



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR: DISCUSSÕES TEÓRICAS

Aldeneide de Jesus Nascimento Alves¹
Marcos Vinícius Santos Silva²

Resumo: Este ensaio tem como objetivo discorrer sobre a atuação do(a) assistente social na produção do cuidado hospitalar. Para tanto, utilizou-se uma revisão bibliográfica, sob postulado da abordagem qualitativa. Portanto, incide-se que o assistente social como profissional do cuidado atua na identificação e análise dos determinantes sociais que incidem sobre o processo saúde/doença, e na viabilização do acesso à instituição, serviços e/ou direitos sociais.

Palavras-chave: Assistente Social. Cuidado em Saúde. Práticas.

Abstract: This essay aims to discuss the role of the social worker in the production of hospital care. For this purpose, a bibliographical review was used, under the postulate of the qualitative approach. Therefore, the social worker as a care professional is involved in identifying and analyzing the social determinants that affect the health / disease process, and in facilitating access to institutions, services and / or social rights.

Keywords: Social worker. Health Care Practices.

INTRODUÇÃO

O campo da saúde, a partir de seu esboço político, acompanha o próprio movimento da sociedade. Com isso, é válido elucidar as várias transformações acometidas, principalmente no movimento à culminância do Sistema Único de Saúde (SUS), que têm como base o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 2012).

De acordo com Bravo (2012), no fim da década de 70 e início da década de 80, ocorreram profundas modificações no cenário político sanitário brasileiro, acarretando o Movimento Sanitário. Esse movimento, balizado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, contestava o modelo de saúde vigente e propunha um sistema de saúde gratuito e sem discriminação, mudança no conceito de saúde, atribuindo-lhe os determinantes socioeconômicos, históricos e culturais (MATOS, 2009).

Entretanto, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 o grande marco histórico da Política de Saúde no Brasil (BRAVO, 2012), visto que foi nesse evento que se

¹ Profissional de Serviço Social, Faculdade Regional de Alagoinhas, E-mail: viniussilva.as@gmail.com.

² Professor com formação em Serviço Social, Faculdade Regional de Alagoinhas e Faculdade Santo Antônio de Alagoinhas, E-mail: viniussilva.as@gmail.com.

consagrou a concepção ampliada de saúde, que se definiu o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado e posteriormente se instituiu a Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.º 8.080/90, e (REIS et al., 2005). Atualmente, numa perspectiva macro, a política saúde no Brasil refere-se ao discurso voltado para universalidade, descentralização, promoção, vigilância e integralidade das ações das práticas de saúde.

Nessa perspectiva, discutir sobre o cuidado como categoria é de grande relevância. Normalmente, atribuímos ao conjunto de técnicas e recursos que de certa forma pode incidir sobre o processo de cura de determinadas patologias. Entretanto, a discussão sobre o cuidado em saúde que aqui apresentaremos refere-se à dimensão filosófica do cuidado em relação à humanização das práticas de saúde, cujo sentido não se reduz à prática meramente tecnicista e que supera a dimensão biologicizada (SILVA e RODRIGUES, 2015).

O cuidado está intrinsecamente articulado com os princípios do Sistema Único de Saúde e com os principais pressupostos teórico-metodológicos do Serviço Social e em sua formação e exercício profissional, pois nos remete à construção filosófica da própria natureza humana, do modo como se dá a interação dos sujeitos no âmbito das relações sociais (SILVA e RODRIGUES, 2015).

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece o Serviço Social como profissão de saúde através da Resolução de nº 218 de 03 de março de 1997, em que reafirmou o assistente social como profissional da saúde e delegou ao Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) sua caracterização. Entre as atribuições descritas, o CFESS (1999) assegura que a profissão não é exclusiva da saúde, mas o qualifica a atuar de forma competente no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, no campo das políticas sociais, inclusive da saúde (MARTINELLI, 2000).

Como profissional que opera na produção do cuidado, o assistente social atua por meio de práticas interdisciplinares. Tem como pressuposto a humanização dessa prática e o respeito à vida, na perspectiva da integralidade das ações de saúde (MARTINELLI, 2011).

O cuidado em saúde tem como base a humanização da prática. Pauta-se no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, na análise da realidade social, no acolhimento, no respeito mútuo entre o cuidador e o cuidado, no estabelecimento de vínculos. Sua expressão concreta se dá a partir da garantia de direitos e concomitantemente na emancipação humana.

Diante disso, destaca-se a necessidade de refletir sobre a prática do assistente social na produção cuidado, a fim de apreender “de que forma o(a) assistente social produz o cuidado em saúde?”. E, “como este cuidado pode ser identificado nos processos de trabalhos nesse campo de atuação?”.

