiar de desenvolvimento, ressaltando o direito à proteção integral e o dever do Estado para priorizar esse segmento populacional nas políticas públicas sociais, explicitado no Artigo 227, quando afirma que

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Os direitos da criança são resultado das lutas internacionais de direitos humanos. A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adotada pelas Nações Unidas (1989), constitui-se como um dos tratados mais importantes da comunidade internacional, sendo o Brasil seu signatário (BRASIL, 1990a). O Projeto de Lei que regulamentou o Artigo 227 da Constituição Federal e elaborou o Estatuto da Criança e do Adolescente, ingressou no Congresso Nacional em 1989, sendo aprovado em 1990.

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi marcado pelo debate sobre a criação de um amplo aparato institucional para sua operacionalização, apontando um movimento de institucionalização, ampliação de instrumentos de ações públicas, normas, regras, rotinas e procedimentos (ANDION, *et al*, 2023). Assim como foi preconizado no texto constitucional, o Estatuto da Criança e do Adolescente atribuiu ao Estado e à sociedade a obrigação do tratamento prioritário de proteção e efetivação dos direitos da cidadania das crianças e dos/as adolescentes brasileiros/as. Ademais, o Estatuto considera criança a pessoa com até doze anos incompletos, e adolescente, a pessoa entre doze e dezoito anos de idade, diferente da Convenção sobre os Direitos Da Criança, que considera criança todo o ser humano com menos de dezoito anos de idade.

Outrossim, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a doutrina repressiva do Código de Menores de 1979 foi substituída por novas referências e diretrizes políticas, jurídicas e sociais. Consoante Perez e Passone (2010), após definir em seus primeiros artigos que “toda criança e todo adolescente têm direito à proteção integral, considerando-os como sujeito de direitos individuais e coletivos, cuja responsabilidade é da família, da sociedade e do Estado” (Brasil, 1990b), o país banuiu a categoria “menor” do arcabouço conceitual e jurídico, introduziu a moderna noção de adolescência e incorporou os preceitos da Convenção sobre os Direitos da Criança. Ainda, o Estatuto da Criança e do Adolescente determinou a descentralização das ações e uma nova responsabilidade aos estados e municípios na criação e implementação de políticas públicas que garantam a efetivação da cidadania e a proteção contra a violação dos direitos da infância e adolescência. O Estatuto expressa, portanto, os direitos das crianças e adolescentes que delineiam a política de atendimento, distribuídas nas seguintes linhas de ação:

- a. as políticas sociais básicas de caráter universal, como saúde, educação, alimentação, moradia, etc. (art. 87, item I);
- b. as políticas e programas de assistência social (art. 87, item II), de caráter supletivo, para aqueles de que delas necessitem;
- c. as políticas de proteção, que representam serviços especiais de atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso e opressão (art. 87, item III); os serviços de identificação e localização de pais, responsáveis, crianças e adolescentes desaparecidos (art. 87, IV);
- d. as políticas de garantias de direitos, que representam as entidades e os aparatos jurídicos e sociais de proteção dos direitos individuais e coletivos da infância e juventude (art. 87, item V) (PEREZ e PASSONE 2010, p. 666).

Quanto à evolução das ações voltadas à promoção da saúde da criança, a partir dos anos 1990, com a implementação do SUS, do Programa de Saúde da Família (PSF) e do

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi possível constatar ações que impulsionaram o desenvolvimento de diversas intervenções, principalmente em ações centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, promoção e apoio ao aleitamento materno, controle de doenças diarreicas, controle das infecções respiratórias agudas e imunização (LIMA, *et al*, 2022). Ademais, nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) teve papel importante na melhoria dos indicadores de saúde da criança no país. A ampliação da APS e a incorporação dos princípios do PAISC na atenção à saúde da criança foram importantes na melhora dos indicadores assistenciais e de situação de saúde das crianças brasileiras, com evidências sobre a associação da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e reduções na mortalidade pós-neonatal e infantil (LIMA, *et al*, 2022).

A partir da Declaração do Milênio das Nações Unidas, aprovada em 2000, foram intensificadas ações para a saúde da criança, que tinha como meta a redução de desigualdades nos âmbitos da educação, saúde, renda, meio ambiente e igualdade de gênero. Uma dessas ações foi o lançamento do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, como instrumento para a busca de soluções sustentáveis e garantia de corresponsabilização da sociedade civil e governamental (BRASIL, 2015).

Em 2015, após 25 anos do estabelecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Brasil comprometeu-se com os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável². O compromisso do Estado brasileiro foi de superar mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos. O objetivo 03, da referida agenda, impulsionou medidas do Ministério da Saúde, tais como a criação da Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil - Rede Cegonha (2011), do Programa Intersetorial Brasil Carinhoso (2012) e do Programa Criança Feliz (2016), que significaram avanços nos indicadores de saúde infantil e nas políticas públicas voltadas à saúde da criança (BRASIL, 2015). Além disso, o MS, por meio da Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015, aprovou e publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), considerada um marco legal relevante para garantir melhor assistência às crianças (LIMA, *et al*, 2022). A elaboração da PNAISC foi fruto de amplo e participativo processo de construção coletiva que visa a qualificação das estratégias e ações voltadas à saúde da criança na agenda da saúde pública brasileira, nas esferas federal, estadual e municipal. A Política está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos, tendo como objetivo:

² Plano global de ação para o desenvolvimento sustentável, criado pelas Nações Unidas, possuindo 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas, que visa, até 2030, erradicar a pobreza, promover uma vida digna a todos, proteger o planeta, garantir prosperidade para todos, combater a desigualdade e degradação ambiental (AGENDA 2030, 2015).

promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015, p. 9).

Os princípios que orientam essa política afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, a universalidade para todas as crianças, além dos princípios de equidade, integralidade do cuidado, humanização da atenção e também a gestão participativa (BRASIL, 2015). A perspectiva de atenção integral é importante, pressupõe vínculos bem estabelecidos entre a criança, a família e a/o profissional de saúde responsável, por isso, considera-se a corresponsabilização como um princípio fundamental. Assim, é imprescindível a organização de ações e serviços de saúde para a criança e sua família, em articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para potencializar os recursos disponíveis e “oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à sua necessidade, garantindo a continuidade do cuidado integral” (BRASIL, 2015, p. 23).

É inegável que o SUS trouxe muitos avanços e melhorias para a saúde pública brasileira e para a saúde da criança em particular. No entanto, ainda se faz necessária a qualificação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças no Ministério da Saúde, visando garantir acesso a serviços de saúde de qualidade; tanto no aspecto normativo quanto na implementação de programas e ações específicas, que requerem o compromisso e envolvimento do poder público e participação da comunidade. Destaca-se que o investimento e priorização nos primeiros anos de vida possibilita a redução das desigualdades em saúde, com impactos positivos no desenvolvimento físico e socioemocional do público infantil, favorecendo a melhoria na saúde e qualidade de vida das pessoas (CNDSS, 2008).

