

## EIXO TEMÁTICO 4 | SEGURIDADE SOCIAL: ASSISTÊNCIA SOCIAL, SAÚDE E PREVIDÊNCIA

### O SERVIÇO SOCIAL NA GARANTIA DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD) COMO INSTRUMENTO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO

#### SOCIAL WORK IN GUARANTEEING OUT-OF-HOME TREATMENT (TFD) AS AN INSTRUMENT FOR TREATMENT ADHERENCE

Claudileide Ferreira Santos<sup>1</sup>  
Andressa Pires da Silva Santana<sup>2</sup>  
Wellington Monteiro Ferreira<sup>3</sup>

#### RESUMO

O presente trabalho problematiza a intervenção do Assistente Social na garantia do direito ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD) oriundo do Programa Interdisciplinar de Doença de Chagas (PIDC), realizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Tem como objetivo norteador conhecer a atuação do Serviço Social neste programa, assim como identificar os pacientes que fazem parte da demanda, analisando a intervenção do profissional. Fundamenta-se numa perspectiva crítico-dialética, a partir de uma pesquisa descritiva e exploratória, com a utilização de levantamentos bibliográficos e documentais, e como instrumentos a observação a aplicação de questionários que foram base para a análise da realidade. Conclui-se que a dimensão do trabalho socioeducativo do Assistente Social, serve como instrumento para a efetivação de direitos com ênfase ao TFD, bem como, para a uma mudança de realidade no aprendizado coletivo sobre os direitos sociais em busca de uma nova sociabilidade.

**Palavras-chave:** Serviço Social; tratamento fora de domicílio; dimensão socioeducativa.

<sup>1</sup> Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará. Belém/PA.

<sup>2</sup> Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará. Belém/PA.

<sup>3</sup> Assistente Social, formado pela Universidade Federal do Pará. Residente em Atenção Básica pela Escola de Governo Fiocruz Brasília. Brasília/DF.

**ABSTRACT**

The present work problematizes the intervention of the Social Worker in guaranteeing the right to Out-of-Home Treatment (TFD) arising from the Interdisciplinary Chagas Disease Program (PIDC), carried out at the João de Barros Barreto University Hospital (HUJBB). Its guiding objective is to know the performance of Social Work in this program, as well as to identify patients who are part of the demand, analyzing the professional's intervention. It is based on a critical-dialectical perspective, based on a descriptive and exploratory research, with the use of bibliographic and documentary surveys, and as instruments the observation and application of questionnaires that were the basis for the analysis of reality. It is concluded that the dimension of the socio-educational work of the Social Worker serves as an instrument for the realization of rights with emphasis on TFD, as well as for a change of reality in the collective learning about social rights in search of a new sociability.

**Keywords:** Social Services; treatment outside the home; socio-educational dimension.

**1 INTRODUÇÃO**

A pesquisa possui como foco um estudo acerca da importância do Serviço Social dentro do Programa Multidisciplinar de Doença de Chagas (PMDC) como mediador na garantia do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), procurando identificar os pacientes que correspondem a este direito, analisando-o como instrumento para adesão ao tratamento. Fazendo um resgate histórico da concepção de saúde presente na política nacional de saúde, demarcando a importância da Reforma Sanitária até a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente abordando a importância do Serviço Social dentro das instituições de saúde e como mediador entre usuário e o Estado na garantia do Tratamento Fora de Domicílio.

Conhecer as políticas de saúde e seu processo histórico no Brasil possibilita identificar no SUS e em seus programas as fragilidades que existem e permite uma intervenção mais concreta da realidade auxiliando na garantia dos direitos ao usuário. Esta pesquisa está metodologicamente embasada em uma dimensão descritiva e exploratória, tendo como técnica de coleta de dados a partir de levantamentos bibliográficos, como: artigos, livros, trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses envolvidos no tema, e documentais como: manuais de outro estado, portarias, os dados de órgãos de pesquisa (SESPA/DATASUS) e os jornais referentes ao assunto.

