

COMPETÊNCIA TÉCNICO-OPERATIVA DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: EXPERIÊNCIAS, PERCEPÇÕES E DESAFIOS NA AMAZÔNIA NO OESTE DO PARÁ

Karina Oliveira Costa¹;

¹Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/4327218085402707>

Adriele Pantoja Cunha²;

²Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/3173436104467313>

Nicole Patrícia de Lima Vinagre da Ponte³.

³Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/9122894959498681>

RESUMO: O artigo analisa a competência técnico-operativa do assistente social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com enfoque nas especificidades vivenciadas na região amazônica, especialmente no oeste do Pará. Partindo de um estudo bibliográfico, discute-se a construção histórica da política de saúde no Brasil, a consolidação do Serviço Social como profissão e as atribuições e desafios enfrentados pelos profissionais no ambiente hospitalar. Evidencia-se que a prática do assistente social em UTIs exige domínio técnico, postura ético-política, capacidade de mediação e sensibilidade frente às singularidades socioculturais amazônicas, marcadas por desigualdades territoriais, culturais e logísticas. Conclui-se que a atuação do Serviço Social é fundamental para assegurar direitos, promover cuidado humanizado e enfrentar vulnerabilidades que se intensificam em contextos críticos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Hospital. Terapia Intensiva.

TECHNICAL-OPERATIONAL COMPETENCE OF SOCIAL WORKERS IN THE INTENSIVE CARE UNIT: EXPERIENCES, PERCEPTIONS, AND CHALLENGES IN THE AMAZON REGION OF WESTERN PARÁ

ABSTRACT: This article analyzes the technical-operative competence of social workers in Intensive Care Units (ICU), focusing on the specificities experienced in the Amazon region, particularly in western Pará. Based on a bibliographic study, it discusses the historical

construction of health policy in Brazil, the consolidation of Social Work as a profession, and the duties and challenges faced by professionals in the hospital environment. It is evident that the practice of social workers in ICUs requires technical mastery, an ethical-political stance, mediation skills, and sensitivity to the sociocultural singularities of the Amazon, which are marked by territorial, cultural, and logistical inequalities. The study concludes that the role of Social Work is fundamental to ensuring rights, promoting humanized care, and addressing vulnerabilities that intensify in critical health contexts.

KEY-WORDS: Social Work. Hospital. Intensive Care.

INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil é marcada por profundas contradições e disputas de projetos. Conforme aponta Bravo (2006), a intervenção estatal iniciada na década de 1930 visava à funcionalidade desenvolvimentista e à preservação da força de trabalho. A saúde como direito universal só se consolidou com a Reforma Sanitária e a redemocratização, materializando-se no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse processo, o Serviço Social rompeu com o passado assistencialista e filantrópico. Segundo Netto (1992), a legitimidade do Serviço Social contemporâneo na divisão sociotécnica do trabalho reside na sua capacidade de enfrentar as expressões da “questão social”. No âmbito hospitalar, essa atuação exige a mobilização da autonomia relativa, articulando as dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas à realidade concreta (IAMAMOTO, 2012).

A atuação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de alta complexidade demanda refinada competência técnico-operativa. Para Guerra (2000), essa prática é perpassada pela instrumentalidade uma “propriedade constitutiva da profissão” que permite apreender as mediações entre as demandas imediatas dos usuários (como internações e óbitos) e os determinantes sociais da saúde. Contudo, a materialização do Projeto Ético-Político enfrenta desafios na Amazônia, no Oeste do Pará. Essa realidade regional, marcada por vazios assistenciais e desigualdades estruturais, exige que o profissional medie a alta tecnologia da UTI e a precariedade das condições de vida locais. O estudo justifica-se pela necessidade de sistematizar o exercício profissional e construir estratégias que fortaleçam a identidade do Serviço Social frente à equipe multiprofissional.