Desse modo, o objetivo dessa exposição é objetivo discorrer sobre a atuação do(a) assistente social na produção do cuidado hospitalar.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para elaboração deste trabalho foi utilizada a abordagem qualitativa. A coleta de dados se deu através de pesquisa bibliográfica, em base de dados, com SCIELO e LILACS. Buscaram-se publicações pertinentes ao tema, através dos descritores “assistente social”, “cuidado em saúde” e “práticas”. Foram encontrados 20 artigos publicados a partir do ano de 2006. Desses, foram excluídos artigos publicados em línguas estrangeiras e que não contemplavam a proposta das pesquisas. Aplicados esses critérios de exclusão chegou-se ao *corpus* de dez publicações.

Posteriormente, os dados foram processados sob o método de análise de conteúdo. De acordo com Minayo (1999), é um conjunto de procedimentos através do qual se pode organizar, sintetizar e objetivar as informações sobre a natureza humana, permitindo um maior aproveitamento dos dados coletados, através do qual poderá verificar hipóteses e/ou questões que estão por trás dos conteúdos sistematizados.

O material coletado foi distribuído, codificado e categorizado de acordo com os conceitos do objeto desta pesquisa, através de um quadro de análise, a fim de evidenciar a relação e os significados das categorias analíticas e das bases teóricas simultaneamente encontradas nos materiais bibliográficos utilizados. Nesse seguimento, foram construídos os núcleos de significância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prática do(a) assistente social na produção do cuidado em saúde

Ao longo da história, a concepção do cuidado esteve subordinada e relacionada à lógica da ajuda, do assistencialismo, da beneficência e associada à ordem religiosa, ou seja, a uma ação missionária. No contexto contemporâneo, ela passa a ser considerada do ponto de vista dos direitos humanos e da redução das implicações dos determinantes sociais que são adversos à saúde. Nessa perspectiva, o cuidado é intrínseco às necessidades humanas históricas; por conseguinte, a manutenção da vida humana (FALEIROS, 2013).

O cuidado está efetivamente análogo às necessidades humanas. Do ponto de vista empírico filosófico, remete à afetividade, ou seja, a capacidade de cuidar de si e de cuidar do outro. No campo da saúde, refere-se à interação dos sujeitos, às práticas de saúde

produzidas por meio da mediação dos conhecimentos e técnicas, direcionadas para cada finalidade, visando sempre o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos (AYRES, 2004).

Nesse contexto, a organização das ações de saúde, ainda sob a perspectiva filosófica do cuidado, deve centrar-se no trabalho vivo, que possibilitará alcançar a cura e concomitantemente a saúde, que é o objetivo das práticas profissionais no campo da saúde (MERHY, 2003).

De acordo com Castro e Castro (2007, p.130),

[...] a organização do trabalho deve ficar centrada no trabalho vivo que possibilita a produção de compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e automatizar a relação trabalhadores de saúde/usuários, com a perspectiva de favorecer a curatividade e a produção de saúde no momento do encontro entre trabalhadores e usuários.

Entretanto, percebeu-se que nos últimos anos a expansão das especializações e incorporação das tecnologias dura e leve duras no contexto hospitalar. Incidiu sobre o enfraquecimento das relações entre os profissionais e os sujeitos (FEUERWERKER; CECILIO, 2007) de tal modo que o trabalho em saúde passou a focar os procedimentos técnicos e reducionistas e não as necessidades particulares dos sujeitos que carecem de cuidados, contradizendo a proposta da integralidade da atenção à saúde preconizada pelo SUS.

Diante disso, ressalta-se que a recuperação da dimensão humanizadora na produção do cuidado tem sido um dos grandes desafios a serem enfrentados e superados no interior dos hospitais (FEUERWERKER; CECILIO, 2007).

A intervenção hospitalar baseada na produção do cuidado integral à saúde implica o processo da humanização da prática que ocorre a partir da disponibilização das tecnologias necessárias ao tratamento terapêutico, da criação de ambientes seguros que proporcionem conforto aos sujeitos hospitalizados e que atendam às suas necessidades particulares (CECILIO; MERHY, 2011).

HOSPITAL

Ao analisar a construção histórica do hospital, constata-se que o surgimento dos primeiros hospitais se deu na França, no final do séc. XVIII. Eram instituições vinculadas à ordem religiosa, de cunho caritativo, criadas para abrigar os marginalizados que eram considerados os anormais da sociedade europeia. Designava-se a hospedar e a garantir abrigo aos pobres, doentes, idosos, desamparados, entre outros. (FOUCAULT, 2014).