Primeiramente é possível uma análise sobre a concepção de saúde que vai desde a antiguidade e culmina com a concepção estabelecida pela Organização Mundial de Saúde

(ONU), a qual teve forte influência na concepção de saúde estabelecida na Constituição Brasileira de 1988. Além de discorrer sobre o processo histórico acerca das políticas de saúde no Brasil, fazendo uma reflexão sobre como a saúde no Brasil tornou-se direito do povo e dever do Estado e qual a relação do Movimento Sanitário com estas políticas. Posteriormente discorre-se sobre o SUS, onde procurou-se mostrar como é realizada sua sistematização e como procura-se garantir a democratização, universalidade, equidade e integralidade da e descentralização dos serviços propostos como princípios pela Lei 8080.

E como o TFD deve ser executado para garantir o acesso aos serviços públicos de saúde, também se demonstra através de experiência de estágio supervisionado que este pode servir como instrumento de segregação e banalização do sofrimento alheio. Assim, observa-se que os serviços de saúde são espaços repletos de manifestações das contradições sociais e que o Serviço Social deve estar munido do saber profissional para conseguir identificar as demandas que lhe são apresentadas pelo usuário e que eles próprios, muitas vezes, não sabem expô-las.

Ao final procura-se fazer um breve relato da história do serviço social no Brasil, o qual foi implantado em 1936 em São Paulo, através do Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) sob influência da Igreja Católica. Passa-se pelo processo de sistematização e reatualização de profissão e culmina com o alargamento de sua participação no setor saúde, onde até os dias atuais ratifica seu caráter indispensável às ações multiprofissionais praticadas nesse setor.

Ressalta-se ainda o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social em um ambiente hospitalar como membro de uma equipe multidisciplinar dentro do PIDC. Neste ponto procurou-se explicitar quais as competências que cabem ao Serviço Social dentro desse programa e quais as dificuldades encontradas por esse profissional em pô-las em prática. Somando-se a isso apresenta-se a questão de como é feita a mediação desse profissional entre o usuário e o Estado no que se refere ao acesso ao benefício.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE PRESENTE NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL**

Atualmente, quando se discute sobre saúde nos parece claro que não se refere apenas à ausência de doença, inclui neste conceito o bem-estar físico, mental e social tal como define a OMS. Percebe-se que, a partir desta concepção deve existir um conjunto de condições para

uma pessoa ser considerada saudável, isto é, em perfeitas condições de saúde. No entanto, a história nos mostra que nem sempre é assim. Então, como o conceito de saúde se tornou tão mais abrangente?

Fazendo uma breve análise desse assunto, verifica-se que nos diversos períodos históricos houve uma ampliação e complexificação de conceitos e saberes, no campo da saúde, devido o “avanço do conhecimento e das lutas pela preservação da saúde coletiva, cujas medidas de controle foram se estabelecendo ao lado da progressiva estruturação de um saber sobre doenças” (Rosen, 1994.p.33).

Entretanto, por um longo período, o conceito de saúde era bem menos complexo o qual considerava saúde como a simples ausência de doença, para o qual o médico era considerado o principal responsável por provê-la. Os estudos de Rosen (1994) revelam que a preocupação com a saúde comunitária data desde as antigas civilizações e que “os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram estiveram relacionados com a natureza da vida comunitária” (p.31). Dentre esses problemas destacam-se saneamento básico e habitação; limpeza e religiosidade e, doença e comunidade os quais ao se inter-relacionarem durante a história originou-se no que hoje se define como saúde pública.

## **2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)**

Neste capítulo trazemos o conceito de direito social como forma de elucidar o que será abordado mais adiante, a respeito do SUS e o TFD, embora não seja o foco da análise. O conceito de direito social originou-se a partir do século XIX, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, detalhados no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em 1966.