Nesse panorama, a análise qualitativa baseada em entrevistas com assistentes sociais hospitalares, fundamentada na análise de conteúdo de Bardin (2011), é o caminho metodológico adequado para identificar sentidos, estratégias e entraves que não se revelam em abordagens estatísticas. Diante do desafio de dar visibilidade às competências profissionais na alta complexidade, emerge a necessidade de investigar as mediações entre teoria e prática. Assim, este estudo ancora-se na seguinte questão norteadora:

De que maneira os(as) assistentes sociais que atuam no contexto hospitalar percebem sua intervenção profissional, quais os principais desafios encontrados em suas trajetórias

e que estratégias técnico-políticas são mobilizadas para a afirmação de seu papel frente à equipe multiprofissional?

A SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SUS

A trajetória das políticas de saúde no Brasil é marcada por desigualdades estruturais e pela ausência histórica de ações universais, constituindo uma das expressões mais agudas da “questão social”. Conforme analisa Iamamoto (2008), a questão social reflexo das desigualdades produzidas na contradição entre capital e trabalho manifesta-se em múltiplas exclusões, sendo o acesso à saúde um pilar de forte tensionamento. Nos períodos colonial e imperial, a assistência limitava-se à caridade filantrópica, enquanto o Estado adotava uma postura higienista voltada ao controle de epidemias que ameaçavam o comércio portuário, consolidando a saúde como privilégio de classe e funcionalidade econômica.

Com a industrialização na década de 1920, o modelo tornou-se contributivo e meritocrático. A criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e a posterior unificação nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) na Era Vargas formalizaram um sistema seletivo restrito ao mercado formal. Segundo Behring e Boschetti (2009), esse arranjo corporativista aprofundavam a fragmentação social ao estigmatizar os informais como “indigentes”. Esse cenário foi radicalizado na ditadura militar (1964-1985) com a centralização no INAMPS, período marcado pela mercantilização da saúde e pelo fomento ao setor privado via convênios, dretando recursos públicos em detrimento da assistência estatal.

A ruptura emergiu na década de 1970, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária, que pautou a saúde como direito universal, dever do Estado e indissociável das condições socioeconômicas. Esse processo culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), alicerce para a Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Contudo, como adverte Yazbek (2009), embora o SUS seja uma conquista civilizatória da classe trabalhadora, ele sofre ataques contínuos da agenda neoliberal, enfrentando subfinanciamento crônico e investidas privatistas que buscam retomar a lógica mercantilista anterior.

Nesse campo de disputas, o Serviço Social assume papel estratégico na viabilização do acesso. Segundo Bravo (2015), a intervenção profissional realiza a mediação crítica entre Estado e sociedade no cotidiano institucional para romper com a visão biomédica centrada na doença. A prática transcende o atendimento imediato, envolvendo a democratização de informações, o fortalecimento do controle social e a articulação intersetorial com a Seguridade Social. Ao decifrar a saúde como dimensão da questão social, o profissional reafirma o projeto ético-político da categoria, comprometido com a justiça social e com a defesa de um SUS público, gratuito e de qualidade (BRAVO, 2015).

CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E A ATUAÇÃO NA SAÚDE

A atuação do assistente social na saúde é indissociável das transformações do capital monopolista e da necessidade histórica de preservação da força de trabalho. Segundo Bravo (2015), a profissão consolidou-se sob uma lógica funcionalista que, após a crise de 1929, evoluiu para a execução de políticas estatais de ajuste produtivo. No contexto brasileiro, Netto (1992) destaca que o Serviço Social surge na década de 1930 para administrar as expressões da “questão social”, enfrentando um período de burocratização institucional após 1964, quando os direitos eram tratados como concessões assistencialistas.

A maturidade crítica da categoria consolidou-se nos anos 1980, impulsionada pelo movimento de reconceituação e pela criação do SUS, que deslocou o foco da profissão para a defesa da saúde como direito universal e dever do Estado. Nesse cenário, a identidade profissional torna-se um imperativo ético voltado à valorização da dignidade humana e à viabilização de projetos coletivos (MARTINELLI, 2003). Essa perspectiva exige que o profissional analise os determinantes sociais, econômicos e culturais do processo saúde-doença, permitindo superar a imediatividade técnica (BRAVO; MATOS, 2004) em conformidade com as diretrizes do CFESS (2010).