4.2 A Saúde da Criança nos Anais do XVI e XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)

Este tópico corresponde a apresentação dos achados referentes à discussão do direito à saúde das crianças advindos do procedimento metodológico de levantamento documental em produções publicadas nos anais do XVI e XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizados em 2019 e 2022, respectivamente. Cabe destacar que nossa intenção inicial era utilizar os Anais do VI Congresso de Serviço Social do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), realizado no Recife, em setembro de 2024, a fim

de identificar o debate no Serviço Social em Pernambuco, no entanto, não encontramos trabalhos submetidos em relação ao tema definido para a coleta dos trabalhos. Assim, a seleção dos trabalhos ora analisados foi feita por meio de pesquisa nos sites das citadas edições do CBAS selecionando, especificamente, os trabalhos que tratam da temática da saúde da criança, a fim de verificar como se dá a atuação do Serviço Social ante demandas presentes nos espaços de serviços de saúde: como o Serviço Social tem se apropriado do direito à saúde por crianças e adolescentes, sujeitos prioritários para as políticas públicas, sobretudo quanto à efetivação do acesso à Política de Saúde, bem como observar estratégias adotadas pelas/os profissionais na mediação para acesso a direitos.

O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) é um evento trienal organizado pelos CFESS e considerado um dos maiores eventos nacionais do Serviço Social brasileiro, que socializa e sistematiza, sobretudo, estudos e pesquisas oriundos da prática profissional, constituindo-se como espaço privilegiado de debates e de qualificação da categoria de assistentes sociais. Ademais, consiste em um importante momento de fomento à organização política e profissional da categoria, e ainda, de socialização da produção científica, a partir da propositura de debates que possam vir a subsidiar a construção da agenda das entidades nacionais da categoria, o conjunto CFESS/CRESS e ABEPSS. O levantamento empreendido nas publicações dos anais das duas últimas edições do CBAS - XVI e XVII - resultou na identificação de nove trabalhos que mencionam a saúde da criança como temática principal.

O XVI CBAS (2019), realizado em Brasília (DF), teve como tema “40 anos da ‘Virada’ do Serviço Social”. A partir dos anais publicados naquela edição, foram encontrados cinco trabalhos que abordam o direito da criança à saúde.

TABELA 1 - Anais do XVI CBAS (2019) sobre o direito da criança à saúde

ANO:	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO:	EIXO TEMÁTICO:	DELINEAMEN TO DO ESTUDO:	AUTORAS/ES
2019	A atuação do Serviço Social junto a crianças com gastroquise: algumas considerações	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional	Relato de experiência	Aline Rodrigues de Almeida

2019	Atuação do Serviço Social na pediatria de um hospital federal de alta complexidade no Rio de Janeiro sistematização construída a partir do estágio supervisionado	Trabalho, questão social e Serviço Social	Relato de experiência	Natasha Laureano da Fonseca; Marcelle Almeida de Azevedo
2019	Análise do perfil das crianças e adolescentes atendidos no serviço de pediatria do hospital federal dos servidores do estado	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional	Resultado de Pesquisa	Kharine Dantas Santos Gil de Almeida, <i>et al.</i>
2019	Folder Educativo de cuidados paliativos pediátrico um instrumental facilitador para a comunicação entre equipe e binômio paciente/família	Política Social e Serviço Social	Relato de experiência	Monica Pompiani, <i>et al.</i>
2019	Residência em saúde e Serviço Social: desafios da atuação profissional do(a) assistente social no programa de residência multiprofissional em um intensivismo	Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional	Relato de experiência	Maureen de Oliveira Azevedo Bezerra, <i>et al.</i>

	neonatal na Maternidade Escola Januário Cicco - MEJC			
--	---	--	--	--

No que se refere ao primeiro trabalho, o relato de experiência de Aline Almeida (2019), intitulado *A atuação do Serviço Social junto a crianças com gastrosquise: algumas considerações*, discorre sobre sua participação no projeto de desenvolvimento institucional intitulado "Desenvolvimento de uma estratégia clínica multidisciplinar de atenção integral à saúde da criança com gastrosquise em pré, trans, pós-operatório para o Instituto Fernandes Figueira e rede SUS", realizado no hospital de média e alta complexidade, especializado em anomalias e doenças crônicas infantojuvenil e definidos no âmbito do Plano Estratégico da instituição. A autora destaca que, por se tratar de uma doença que acomete, principalmente, crianças recém-nascidas, as ações desenvolvidas desdobram-se para atendimento especializado e cuidado permanente, produzindo intervenções individuais e coletivas que possam qualificar as práticas de saúde e a boa evolução ao desenvolvimento dos recém-nascidos.

Nesse campo de trabalho, as demandas sociais emergem de várias formas no cotidiano profissional, e, comumente, exigem a intervenção da assistente social na viabilização do acesso ao serviço e outros equipamentos de rede de saúde, incluindo articulações para o devido atendimento à criança, visando a continuidade ao cuidado de acordo com o princípio da integralidade da atenção à saúde. Rotineiramente, o Serviço Social acompanha o/a usuário/a desde a admissão para o procedimento cirúrgico até o momento da alta hospitalar. A autora explicita, ainda, as expressões da questão social evidenciadas na realidade das crianças com gastrosquise e de suas famílias. Durante o período de internação na UTIneocirúrgica, as acompanhantes expressaram dificuldades em permanecer no hospital com as crianças por razões como a falta de renda - proveniente do desemprego - e porque possuíam outros filhos pequenos que também necessitam de cuidados. Assim, as principais ações desenvolvidas pelo Serviço Social junto às/aos acompanhantes, segundo Almeida (2019), é a orientação sobre os direitos dos/das pacientes, além de informações sobre o tratamento e a rotina institucional.

Ademais, a autora coloca a instrumentalidade do acolhimento às mães das crianças internadas como sendo uma importante ação do Serviço Social para contribuir com o cuidado integral também às genitoras, que vivenciam sofrimentos pela condição de saúde de seus/suas

filhos/as. Ainda, são relevantes as orientações acerca de serviços e direitos sociais que pudessem favorecer a permanência da família no hospital e a continuidade do acompanhamento. Por fim, a autora pontua sobre a necessidade do atendimento do Serviço Social em todos os níveis de atenção para que seja garantido o acesso a serviços e cuidado integral. Salienta, ainda, a importância do trabalho multidisciplinar para contribuir na efetivação da linha de cuidado³ e sobre a necessidade de realizar articulações entre especialidades clínicas, serviços e redes de referência e contrarreferência.