No entanto, só foi adotado no Brasil em 1992 decorrente da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, resultando então nos direitos fundamentais, que são evidenciados no Título II desta Constituição categorizando os direitos em seus capítulos como: individual e coletivo, sociais, de nacionalidade, políticos e partidos políticos.

Assim, os direitos devem ser atendidos conforme as necessidades não só individuais, mas coletivas, em caráter social e de forma igualitária. A partir deste contexto foi dada ênfase às políticas públicas voltadas para o campo da saúde dimensionando um novo conceito de saúde que interagiu a novos fatores de importância não apenas no cunho biologicista, mas de

aspectos sociais, conforme o conceito da OMS, explícito anteriormente.

No artigo 196 da Constituição Federal dispõe que:

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. (Constituição Federal, 1988)

Desta forma, a saúde já não é um problema só do indivíduo, esta responsabilidade é transferida para o Estado no dever de criar políticas sociais para garantir o acesso aos serviços de saúde de forma igualitária e para toda a população. Foi necessário a criação de um sistema capaz de executar estas ações e serviços e gerenciá-los de forma pública.

### **2.3 A SAÚDE E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO**

Historicamente o campo da saúde sempre esteve relacionado ao Serviço Social, por este ter contribuído com a sua politização que fortaleceu a saúde como direito social, na qual refletiu na Constituição de 1988, e também a estar inserido nas lutas sociais constantes por um SUS menos biomédico nas mais diversas redes de serviços e especialidades.

Além de constituir a identidade do Assistente Social, que trabalha com uma realidade humano-social, onde necessita realizar um movimento constante de construir e reconstruir a sua crítica a partir da realidade apresentada, principalmente no que se refere a um hospital que desenvolve ações de ensino, pesquisa e extensão que demandam também da participação de outros profissionais para que a demanda seja atendida de forma integrada.

O HUJBB no início era tido como um sanatório que começou a prestar serviços voltados apenas para tratamento de pacientes portadores de tuberculose, devido ao contexto histórico que o Estado do Pará atravessava no período de 1950. Com a portaria nº 24/BSB de 12 de julho de 1976, assinada pelo ministro da saúde na época, Paulo de Almeida Machado este sanatório passa a se denominar Hospital Barros Barreto, após sete anos por meio da portaria nº 337 de 1º de novembro de 1983, o ministro de saúde Waldyr Arcoverde altera o nome para Hospital João de Barros Barreto.

Em 2004 é implantado o núcleo da vigilância epidemiológica, e o HUJBB passa a ser

certificado como Hospital de Ensino conforme o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, caracterizando-o como Hospital Universitário ligado à Universidade Federal do Pará (UFPA), sendo uma instituição de assistência considerada um dos principais prestadores de serviços de saúde do Estado do Pará e Região Norte, de forma gratuita à comunidade através do SUS, sendo referência nacional em AIDS é referência estadual em pneumologia, Infectologia, endocrinologia, diabetes e atenção à saúde do idoso.

Desde a sua fundação o HUIBB vem desempenhando um papel importante seja no diagnóstico, no tratamento e no controle de doenças infecciosas e parasitárias no Estado. Possui 35 consultórios e ambulatórios para cada especialidade que o hospital possui, existem 6 programas e 4 projetos conforme a história institucional do hospital.

O Serviço Social no HUIBB foi implementado a partir dos anos 70 através de um requerimento feito pelo médico Dr. Almir Gabriel, diretor do hospital nesta época, para que atuasse de forma bem próxima ao paciente, fazendo-se necessários assistentes sociais em cada pavimento (1º ao 5º andar). Em 1974, começou-se a pensar no Serviço Social atuando no ambulatório, devido o trabalho deste profissional se basear no apoio e na orientação aos pacientes no objetivo que estes realizem da melhor forma o seu tratamento.