De acordo com Foucault (2012), nesse período, no hospital não havia a preocupação com os doentes e nem era uma instituição médica. Não obstante a medicina não fazia parte

dos procedimentos hospitalares. O hospital era visto como hotel ou prisão; caracterizava-se como um mecanismo de exclusão.

No séc. XVIII e XX, os hospitais passaram por importantes transformações, entre as quais podemos destacar a inserção da medicina nesse contexto, que alterou definitivamente a organização dos hospitais e a concepção de se administrar a saúde hospitalar. Desde então, o hospital passou a ser considerado o centro de referência à saúde. Soma-se a essa nova configuração no âmbito hospitalar o avanço tecnológico que propiciou análises minuciosas e melhores condições de tratamento das doenças (FOUCAULT, 2014).

Com base nessa organização hospitalar, desenvolveu-se técnicas de registros, a fim de obter e acumular informações sobre o fluxograma da instituição e dos doentes que ali eram atendidos, internados, curados ou que porventura viessem a falecer. Dessa forma constituindo-se como um campo documental e, por conseguinte, de formação profissional (FOUCAULT, 2014).

E é a partir dessa disciplinarização que a clínica nasce como uma nova dimensão essencial ao hospital, e a instituição ganha outro significado, pois o espaço hospitalar além de curar também passa a ser lugar de formação e de socialização de conhecimentos (FOUCAULT, 2014).

Atualmente, o hospital é um espaço profissionalizado composto por equipe multidisciplinar, que integra uma organização médica e social, que, balizada pela concepção ampliada de saúde, deve considerar os efeitos dos determinantes sociais ao processo saúde/doença, e os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com o objetivo proporcioná-los à população usuária da política de saúde a Assistência Médica Sanitária integral. Nesse ambiente verifica-se também a realização de diagnósticos e tratamentos de pessoas doentes, bem como a prática de ensino e pesquisa em saúde (BRASIL, 2011).

IDENTIDADE

Nessa seção, dar-se-á um enfoque sobre a identidade profissional do(a) assistente social na prática do cuidado hospitalar. Inicialmente, é mister ressaltar que a categoria identidade pode ser constituída no âmbito individual e/ou coletivo, a partir da interação dos sujeitos, ou seja, se dá no campo da produção e reprodução das relações sociais. Para tanto, deve-se considerar as características físicas, sociais, culturais, políticas e econômicas dos sujeitos. Dessa forma, compreendem-se por identidade instrumentos e/ou mecanismos através dos quais se exprimem as características particulares que identificam algo ou alguém (MARTINELLI, 2000).

A construção da identidade profissional é um processo sócio-histórico. Dessa forma, a sua constituição perpassa por distintos momentos, articulando-se entre o individual e o coletivo, adequando-se às dinâmicas das realidades sociais (MARTINELLI, 2000).

Segundo Martinelli (2013), a construção da identidade profissional não é estática e nem acabada; é um processo contínuo que se objetiva através da práxis de seu exercício profissional, pois ao modificar as condições sócio-históricas em que está inserido é simultaneamente transformado, caracterizando o modo de ser e aparecer da profissão.

O(a) assistente social, na condição de trabalhador assalariado, que vende sua força de trabalho, atua na ambiguidade dos interesses de classes, e nessa condição vê-se imbricado na contradição de atender aos seus empregadores e produzir respostas concretas às demandas que lhes são postas cotidianamente, e a viabilizar direitos em uma sociedade capitalista. Dessa forma, ressalta-se que o seu significado social é definido a partir dos seus processos de trabalho, e das relações que se estabelecem com os seus contratantes e demais profissões (IAMAMOTO, 2010).

Diante disso, compreende-se que a construção da identidade profissional do assistente social é contínua, e que se dá mediante a um processo crítico/reflexivo de sua prática profissional, que muitas vezes é engendrada em contextos de interesses contraditórios, exigindo esse movimento contínuo e dialético sobre a ação e a intervenção profissional (MARTINELLI, 2000).

O Serviço Social emerge-se como profissão subsidiária à ação médica, numa conjuntura de ascensão do saber clínico para operacionalizar as demandas oriundas da questão social. Sua inserção na área da saúde se deu na década de 40 em virtude do conceito de saúde voltado aos "aspectos biopsicossocial", do agravamento da questão social e do processo de insalubridade do trabalho imposto pelo sistema capitalista de produção (BRAVO, 2013).