O artigo submetido por Fonseca e Azevedo (2019), denominado *Atuação do Serviço Social na pediatria de um hospital federal de alta complexidade no Rio de Janeiro sistematização construída a partir do estágio supervisionado*, aborda a temática da atuação da/do assistente social no setor de pediatria de um hospital de alta complexidade no Rio de Janeiro. Configura-se como um relato de experiência vivenciado pelas autoras, no processo de ensino e aprendizagem em estágio do curso de graduação em Serviço Social, o qual gerou reflexões acerca das particularidades da profissão e demandas no âmbito da saúde da criança e do adolescente com o objetivo de sistematizar o processo de apreensão da realidade circunscrita ao estágio.

Fonseca e Azevedo (2019) expõem que as demandas postas ao Serviço Social na instituição voltam-se à atuação frente a expressões da questão social que perpassam a vida da população usuária. Segundo as autoras, nas rotinas da enfermagem e ambulatório, o Serviço Social desenvolve atividades de atendimentos individuais e grupais, reflexões sobre o processo saúde-doença, articulações interdisciplinar, interinstitucional e multiprofissional, encaminhamentos à rede socioassistencial, formulação de estudos, relatórios e pareceres sociais, registros em fichas sociais e prontuários, além da supervisão de estágio. A utilização de outros instrumentos técnico-operativos foram mencionados, os seguintes: visitas ao leito, entrevistas sociais, a fim de identificar demandas presentes no contexto de adoecimento das crianças e adolescentes, bem como o desvelamento da realidade social em que estão inseridos/as, e, posteriormente, a realização de orientações sociais próprias à condição de cada usuário/a.

Em se tratando das particularidades do exercício profissional do Serviço Social na pediatria da instituição, as autoras referem que a prática é tensionada pela agudização das

³ A autora utiliza o termo para referir-se às etapas do cuidado com as crianças portadores de gastrosquise, desde o pré-natal até a alta hospitalar. A primeira linha de cuidado ao recém-nascido portador de gastrosquise inicia-se com o acompanhamento no ambulatório de pré-natal e medicina fetal. A segunda linha de cuidado é o parto, e a terceira é a realização da cirurgia de correção de gastrosquise e transferência do recém-nascido para a Unidade de Terapia Intensiva.

expressões da questão social e que não se resumem ao tratamento de doenças, mas estão relacionadas direta ou indiretamente ao processo de adoecimento dos/das usuários/as como determinações sociais da saúde.

Com o perfil predominante de usuários que estão inseridos na camada da classe trabalhadora socialmente vulnerável, o desafio insere-se em ter uma prática profissional que apreenda a totalidade do quadro social dos usuários, que permeia a atual conjuntura socioeconômica brasileira, posta pela dinâmica do capital, indo contra a tendência de particularizar os indivíduos por suas vidas (FONSECA e AZEVEDO, 2019, p. 3).

O empobrecimento é colocado como sendo a principal expressão da questão social presente na realidade da população usuária da pediatria na instituição, apresentando-se sob diferentes requisições, das mínimas às mais complexas, como: “o/a responsável não ter dinheiro de passagem para retornar para casa, não ter roupas para ficar durante o acompanhamento hospitalar e a dificuldade de manter o tratamento da criança [...] diante da extrema pobreza” (p. 4). Outras expressões da questão social são relatadas como demanda ao Serviço Social, a saber, o desemprego estrutural, a responsabilização e culpabilização sobre famílias por suas condições de vida, a relação desigual de gênero, principalmente relacionada à sobrecarga da mulher nos cuidados, a violência urbana e entre outras.

As autoras expressam que essas dificuldades materializam-se como demandas para o Serviço Social nas quais as/os profissionais precisam ser criativas/os e críticas/os para construir estratégias de intervenção que encontram limites em virtude das determinações econômicas e socioestruturais que extrapolam as possibilidades de resolução com a intervenção profissional. Dessa forma, as autoras concluem que, para o enfrentamento das expressões da questão social no fazer profissional das/dos assistentes sociais, faz-se necessário o compromisso com a qualidade de serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

A produção de Almeida *et al* (2019), *Análise do perfil das crianças e adolescentes atendidos no serviço de pediatria do Hospital Federal dos Servidores do Estado*, refere-se a exposição de resultados de pesquisa que objetivou qualificar a intervenção profissional da/do assistente social e compreender como os determinantes socioeconômicos e culturais estão envolvidos no processo de adoecimento e de tratamento de saúde. Na pesquisa, foi utilizada a metodologia de análise de documentos institucionais para traçar o perfil dos/das usuários/as atendidos/as no serviço de pediatria do Hospital do Servidor do Estado, na cidade do Rio de Janeiro.

A partir das informações coletadas nas fichas sociais, as pesquisadoras chegaram ao seguinte perfil: crianças de zero a cinco anos de idade, parda, de religião evangélica, da região metropolitana do Rio de Janeiro, residentes em domicílios precários, de dois a quatro cômodos, com saneamento básico, tendo composição familiar média de quatro pessoas; beneficiárias do Programa Bolsa Família. Assim, as autoras identificaram a necessidade de adequação do instrumental utilizado, como a ficha social, de forma que conseguisse atender mais especificamente a realidade das famílias atendidas pelo Serviço Social do referido hospital, qualificando a intervenção profissional com a elucidação das informações pertinentes e indispensáveis, considerando as particularidades de cada sujeito/a.

O relato de experiência de Pompiani et al (2019), intitulado *Folder Educativo de cuidados paliativos pediátrico um instrumental facilitador para a comunicação entre equipe e binômio paciente/família*, trata da atuação profissional do Serviço Social com destaque para a realização de ações educativas e com a viabilização de um instrumental facilitador na comunicação entre equipe e binômio família/paciente, no setor de Cuidados Paliativos Pediátricos, em um hospital de alta complexidade. As autoras problematizam que, para consolidar as práticas de assistência "ao fim da vida", há a necessidade de políticas públicas tanto para saúde quanto de educação que contemplem os Cuidados Paliativos. Sobre sua prática profissional na enfermagem pediátrica, as autoras mencionam que a reação das famílias é de relutância e negação frente à informação de que as crianças e adolescentes serão assistidas/os pela equipe de Cuidados Paliativos. Essa realidade lhes provocou inquietação e despertou o interesse da pesquisa para entender a dificuldade das famílias em aceitarem tal assistência; compreender o nível de entendimento sobre esses cuidados e em que medida um folder explicativo, como material de abordagem, auxiliaria no processo de conhecimento, na adesão e na aceitação dessa proposta assistencial.