#### **2.4 PROGRAMA INTERDISCIPLINAR PARA ATENDIMENTO EM DOENÇA DE CHAGAS**

Neste lócus de atuação do Serviço Social, enfatizamos o trabalho desenvolvido por este profissional no Programa Interdisciplinar para Atendimento em Doença de Chagas, que se iniciou sendo chamado de Programa Estadual de Controle de Doença de Chagas - PECDCH/SESPA implantado em 2006 no Hospital das Clínicas Gaspar Viana (HCGV) composto por uma equipe de médicos e enfermeiros.

Em 2009 há a inserção do programa ao Ambulatório de Doença de Chagas no HCGV, e em 2010 há a criação do Programa de Atendimento Multidisciplinar de Doença de Chagas, que é referência no atendimento de assistência especializada aos pacientes portadores desta doença, a partir da portaria nº 1619 de 21 de dezembro de 2012, visando monitorar a evolução clínica e o seguimento dos casos para cronicidade da doença, integrando com a atenção básica, especialmente as populações sob risco providas de diferentes municípios do Estado do Pará.

Em setembro de 2011 o programa é deslocado para o HUIBB, devido esse hospital ser referência em Infectologia, ficando o HCGV responsável apenas pelos casos de acometimento

cardíaco grave em fase aguda ou crônica. Com a chegada do programa ao HUIBB, o trabalho foi desenvolvido por uma equipe multidisciplinar composta pela Médica (Coordenadora do Programa), enfermeira e estagiários.

Assim, o profissional de Serviço Social deve estar consciente que a realidade está em constante mudança e é preciso formas de redescobrir possibilidades e estratégias para que a sua prática contribua na efetivação do acesso e da garantia aos direitos do usuário, como se encontra definido no Protocolo do Serviço Social do HUIBB:

“Redescobrir alternativas e possibilidades para desenvolver uma prática profissional que na relação com usuário contribua para viabilizar sua participação efetiva nas decisões institucionais, a plena informação sobre seus direitos, bem como o modo e as condições de acessá-los” (HUIBB, 2010).

Nesta perspectiva, faz-se necessário expor as competências do Serviço Social que são definidas no manual do referido programa, baseadas nos Parâmetros do Serviço Social na Saúde (CRESS- 1ª região) sendo estas:

- Atendimento individual /ou em grupo aos pacientes do programa,
- Auxiliar na avaliação dos planos do programa e projetos na área de serviço social voltados para a doença de chagas.
- Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais no âmbito hospitalar aos pacientes chagásicos,
- Levantar e registrar dados para a caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias de familiares com doença de chagas e comunidade de onde residem,
- Articular recursos e serviços de saúde e assistência social aos pacientes chagásicos,
- Participar das equipes multiprofissionais do programa interpretando e intervindo na situação social dos pacientes chagásicos e de seus familiares tendo em vista a promoção e a recuperação da saúde,
- Identificar e acompanhar e/ou encaminhar pacientes chagásicos em situações que envolvem risco pessoal e social,
- Realizar vistorias, informação e emissão de pareceres sobre assunto de sua área profissional,
- Elaborar relatórios quantitativos e qualitativos de situações sociais investigados em

doença de chagas para fins estatísticos,

- Produzir conhecimentos técnico-científicos por meio da pesquisa, bem como,
- Participar do grupo e linha de pesquisa para doença de chagas com o intuito de melhoramento no serviço e subsídios para intervenções em saúde.

As atividades realizadas pela Assistente Social iniciam desde a acolhida do paciente, seja este paciente iniciante em sua primeira consulta ou no andamento de seu tratamento. Quando o paciente inicia seu tratamento, ele realiza os procedimentos do fluxo de entrada no Hospital que começa com o processo de triagem, onde cadastrar e verificar o encaminhamento da unidade de saúde do município a qual corresponde o paciente, depois é feita a realização dos exames necessários, que são o raio-X e o eletrocardiograma no próprio hospital, e o paciente que já está em tratamento só realizará esses exames se caso a médica solicitar.