Dessa forma, os(as) assistentes sociais na área de saúde são legitimados. Como profissionais inseridos na divisão social e técnica do trabalho, atuam na defesa dos interesses da classe subalterna, posicionam-se em favor da equidade e da justiça social (MATOS, 2009). É um(a) profissional de natureza eminentemente interventivo(a), atua na luta pela defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo, pela garantia e efetivação dos direitos civis, sociais e políticos (BRASIL, 1993).

Segundo Bravo (2012), o(a) assistente social insere-se no contexto hospitalar para atuar na mediação dos interesses da instituição e da população, tendo como pressuposto a viabilização do acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Nesse campo de atuação, as demandas que chegam para o(a) assistente social referem-se às demandas espontâneas

e/ou encaminhadas por outros profissionais que compõe a equipe multidisciplinar (SANTANA et al., 2012).

O assistente social como um dos profissionais de saúde que opera na produção do cuidado, atua por meio de práticas interdisciplinares, tendo como pressuposto a humanização da prática e o respeito à vida, numa perspectiva de integralidade das ações de saúde (MARTINELLI, 2011). A atuação do(a) assistente social é pautada na concepção ampliada do conceito de saúde e nas condições concreta de desigualdades sociais da vida do sujeito. Em seu exercício profissional, articula dimensões distintas da vida dos sujeitos que se relacionam e se condicionam simultaneamente, a saber: individual, familiar, profissional, social, sistêmica, profissional e organizacional (CECILIO, 2009).

Ou seja, embora o cuidado em saúde não seja uma atividade privativa do Serviço Social, este chega para o assistente social como uma nova proposta de intervenção profissional, pois atua enquanto produtor(a) desse cuidado, buscando criar alternativas que lhe permitam desenvolver suas ações de forma articulada às diferentes dimensões da vida dos sujeitos, analisando-os em sua totalidade e considerando-os como protagonistas desse processo (SILVA; RODRIGUES, 2015).

Como profissional do cuidado, o(a) assistente social desenvolve suas ações profissionais tanto no âmbito individual quanto no coletivo, tendo como pressuposto investigar as necessidades sociais que ampliam a vulnerabilidade dos demandatários dos serviços, bem como apreender de que forma elas incidem no processo saúde-doença.

Dessa forma, as atividades desenvolvidas pelo assistente social, no campo da saúde, são objetivadas a partir de ações e/ou condições que viabilizam o acesso à instituição e aos serviços prestados, bem como a promoção a saúde e a qualidade de vida do usuário da política de saúde.

Ao atuar na identificação e no enfrentamento das expressões da questão social que interfere no processo saúde-doença, o assistente social pauta-se na perspectiva da integralidade das ações em saúde, na garantia de direitos e concomitantemente na autonomia e emancipação dos sujeitos (MARTINELLI, 2011).

Segundo Silva e Rodrigues (2015), o cuidado está intrinsecamente articulado com os princípios do Sistema Único de Saúde e com os principais pressupostos teórico-metodológicos do Serviço Social e em sua formação e exercício profissional, pois nos remete à construção filosófica da própria natureza humana, do modo como se dá a interação dos sujeitos no âmbito das relações sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assistente social possui em sua formação subsídios teórico-metodológicos que o capacita e lhe permite atuar frente às múltiplas expressões da questão social, cotidianizadas nos serviços da política de saúde. Suas práticas são orientadas e norteadas por direitos e deveres constituídos pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão, ambas implementadas no de 1993.

Refletindo sobre o(a) assistente social como ator social no desenvolvimento de práticas no campo do cuidado em saúde, ratifica-se as possibilidades inerentes à gestão do seu trabalho, precipuamente, por suas condições técnico-operativas em fazer uma análise abrangente da realidade social, reconhecendo, e posteriormente intervindo, nos complexos apresentados. O(a) assistente social, na prática do cuidado, tem o princípio da liberdade como valor ético central de suas intervenções profissionais; tem como objetivo transformar a realidade de vida do usuário/paciente, considerando-o com coparticipante desse processo.

Nesse sentido, a prática do cuidado em saúde tem como base a humanização da prática. Ela se pauta no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, na análise da realidade social, no acolhimento, no respeito mútuo entre o cuidador e o cuidado, e no estabelecimento de vínculos. Sua expressão concreta se dá a partir da garantia de direitos e concomitantemente na emancipação humana (MARTINELLI, 2011).

Portanto, a atuação do(a) assistente social é pautada na concepção ampliada do conceito de saúde e nas condições concreta da vida sujeito. Desenvolve ações de caráter emergencial, educação, informação em saúde, planejamento, assessoria e mobilização de comunidade, tendo em vista a orientação e o desenvolvimento de ações que visam mudanças de atitude que promovam a qualidade de vida dos usuários/pacientes.