No plano de tratamento terapêutico singular da instituição, a/o assistente social ocupa um lugar importante no que diz respeito ao entendimento do cotidiano familiar e de sua inserção social, "propiciando a compreensão dos cuidados em domicílio" (p. 4). Conforme a experiência das autoras, o Serviço Social irá atuar diretamente no contexto no qual o/a indivíduo/a se encontra inserido/a, fazendo com que os direitos sejam conhecidos e seja garantida a qualidade de vida nos momentos finais da vida, além de auxiliar no acolhimento às famílias após a ocorrência do óbito. Diante disso, o Serviço Social propôs a elaboração de um folder educativo sobre Cuidados Paliativos Pediátricos, como instrumental facilitador na comunicação entre as equipes de saúde e o binômio família/paciente atendidos no hospital,

abordando possíveis dificuldades da família no processo, considerando seu grau de compreensão e possibilitando esclarecimentos sobre a assistência paliativa.

O folder foi inserido na produção e possuía uma linguagem de fácil leitura que favorecia a compreensão dos Cuidados Paliativos Pediátricos para pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis legais. Como o material educativo resultou de entrevistas e coleta de dados com familiares sobre conhecimento acerca dos Cuidados Paliativos aplicados a crianças e adolescentes, Pompiani et al (2019) afirmam que foi possível inferir que a comunicação entre a equipe e a família não favorece a compreensão da assistência. Conclui-se que a/o assistente social, com sua formação mais abrangente sobre as relações sociais e suas inflexões na saúde, pode contribuir na educação permanente com os/as profissionais e com ações de educação em saúde junto à população usuária do serviço.

A produção de Bezerra *et al* (2019), *Residência em saúde e Serviço Social: desafios da atuação profissional do(a) assistente social no programa de residência multiprofissional em um intensivismo neonatal na Maternidade Escola Januário Cicco - MEJC*, constitui-se em um relato de experiência referente à execução de um minicurso. Discutem sobre o exercício profissional do Serviço Social e a formação de novas/os profissionais no Programa de Residência Multidisciplinar em Intensivismo Neonatal na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC). O debate intenciona contribuir para a efetivação da Política Nacional de Atenção Humanizada (HumanizaSUS) ao Recém-Nascido de Baixo Peso, com o Método Canguru. Segundo as autoras, a atuação da/do assistente social no Método Canguru, na referida instituição, pauta-se no acolhimento familiar dos/das recém-nascidos/as, no atendimento às suas demandas sociais, na viabilização de acesso a direitos e na articulação da rede intersetorial para continuidade da atenção à saúde do/da recém-nascido/a após a alta.

Ao descrever sobre o minicurso, as autoras relatam que, o primeiro momento, foram abordadas temáticas referentes aos Programas de Residência em Saúde e em Serviço Social; Programas de Pós-graduação e a prática profissional: desafios ao Serviço Social no processo de formação das residências em Saúde e o trabalho interdisciplinar e multiprofissional do Assistente Social na Política de Saúde. Na continuidade do minicurso, a ênfase foi o Método Canguru e os esforços para articulação da rede intersetorial no seguimento da atenção ao/à recém-nascido/a de risco, e, no terceiro e último momento, foi abordada a prática das/dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Intensivismo Neonatal com ênfase no Método Canguru.

Dessa forma, o trabalho de Bezerra *et al* (2019) expressa como necessária a aproximação ao debate da intersetorialidade para potencializar a atuação profissional neste

espaço socio-ocupacional, na perspectiva da viabilização dos direitos dos/das usuários/as. Outrossim, afirmam a relevância da promoção de espaços de troca de experiências profissionais no Serviço Social, pois podem favorecer atuações críticas, reflexivas e colaborativas como uma estratégia fundamental para efetivar os princípios do SUS em consonância com o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político profissional.

A XVII edição do CBAS, realizado em 2022, na modalidade virtual devido ao contexto da pandemia de covid-19, teve como tema “Crise do capital e exploração do trabalho em momento pandêmico: repercussões no Brasil e na América Latina”. Entre os trabalhos publicados nos anais, identificamos quatro que debatem sobre a saúde da criança.

TABELA 2 - Anais do XVII CBAS (2022) sobre o direito da criança à saúde

ANO	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	EIXO TEMÁTICO	DELINEAMENTO DO ESTUDO	AUTORAS/ES
2022	A política de atendimento na saúde, no estado de Pernambuco, à criança e ao adolescente em situação de violência	-	Reflexão teórica	Elizabeth Francisca da Costa
2022	Determinações sociais da saúde de crianças e adolescentes em situação de violências: a demanda do Ambulatório Especializado de Pediatria do Instituto de Medicina Integral	-	Resultado de Pesquisa	Elizabeth Francisca da Costa

	Professor Fernando Figueira - IMIP			
2022	Humanização na Pediatria: atuação para além do adoecimento	-	Reflexão Teórica	Luciléia Izabel de Paiva Capobianco, <i>et al.</i>
2022	O brincar como ferramenta de promoção de saúde à criança com transtorno do espectro autista: um relato de experiência	-	Relato de experiência	Rebeka Dandara Botelho Linhares, <i>et al.</i>

Costa (2022) aborda em seu artigo intitulado *Determinações sociais da saúde de crianças e adolescentes em situação de violências: a demanda do Ambulatório Especializado de Pediatria do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP*, o resultado da pesquisa de campo sobre determinações sociais da saúde de crianças e adolescentes em situação de violências, atendidos/as no Ambulatório de Atenção Integral do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Com intuito de identificar os fatores determinantes das condições de saúde desses/as usuários/as como imbricados à desigualdades sistêmica do capitalismo e aos múltiplos aspectos de violações que vivenciam, a autora descreve que crianças e adolescentes, em situação de violência, podem apresentar complicações de saúde, com sintomas físicos e emocionais das mais diversas ordens “tais como dificuldade de se relacionar na infância ou na vida adulta, dificuldades de se relacionar intimamente e, ainda, correm o risco de apresentar contágio por infecções sexualmente transmissíveis (Ist’s) nas situações de violência” (p. 6).

A partir da análise das entrevistas com os/as responsáveis legais das crianças e adolescentes atendidos/as no ambulatório especializado do IMIP, foi possível sistematizar os dados analisados que se configuram nos achados da citada pesquisa e se referem aos/às usuários/as que vivenciaram situação de suspeita de violação de direitos. O perfil das

supostas⁴ vítimas, em sua maioria, apresenta idade de zero a doze anos (83,3%), são do sexo feminino (83,3%), negras (83,3%), a renda familiar é superior a um salário mínimo (41,7%) e a maior parte das/dos responsáveis financeiras/os das famílias não possui vínculo formal de trabalho. Ademais, a pesquisa constatou que os/as participantes sobrevivem em um contexto de desigualdades e ausência de políticas públicas eficazes e eficientes para atendimento das suas necessidades básicas, o que desfavorece a saúde e o adequado desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Apesar das amplas conquistas de direitos para crianças e adolescentes no Brasil e no mundo, materializados nos marcos legais nacionais e nos tratados internacionais de proteção à infância, assim como na assistência à saúde de forma integral, fica evidenciado, por meio das conclusões de Costa (2022), os impactantes efeitos da violência estrutural, como expressão da questão social, que denuncia a necessidade permanente de tais direitos e do fortalecimento das políticas públicas, de proteção e enfrentamento às violências perpetradas contra este segmento populacional. A determinação social que subjaz à condição saúde-doença das crianças e adolescentes atendidas/dos no Ambulatório Especializado de Pediatria do IMIP, são representativas da realidade macro e microssocial.