Posteriormente deslocando-se a sala do programa para ser atendido pela equipe interdisciplinar, onde a enfermeira realiza a consulta na sala da enfermaria verificando peso e altura do paciente e logo em seguida a consulta com a assistente social que se utiliza do seu instrumental de entrevista, podendo acontecer em lugares diferentes, por não haver um espaço específico ao serviço social no programa, negando assim, o direito do sigilo deste usuário é obrigação do profissional.

No programa há apenas um consultório destinado ao atendimento médico, onde na maioria das vezes, as entrevistas acontecem ou no próprio corredor do Hospital, necessitando assim das habilidades e competências do assistente social superar a precariedade do espaço de atuação realizando conversas com perguntas direcionadas ao paciente no objetivo de retirar a quantidade de informações possíveis para o preenchimento contido na Ficha Social, instrumento este, que é utilizado por todo o setor de Serviço Social no HUIBB.

Somando a este instrumento outro se faz necessário, que é a observação direta e participativa, que possibilita a identificação, durante a precariedade proporcionada pela entrevista social, situações que necessitam de uma orientação ou um encaminhamento de cunho mais sigiloso e urgente, como por exemplo, explicação sobre doenças contagiosas e os procedimentos para a adoção. Desta forma, um dos fatores prejudiciais para o bom desempenho das competências do Assistente Social é a falta de infraestrutura.



### 3 CONCLUSÃO

Ao concluir este trabalho tem-se a certeza de que esta pesquisa não tem um fim, pelo contrário, influenciará em novas pesquisas acadêmicas, devido ser um campo cheio de descobertas e afirmações dos direitos sociais da população. A Constituição Brasileira estabelece a saúde como um direito de todos e o Estado tem o dever de garanti-la. Desta forma, é mediante os movimentos sociais que o Estado se vê obrigado a criar uma política pública capaz de resolver a precariedade da saúde no Brasil, assim nasce o Sistema Único de Saúde-SUS, sendo regulamentado pela lei 8.080 que dispõe sobre como se operacionaliza e funciona este sistema. Dentro dele existem os programas de educação e saúde que são ligados a um determinado ambulatório e nestes programas é preciso que haja uma equipe interdisciplinar para atender às demandas que os pacientes apresentam.

Com a mudança na concepção do conceito de saúde se passou a considerar também os aspectos sociais da saúde. E como consequência disto se criou os Centros de Referência e Competência, mas como foram implantados em apenas algumas capitais do Brasil, o governo criou o TFD como uma espécie de “ferramenta” para contornar a lei, considerando-o como política pública, sendo este um instrumento para que o paciente possa aderir e concluir o seu tratamento. Assim, o profissional de Serviço Social é incluído neste lócus com o desafio de assumir as demandas propostas diariamente, enfatizando a representatividade social do paciente como sujeito detentor de direitos no objetivo de garanti-lo.

As trajetórias históricas da saúde e de Serviço Social são semelhantes, pois se verifica que os movimentos sociais e a reatualização influenciaram tanto a concepção de saúde como a profissão. O que proporcionou à profissão uma maior apreensão deste campo de trabalho e uma evolução da atuação profissional nas diversas faces que o cotidiano deste lócus apresenta a cada dia.

Reafirmando as bases teóricas do projeto ético-político, teórico-metodológico e operativo da profissão do assistente social, centrada na tradição marxista, onde o diálogo e a observação serviram como base desta pesquisa realizada no Programa Interdisciplinar de Doença de Chagas, concluímos durante a pesquisa de campo, a partir das entrevistas, aplicação das fichas sociais, apresentações com marionetes e envolvimento em projetos relacionados ao programa que o processo interventivo do trabalho social construído a partir da dimensão educativa, se colocou a serviço do interesse de sua área debatendo e intervindo na prática com

os outros profissionais envolvidos no programa, apesar da precariedade de vários fatores relacionados desde a infraestrutura até o relacionamento interpessoal com a equipe.