Para tanto, deve desenvolver suas práticas de forma comprometidas com o projeto ético-político da profissão e de forma articulada com o projeto societário, buscando constantemente o aprimoramento teórico-metodológico a fim de capacitar-se e de dar cientificidade à sua prática profissional, para que sejam capazes de atender às demandas que lhes são postas cotidianamente.

REFERÊNCIAS

Ayres, José Ricardo. C.M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** Interface (Botucatu) _2004, ed.8, n 14. Pp.73-92.

BARDIN, L. (2006). **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar da Saúde**, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 3)

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 21 de maio 2016.

BRAVO, Maria Inês; Matos Maurilio Castro _ **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE. 2009.

BRAVO, M.I. S; Matos, M.C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate In. **Pesquisa saúde e Serviço Social**, 5ª ed. Rio de Janeiro: URFJ, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sóciohistóricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CASTRO, Marina. C. Serviço Social em cuidado saúde: uma articulação necessária. **Rev.Libertas**, Juiz de Fora, v.6 e 7, n. 1 e 2, p.128 - 148 jan-dez / 2006, jan-dez / 2007– ISSN 1980-8518.

CECÍLIO, L.C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. de (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L. C. O. **Apontamentos teórico-conceituais** sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Comunic. Saúde, Educ, Botucatu, v.15, n.37, p. 589-599, 2011.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, 2006.

CRISTIANE, Talita S.S.; Silva, Aparecida B. _A Atuação do assistente social em âmbito hospitalar_ Disciplinar: **Revista Eletrônica da Univar**. Ago 2013, n. ° 10 Vol – 2 p. 36 – 40. On-line <http://revista.univar.edu.br>ISSN 1984-431X.

FALEIROS, Vicente de Paula_ Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva Crítica. **R. Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013.

Feuerwerker, Laura C.M.; Cecílio, LUIZ, C. O._ Hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):965-971, 2007.

FOUCAULT, MICHEL; **Microfísica do Poder**, 25 ed. Graal LTda., São Paulo, SP, 2012.

FOUCAULT, MICHEL; A lição dos hospitais _In **O nascimento da Clínica**, 7ed. Rio de Janeiro, RJ, Forense Universitária, 2014.

GENTILLI, R. M. L. **Representações e práticas**: identidade e processo de trabalho no Serviço Social. São Paulo: Veras, 1998.

GUERRA, Yolanda _ A instrumentalidade do trabalho do assistente social. Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, "Capacitação em Serviço Social e Política Social", Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço Social em tempo de capital fetiche; capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Serviço Social em tempo de capital fetiche; capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul. **O Serviço social no processo de reprodução das relações sociais**. In pesquisa Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico/metodológica. 41. ed. São Paulo: Cortez/CELATS, 2014.

IAMAMOTO, Marilda V. O Serviço Social na Contemporaneidade. São Paulo: Cortez, 2015.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Koumrouyan, Elza. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade. N.º 54. São Paulo: Cortez, 1994.**

MARTINELLI, M. L. Notas sobre mediações: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. **Rev. Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 14, n.43, p.136-41, dez. 1993. Serviço social: identidade e alienação. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. – **Rev. O Serv. Social e Saúde**, Campinas, v.6 n.6, p.144,2007.

_____. Trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos – **Rev. O Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

_____. A pergunta pela identidade profissional do serviço social: uma matriz de análise. **Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP** v. 12, n. □ (1□), p. 145-156, 2013.

RAICHELIS, Raquel. _ O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos, publicado pela **Revista Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n 107, p.420-437, jul/set.2011.

RAMOS, Adriana_ **Instrumentos e Técnicas de Trabalho do Assistente Social: Notas Para uma reflexão Crítica** _____ In Serviço Social, saúde e Questões Contemporâneas: Reflexões Críticas sobre a Prática Profissional. 2013.

REIS, Denizi O; Araújo, Eliene, C; Cecílio, Carlos, O. **Política de saúde** _ Módulo Político Gestor_ UNA-SUS | UNIFESP Ano 2005.

Santana, Vívica Santos, *et al* _**Rotina de trabalho do assistente social de um pronto socorro: limites e possibilidades.** Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais, Aracaju_ v. 1 _ n.14 _ p. 211-217 _ out. 2012.
<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/view/261>.

SILVA, Alaíde M. M. F.; Rodrigues, Maria, L._ Serviço Social e o cuidado em saúde_ **Rev. Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v.14, n.1(19), jan./jun. 2015 ISSN 1676-6806.