Os achados da pesquisa conformam um conhecimento diferenciado para o aperfeiçoamento do atendimento integral a partir das especificidades das expressões da questão social e apresenta subsídios à elaboração de estratégias interventivas profissionais potentes e, quiçá, contribua à reflexão sobre as grandes limitações das políticas públicas, inclusive do SUS, no enfrentamento à violência sofrida por crianças e adolescentes.

A reflexão teórica desenvolvida por Costa (2022), intitulada *A política de atendimento na saúde, no estado de Pernambuco, à criança e ao adolescente em situação de violência*, destaca a articulação existente entre o Estatuto da Criança e do Adolescente e a implementação da Política de Atendimento no estado. A autora problematiza que, apesar das conquistas de direitos da infância na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, legislação que garante acesso integral à saúde e o enfrentamento/superação das diversas violências, como direitos da infância e adolescência, as violações de direitos persistem e são uma forma histórica e secular vigente nas sociedades, marcadamente na sociedade brasileira por suas estruturas de opressão e exploração capitalista, racista e

⁴ A autora explica que este é o termo utilizado pela equipe do hospital, por uma orientação jurídica: a criança ou o adolescente só é considerado vítima de fato, após o trânsito e julgado no judiciário. Como uma forma de prevenir a ocorrência de outros processos por falsa acusação.

patriarcal que sustentam diferentes tipologias de violências em que crianças e adolescentes encontram-se entre as/os principais vitimizados. Conforme Costa

Entre os tipos tem-se a autoprovocada, interpessoal e coletiva. E em relação a natureza pode ser física, sexual, psicológica e negligência/ abandono. Na violência coletiva, destaca-se a violência estrutural como um alicerce às manifestações de outras formas de violências, tendo rebatimento direto nas crianças e adolescentes (2022, p. 8).

Por fim, a autora assinala que crianças e/ou adolescentes em situação de violência podem apresentar complicações de saúde com sintomas físicos e emocionais das mais diversas ordens, que se apresentam como determinações sociais nas condições de saúde das crianças, adolescentes e suas famílias. Tal problemática ocorre devido às desigualdades sociais inerentes do modo de produção capitalista, no qual há a acumulação de riquezas para poucos em detrimento da exploração do trabalho da maioria. Portanto, Costa (2022) aponta o sistema capitalista como um sistema que promove violações de direitos humanos e sinaliza a necessidade e pertinência da implementação de políticas públicas e efetivação do Sistema de Garantia de Direitos, para diminuição dos indicadores de violação dos direitos humanos do público infantojuvenil.

Na reflexão teórica *Humanização na Pediatria: atuação para além do adoecimento*, desenvolvida por Capobiango *et al* (2022), as autoras discutem sobre a temática da humanização hospitalar no atendimento de crianças e adolescentes. Segundo as autoras

atendimento humanizado à criança, tem como norte, o acolhimento, a equidade e a participação da família, de forma a favorecer o acompanhamento, visto que, o desenvolvimento desta, sofre influências de fatores biológicos, familiares e do meio em que está inserida (CAPOBIANGO, *et al*, 2022, p. 3).

Assim, a perspectiva da humanização agrega não só a visão integral da criança, mas também permite a promoção de diálogos francos, a aproximação da família e o estabelecimento de vínculos terapêuticos, por meio da escuta e aconselhamento. A multidisciplinaridade é colocada pelas autoras como uma importante ferramenta para o fortalecimento de práticas humanizadas, além do atendimento de demandas, podendo favorecer a promoção de maior atenção à saúde infantojuvenil e contribuir para democratização do acesso à informações referentes aos direitos dos/das usuários/as.

Por envolver equipes multidisciplinares, é importante que haja empenho e diálogo entre todos os envolvidos no atendimento/tratamento dos usuários dos serviços de saúde, com o intuito de fortalecer as práticas de humanização e, sobretudo, visando atender às suas demandas, transformar a vida cotidiana e conscientizá-los quantos aos seus direitos (CAPOBIANGO, *et al*, 2022, p. 3).

A atuação das/dos assistentes sociais junto às famílias de crianças e adolescentes, para a compreensão da realidade em que estão inseridas, conhecimento das demandas e necessidades, viabilizam intervenções, juntamente com a equipe multidisciplinar, de planejamento e articulação de ações em resposta a essas necessidades e demandas. Outrossim, as autoras afirmam que existe, por parte das/dos profissionais de saúde, o entendimento sobre a importância da humanização da prática hospitalar no atendimento, acolhimento e comunicação à/ao paciente e acompanhante, pela indispensável compreensão das condições de vulnerabilidades sociais que vivenciam e de sua responsabilidade com o bem-estar aos/às usuários/as.

Quanto à efetivação da Política de Humanização no contexto da hospitalização de criança e adolescente, Capobianco *et al* (2022) considera-a em concordância com o ato de humanidade, empatia e respeito à dignidade humana, além de que “faz diferença e auxilia na minimização da internação, dor, medo, além de deixar o local mais leve para todos: equipe, pacientes e acompanhantes” (p. 4). Dessa forma, a humanização é entendida pelas autoras para além dos cuidados e tecnologias, é o atendimento que promove acolhimento, respeito e dignidade aos/às usuários/as, além das especificidades, para que se sinta cuidado/a enquanto estiver hospitalizado/a, sendo imprescindível que haja relações humanizadas nas equipes para que possam abranger os/as pacientes e seus familiares.

O trabalho de Linhares *et al* (2022), *O brincar como ferramenta de promoção de saúde à criança com transtorno do espectro autista: um relato de experiência*, coloca em discussão o ato de brincar como indispensável à saúde, na Campanha de Conscientização do Transtorno do Espectro Autista, realizado pela equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O texto não explicita como se dá a atuação do Serviço Social durante a realização da citada atividade, mas ressalta que as assistentes sociais participaram da ação lúdica desenvolvida com as crianças. Isso chamou nossa atenção, pois trata-se de uma atividade que pode necessitar de aportes para além da formação em Serviço Social; ainda assim a participação assinalada pode ser uma referência à presença da assistente social como parte da equipe e não necessariamente na condução direta da atividade.