Nessa direção, a investigação possibilitou-nos verificar que a dimensão educativa presente ao longo da intervenção profissional do assistente social em programas como esse, permitiu a apreensão e a efetivação de direitos sociais, não esgotando a necessidade do assistente social assumir o seu papel no campo de atuação convicto de suas competências para reafirmar a sua importância como profissão.

## REFERÊNCIAS

AROUCA, Sergio. A Reforma Sanitária. Disponível em:

<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista01.html> Acesso: 05/06/2014.

ARRETCHE M., MARQUES E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência e Saúde Coletiva*. fev. 2002 p.13.

BAHIA, Lígia. Fiocruz. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionário>

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica, Abordagens contemporâneas do conceito de Saúde, Análise da situação de saúde: principais problemas de saúde da população brasileira. In: \_\_\_\_\_. (Org.) O território e o processo saúde- doença. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.

BETTIOL. Líria Maria. Saúde e participação popular em questão: o programa saúde da família. São Paulo: UNESP. 2006.

BORGES. Ivone Guedes, [Assistente Social da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro] Disponível: <<http://pt.slideshare.net/IvoneGuedesBorges/sus-sistema-unico-de-saude>> acesso dia: 24.05.2014).

BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sérgio de Goes. Saúde e previdência: estudos de política social. 2ª ed. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRAVO Maria Inês Souza; MATOS. Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: \_\_\_\_\_. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez. 2004.

COHN, Amélia. et al. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez. 1999.

COLLIÈRE, M. Françoise (1989) - Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COUTO G. Conceptualização pelos Enfermeiros de Preparação para o Parto. 17/03/2006. 304. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

CUNHA, Ediná Alves. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Sobravime. 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. Serviço Social nas instituições: hegemonia e prática.

FLEURY, Sônia. Saúde e democracia: a luta do CEBES. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso: 07 /06 /2014.

FLEURY. Sonia; OUVENEY. Assis Mafort. Política de saúde: uma política social in: \_\_\_\_\_ Política e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz/ Cebes. 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórica – metodológica– 19. ed. – São Paulo, Cortez; [Lima, Peru]: CELARS, 2006.

MENDES. Eugênio Vilaça, 2011. As Redes de Atenção a Saúde. Brasília

O SUS E O CONTROLE SOCIAL -Guia de Referência para Conselheiros Municipais disponível em : [http://143.107.23.244/departamentos/social/saude\\_coletiva/MOSUS.pdf](http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/MOSUS.pdf) (Ministério da Saúde Coordenação de Projetos de Promoção de Saúde Brasília – DF – 2001). Acesso: 05/07/2014.

PAIM.Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000500026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000500026&script=sci_arttext)>. Acesso: 02 /07 /2014.

POLIGNANO. Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf)> Acesso: 03 /05 /2014.

PONTE. Carlos Fidelis. Saúde Pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes. Entre a saúde pública e a medicina previdenciária. Disponível em:<[http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap\\_4.pdf](http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap_4.pdf)>. Acesso: 10 /06 /2014.

ROSEN. George. Uma História da Saúde Pública. Tradução de Moreira. Marcos Fernandes da Silva. São Paulo: Editora Universidade Paulista. 1994.

SCLIAR. Moacyr. História do Conceito de Saúde. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf> Acesso: 15 /06 /2014. Serviço Social & Sociedade, ano VI, n. 17, 30 abr. 1985.

SILVA. Jéssica Caroline Medeiros. O trabalho do assistente social no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1965/209./MovimentoOperario>> Acesso: 15/06/2014.

SPOSATI. Aldaiza de Oliveira. et al. Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão de análise. São Paulo: Cortez.1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Health Promotion, Education and Communications. Health Promotion Glossary. Genebra: WHO, 1998.