As/os autoras/es destacam a ideia de que, através da brincadeira, criam-se habilidades para viver em comunidade. A ação desenvolvida utilizou-se de recursos lúdicos e de brincadeiras como estratégia de promoção de saúde voltada a crianças com autismo, pois “é através do brincar e da oferta do lúdico que surgem as experiências sensoriais, cognitivas, linguísticas, afetivas e motoras” (LINHARES *et al*, 2022, p. 3).

Quanto aos resultados da ação desenvolvida, as/os autoras/es descrevem que, além de ofertar benefícios motores, promoveu-se também a interação das crianças com transtorno do espectro autista em espaços coletivos e comunitários, e com isso, o direito de brincar, do lazer e da participação na vida comunitária podem ser efetivados em práticas de saúde que visem garantir a autonomia, integralidade e desenvolvimento por meio do lúdico. Ao final, as/os autoras/es asseveram a importância de as/os profissionais reconhecerem o brincar como direito fundamental de toda criança, capaz de agregar cuidados em saúde, para além das práticas de cuidados tradicionais e com vistas à promoção de um cuidado mais prazeroso e humanizado.

Em suma, os trabalhos estudados das 16^a e 17^a edições do CBAS, destacaram, por meio de relatos de experiências, resultados de pesquisa e reflexões teóricas, a atenção à saúde da criança articulada à atuação profissional de assistentes sociais que compõem equipes multiprofissionais na saúde. Além disso, destacaram-se ações que visam viabilizar a garantia do direito à saúde da criança, com base na instrumentalidade da profissão para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, orientações sociais, fomento de ações intersectoriais e do trabalho multidisciplinar, com a utilização de instrumentais técnico-operativos para intervenções qualificadas, tais como ficha social, entrevista social, acolhimento, ações socioeducativas e outros, robustecendo a prática profissional na Política de Saúde à luz dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, produção do CFESS que propõe eixos interventivos para a atuação da categoria na saúde.

Cabe ressaltar que a intervenção profissional qualificada impescinde a articulação entre as dimensões da profissão. Para pensar a dimensão teórico-metodológica do Serviço Social, de forma crítica na Política de Saúde voltada para infância, é necessária a articulação com as determinações sociais do processo saúde-doença, bem como os determinantes estruturais mais profundos, incluindo a relação desigual de poder e a desigualdades no acesso a recursos. A dimensão ético-política da profissão se pronuncia, no exercício profissional na saúde, por meio da adoção de práticas que visem a defesa “intransigente” dos direitos humanos e da liberdade das crianças e suas famílias. A respeito da dimensão técnico-operativa, as/os assistentes sociais podem lançar mão de instrumentos e técnicas que objetivam o conhecimento da realidade social, a apreensão das determinações sociais de condições de vida e o reconhecimento da integralidade como princípio do SUS a ser materializado no trabalho junto à população usuária (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

Portanto, o Serviço Social comprometido com a efetivação dos direitos sociais da criança, ancorado nos elementos constitutivos do projeto ético-político da profissão, é um importante aliado, não somente para implementação das políticas voltadas à infância, mas também na mudança de paradigma para a compreensão social da criança conforme a doutrina da proteção integral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho apresentou reflexões e apontamentos a partir da contextualização histórica da evolução da Política de Saúde e dos direitos destinados à infância e de elementos da atuação do Serviço Social como profissão presente no campo da saúde.

Em uma retrospectiva da Política de Saúde no Brasil, a luta por melhorias nas condições de atendimento e por um sistema igualitário, que atendesse as reais necessidades da população brasileira, atravessou décadas. Nas primeiras décadas do século XX, que marcam o início da intervenção do Estado brasileiro no campo da saúde, com a criação das CAPs, e, posteriormente os IAPs, a saúde era caracterizada pela seletividade e o acesso viabilizado apenas a trabalhadores/as formais, a partir de sua contribuição sistemática.

As mudanças na economia, na política e na sociedade a partir dos anos 1960, durante o regime ditatorial, sob a lógica privatista do sistema de saúde, manteve o acesso restrito, marcado pela realização de campanhas pontuais. A saúde privada, nesse contexto, foi privilegiada em detrimento da saúde pública e as reformas realizadas no interior dessa política - de caráter administrativo e burocrático - mantiveram ações insuficientes frente aos problemas da saúde pública do país.

O desenvolvimento das propostas do Movimento de Reforma Sanitária, protagonizadas durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), possibilitou a reformulação do conceito de saúde, influenciando as legislações posteriores. Tal movimento influenciou diretamente a estruturação da Política de Saúde no Brasil, com destaque a incorporação da concepção ampliada de saúde.

A Constituição Federal de 1988 e a institucionalização do SUS, em 1990, representaram enorme avanço para os direitos sociais e a Política de Saúde brasileira, orientada por uma norma jurídica e princípios humanistas, como a universalidade, integralidade e equidade, ao garantir o acesso universal e determinar a “Saúde como direitos de todos e dever do Estado”.

No campo do Serviço Social, desde os primeiros anos da profissão, houve estreita relação entre Saúde e Serviço Social. No entanto, a atuação das/dos assistentes sociais no SUS amplia-se e articula-se à concepção ampliada de saúde. A intervenção profissional se dá por meio do enfrentamento das expressões da questão social que perpassam a vida da classe trabalhadora, população usuária da Política de Saúde e se manifestam nas determinações sociais de suas condições de vida e trabalho, interferindo nos processos saúde-doença.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, incluindo em seu texto princípios da Convenção sobre os Direitos da Criança, e, posteriormente, a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), o Brasil inaugurou um novo paradigma no que concerne à proteção e assistência à infância. Nesse sentido, as legislações vigentes avançaram, ao considerar as crianças e adolescentes sujeitos/as de direitos, devendo ser tratados com absoluta prioridade na elaboração e acesso às políticas sociais.

Em se tratando do fortalecimento do direito da criança à saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança é considerada um marco legal relevante para garantir-lhe a devida assistência em todos os níveis do sistema. Ademais, é orientada pelos princípios que afirmam a garantia do direito à vida e a saúde universal, além dos princípios de equidade, integralidade do cuidado e humanização da atenção, objetivando promover e proteger o direito à saúde infantil.

Os achados da pesquisa, abordados no Capítulo 4, destacam a temática da saúde enquanto direito da criança, com base na análise dos trabalhos apresentados nos XVI e XVII Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS). Com base no percurso metodológico de coleta de dados, foi possível verificar a importância do reconhecimento, por parte das/dos assistentes sociais na saúde, quanto ao direito da criança no acesso e atenção à saúde.

Os trabalhos analisados, em sua maioria, destacam a atuação das/dos assistentes sociais no campo da saúde da criança. Nesse sentido, entre os achados da pesquisa referente às práticas profissionais do Serviço Social, com sua instrumentalidade e fazendo uso dos instrumentais técnico-operativos, ressalta-se que são para a viabilização do acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) articulado ao acesso a outras políticas sociais, bem como ações de orientações sobre os direitos dos/das usuários/as, democratização de informações, além de ações de acolhimento e escuta qualificadas à população usuária e ações de educação em saúde. Ademais, é possível perceber a relevância da capacidade propositiva das/dos profissionais na realização das ações, utilizando-se da criatividade e criticidade para formulação de estratégias de promoção à saúde da criança.

Dos achados nos nove estudos analisados dos anais dos CBAS XVI e XVII, caracterizados como relatos de experiência, reflexões teóricas e resultados de pesquisa, podemos destacar a pertinência da dimensão investigativa do Serviço Social, para aperfeiçoamento do atendimento e para aprofundar o conhecimento da realidade social da população usuária, de suas demandas e necessidades, a fim de desenvolver intervenções pertinentes como respostas a essas necessidades.

Outrossim, é mencionado nos trabalhos a necessidade de fomentar o debate sobre a intersetorialidade para reforçar a atuação das/dos assistentes sociais, visando a viabilização de direitos. Ainda, foi destacado nas publicações a potencialidade do trabalho multidisciplinar para garantir a efetivação do cuidado em saúde e como ferramenta para a promoção de maior atenção à saúde da criança.

O estudo identificou que são poucas as produções disponíveis sobre o Serviço Social no campo da saúde da criança. Assim, é importante a continuidade de estudos e pesquisas nesse campo, podendo o Serviço Social contribuir como agente capaz de favorecer alterações nas práticas em saúde, voltando-se às condições de vida desses/as usuários/as. Soma-se aos resultados do trabalho, a necessidade do debate profissional sobre a determinação social da saúde, tendo em vista que este é um horizonte de atuação profissional, cuja perspectiva pode qualificar o debate e a atuação profissional na Política de Saúde.

Por fim, diante dos desafios que se descortinam para a efetivação dos direitos das crianças, num contexto de políticas neoliberais que desconsideram a prioridade da infância, torna-se fundamental a ação do Estado na priorização de crianças e adolescentes na formulação de políticas públicas e no âmbito do SUS, pois garantir saúde é defender a vida.

6 REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. **80 anos de Serviço Social no Brasil: organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 127, p. 456-475, set./dez. 2016.

AGENDA 2030. **Acompanhando o desenvolvimento sustentável até 2030.** 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf> Acesso em: 16 mar. 2025.

ALMEIDA, Aline Rodrigues. A atuação do serviço social junto a crianças com gastrosquise: algumas considerações. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019. Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1229/1202> Acesso em: 20 mar. 2025.

ALMEIDA, Kharine Dantas Santos Gil de.; *et al.* Análise do perfil das crianças e adolescentes atendidos no serviço de pediatria do hospital federal dos servidores do estado. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019. Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1267/1237> Acesso em: 20 mar. 2025.

ANDION, Carolina; et al. **30 anos de direitos da criança e do adolescente: uma análise da trajetória da política pública no Brasil**. OPINIÃO PÚBLICA, Campinas, vol. 29, nº 1, p. 226-269, jan.-abr., 2023.

ANDRADE, Mariana Alves de; GIANNA, Sérgio Daniel. **A instrumentalidade na formação e na prática do Serviço Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, v. 147(1), e-6628417, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/yjQj7cNXhmMC3M6YFqqC5KR/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 05 fev. 2025.

ARAÚJO, Juliane Pagliari; et al. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. Rev Bras Enferm. 2014 nov-dez;67(6):1000-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620> Acesso em: 10 fev 2025.

BEHRING, Elaine Rossetti.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. v. 2 – São Paulo, 2016.

BEHRING, Elaine Rossetti.; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. Questão social e direitos. In: CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CEAD/UnB, 2009.

BEZERRA, Maureen de Oliveira Azevedo.; *et al.* Residência em saúde e serviço social: desafios da atuação profissional do(a) assistente social no programa de residência multiprofissional em um intensivismo neonatal na maternidade escola Januário Cicco - MEJC. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019. Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/770/750> Acesso em: 20 mar. 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xt9VTQXXLTgxhm6WMMyhz3TD/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. Ministério da Saúde. Brasília, 1997.

BRASIL. **Constituição Federal de 1937**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasil, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 149, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37. Disponível em: http://bvsmssaude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html . Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990b. Seção 1, p. 13563.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 1990a. Seção 1, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL ultrapassa 700 mil mortos pela Covid-19; governo Bolsonaro deixou vencer e incinerou milhões de vacinas. **Sindicato dos trabalhadores do Judiciário Federal e Ministério Público da União (SINTRAJUFE)**. 2023. Disponível em: <https://sintrajufe.org.br/brasil-ultrapassa-700-mil-mortos-pela-covid-19-governo-bolsonaro-deixou-vencer-e-incinerou-milhoes-de-vacinas/> Acesso em: 21 fev. 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo Acesso em 14 de set. 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**. Lutas sociais e práticas profissionais. 4 Ed. – São Paulo, Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2004. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf> Acesso em: 12 dez. 2024.

CAPOBIANGO, Luciléia Izabel de Paiva.; *et al.* Humanização na Pediatria: atuação para além do adoecimento. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em:

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://cbas.silvaebrisch.com.br/uploads/finais/0000000723.pdf Acesso em: 20 mar. 2025.

CARVALHO, Giliane Alves de. **Determinação social da saúde e serviço social no contexto da contrarreforma: do domínio às possibilidades de consciência crítica**. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória: 2018.

CASSIN, Márcia Pereira da Silva. **Dependência e ultraliberalismo: as políticas sociais no Brasil pós-golpe de 2016**. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 22, n. 43, p. 17-33, jan./jun. 2022.

CASTILHOS, Luana Vitória Bastos de; VIDIGAL, Ana Carolina; ALVES, Caroline Rodrigues. **O SERVIÇO SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**. XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Anais. 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000626.pdf> Acesso em: 04 dez. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução N° 383/99**, de 29 de março de 1999. Brasília, DF, 29 de março de 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2010.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf acesso em: 01 fev. 2025.

COHN, Amélia. *Et al.* **A saúde como direito e como serviço**. – 3. ed. – São Paulo: Cortez, 2002.

COSTA, Elizabeth Francisca da. A política de atendimento na saúde, no estado de Pernambuco, à criança e ao adolescente em situação de violência. In: **XVII CONGRESSO**

BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em: <://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cbas.silvaebrisch.com.br/uploads/finais/0000001320> Acesso em: 20 mar. 2025.

COSTA, Elizabeth Francisca da. Determinações sociais da saúde de crianças e adolescentes em situação de violências: a demanda do Ambulatório Especializado de Pediatria do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cbas.silvaebrisch.com.br/uploads/finais/0000000174.pdf> Acesso em: 20 mar. 2025.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde**. Tese (Doutorado em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010.

DURIGUETTO, Maria Lúcia; DEMIER, Felipe. **Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo**. Argum, Vitória, v. 9, n. 2, p. 8-19, maio/ago. 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: PILOTTI, F.; RIZZINI, I. (Org.). **A Arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño, 1995. p. 49-98.

FERNANDES, Odete. **Categorias Fundamentais para a Compreensão da Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social**. In: Instrumentos técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário/ Cleide Lavoratti; Dorival Costa (Org.). Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016.

FONSECA, Natasha Laureano da.; AZEVEDO, Marcelle Almeida de. Atuação do serviço social na pediatria de um hospital federal de alta complexidade no Rio de Janeiro sistematização construída a partir do estágio supervisionado. In: **XVI CONGRESSO**

BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019. Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/248/245> Acesso em: 20 mar. 2025.

FREIRE, Cadydja Layany. **Desafios e perspectivas do trabalho do serviço social no Hospital de Pediatria da UFRN e a discussão em torno da Ebserh**. NATAL/RN. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/36200>. Acesso em: 23 dez. 2024.

GARBOIS, Júlia Arêas. *Et al.* **Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1173-1182, 2014. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PqR-Vj8dcNHfP6XHcSqWjLrn/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 02 Abr. 2025.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas S/A. (2002).

GOES, Jaina da Conceição. **Sistematização das ações profissionais do/a assistente social na unidade de atenção à saúde da criança e do adolescente**. III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – 13 e 14 de novembro de 2019. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/> Acesso em: 28 mar. 2025.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Caderno de Atendimento do Serviço Social a crianças e adolescentes na Rede de Saúde do Distrito Federal**. Gerência de Serviço Social - GSS. Brasília - DF. 2021. Disponível em: <https://saude.df.gov.br/documents/37101/0/Caderno+T%C3%A9cnico+da+Crian%C3%A7a+e+do+Adolescente.pdf/60272a34-0a15-6dbe-8636-9883fb0b8f0d?t=1661854176321> Acesso em: 30 mar. 2025.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do serviço social** - 10. ed. - São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda. **Renovação e conservadorismo no serviço social: Ensaio crítico**. – 11. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Atribuições Privativas do(a) Assistente Social em questão**. CFESS. Brasília, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e serviço social no Brasil** – São Paulo/SP: Cortez, 2009.

LANZA, Líria Maria Bettiol. *Et al.* **As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional**. Revista. Katálysis, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 212-220, jul./dez. 2012.

LIMA, Acácia Mayra Pereira de.; *et al.* **Evolução das políticas relacionadas à saúde da criança no âmbito da atenção primária brasileira**. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4524> Acesso em: 10 fev 2025.

LINHARES, Rebeka Dandara Botelho.; *et al.* O brincar como ferramenta de promoção de saúde à criança com transtorno do espectro autista: um relato de experiência. In: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022. Anais eletrônicos [...], 2022. Disponível em: <https://cbas.silvaebrisch.com.br/uploads/ finais/0000001320.pdf> Acesso em: 20 mar. 2025.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MOREIRA, Márcia Chaves. **Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira**. Porto Alegre, 2013. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração dos Direitos da Criança**. 20 de Novembro de 1959. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca> Acesso em: 11 mar. 2025.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social frente à Crise Contemporânea**. In: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Módulo 1. Brasília, CFESS/ABEPSS/DSS e CEAD-UnB, 1999.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 64 p. 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Determinantes, determinação e determinismo sociais**. Saúde em Debate, vol. 33, núm. 83, setembro-dezembro, 2009, pp. 397-406. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345800007> Acesso em: 28 jan de 2025.

NUNES, João. **A pandemia de Covid-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, 2020.

OLIVEIRA, Marcelly Batista de; SEVERO, Maiane Mendes. **O Serviço Social no contexto neoliberal: relações de trabalho e precarização do exercício profissional**. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”. Brasília, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf> Acesso em: 09 dez. 2024.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf> Acesso em: 13 dez. 2024.

PEREZ, José Roberto Rus.; PASSONE, Eric Ferdinando. **Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil**. Cadernos de Pesquisa, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago. 2010.]

POMPIANI, Monica.; *et al.* Folder Educativo de cuidados paliativos pediátrico um instrumental facilitador para a comunicação entre equipe e binômio paciente/família. In: **XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 16., 2019. Brasília. Anais eletrônicos [...], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1608/1570> Acesso em: 20 mar. 2025.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300003> Acesso em: 27 fev. 2025.

RIZZINI, Irene. Crianças e menores do pátrio poder ao pátrio dever: um histórico da legislação para a infância no Brasil (1830-1990) In: PILOTTI, F; RIZZINI, I. (Org.). **A Arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, 1995. p.99-168.

RIZZINI, Irene. **O Século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Universitária, 1997.

ROCHA, Glauciene Farias. **Política de Atendimento Socioeducativo no Estado Penal Brasileiro: uma análise dos elementos de determinação do encarceramento de adolescentes no estado de Pernambuco**. Dissertação. Universidade Federal de Pernambuco. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/43421> Acesso em: 12 mar. 2025.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Determinação ou Determinantes?** Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev Esc Enferm USP* · 2015; 49(1):129-135.

ROSÁRIO, Celita Almeida. *Et al.* **Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde.** SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 44, N. 124, P. 17-31, JAN-MAR 2020.

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos.** R. Katál., Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000200009> Acesso em: 13 dez. 2024.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **O Serviço Social e o popular:** resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje:** impactos e demandas ao serviço social. 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499>. Acesso em: 30 dez. 2024.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde:** para além de plantões e encaminhamentos. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/RzTqSGSgYj69MbtN9tzk9tP/?format=pdf> Acesso em: 04 dez. 2024.

SOUZA, Tainara De Jesus. A construção histórica do termo "menor" e as primeiras iniciativas de legislações e políticas públicas para crianças e adolescentes no Brasil. **JUSBRASIL**. 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-construcao-historica-do-termo-menor-e-as-primeiras-iniciativas-de-legislacao-e-politicas-publicas-para-criancas-e-adolescentes-no-brasil/875330003#:~:text=%E2%80%9CMenor%E2%80%9D%20era%20aquele%20sujeito%20oriundo,e%20muitas%20outras%20qualifica%C3%A7%C3%B5es%20negativas> Acesso em: 20 mar. 2020.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, 2009. p. 1 - 19.

VASCONCELOS, K.E.L. **Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11486/1/TESE_Kathleenn%20Elane%20Leal%20Vasconcelos.pdf Acesso em: 03 fev. 2025.