No cotidiano institucional, o assistente social atua como mediador estratégico entre a equipe multiprofissional e o usuário, buscando a efetivação do cuidado integral e o controle social. Como sublinham Nogueira e Mito (2006), esse saber é essencial para transcender as limitações dos modelos biomédicos e a dimensão burocrática das instituições. Para Yamamoto (2009), a intervenção profissional ultrapassa o atendimento individual, envolvendo uma mediação de interesses que visa universalizar o acesso a direitos e benefícios (como o BPC e o TFD). Assim, ao decifrar as expressões da “questão social” que se agudizam no adoecimento, o assistente social preserva a autonomia dos sujeitos e consolida a dimensão social como parte inalienável da saúde.

O SERVIÇO SOCIAL: A Competência Técnico-Operativa, a Instrumentalidade e o Projeto Ético-Político do Assistente Social na Saúde

O arcabouço normativo que regulamenta o Serviço Social no Brasil sustenta-se em dois pilares fundamentais que conferem legitimidade e direção ao exercício profissional: a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/1993) e o Código de Ética do Assistente Social de 1993. A referida legislação estabelece as prerrogativas e competências privativas da categoria, condicionando o exercício profissional à graduação em curso reconhecido e ao registro obrigatório no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS). Essa regulamentação assegura a identidade sociotécnica da profissão, inserindo o assistente social na divisão social do trabalho como um profissional qualificado para intervir nas expressões da questão social a partir de uma base de conhecimentos científicos e metodológicos.

No âmbito da dimensão ética, o Código de Ética de 1993 representa um salto qualitativo ao romper com perspectivas conservadoras e estabelecer princípios comprometidos com a transformação social. Este documento institui um projeto ético-político cujas diretrizes fundamentam-se na defesa intransigente dos direitos humanos, no fortalecimento da democracia e na garantia da liberdade como valor central. A atuação do assistente social, sob essa égide, orienta-se pela justiça social e pela equidade como mecanismos de enfrentamento a todas as formas de preconceito e discriminação, convocando o profissional a engajar-se na construção de uma nova ordem societária livre de opressão, com foco na emancipação humana e na cidadania plena no cotidiano da saúde pública.

A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, constitui o sustentáculo jurídico fundamental da prática profissional, estabelecendo em seus artigos 4º e 5º a distinção necessária entre competências e atribuições privativas. O artigo 4º elenca as competências, que compreendem atividades de planejamento, execução e avaliação de políticas sociais, além da orientação a indivíduos e grupos e a realização de estudos socioeconômicos ações que podem ser compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. Em contrapartida, o artigo 5º salvaguarda o espaço ocupacional específico da categoria ao listar 13 atribuições privativas, que envolvem a coordenação e supervisão de unidades, perícias técnicas, laudos e pareceres, além do magistério e fiscalização do exercício profissional.

No esforço de interpretar esses dispositivos, Iamamoto (2012) esclarece que a “matéria” refere-se ao objeto sobre o qual se exerce a força do agente, a “área” delimita o âmbito de atuação e a “unidade” diz respeito ao conjunto profissional em ação. Conforme o parecer jurídico do CFESS de 1998, prevalece o entendimento de que a norma específica das atribuições privativas é superior à norma genérica das competências. Essa distinção é vital para que os profissionais protejam suas prerrogativas e evitem a absorção de atividades impostas por lógicas institucionais que visam desvirtuar as diretrizes do projeto ético-político em favor de interesses de mercado.

No âmbito hospitalar, a correlação de forças entre as exigências burocráticas e a intencionalidade profissional coloca frequentemente em xeque a autonomia relativa da profissão. A imediatidade do cotidiano tende a capturar a prática, exigindo respostas rápidas que podem subsumir o assistente social às determinações das instituições empregadoras. Para enfrentar esse contexto adverso, Iamamoto (2012) defende a necessidade de articular as dimensões acadêmicas e legais com a materialidade do trabalho, evitando que o Projeto Ético-Político se torne uma proposta idealista e descolada da realidade histórica. Nesse confronto entre condições objetivas e subjetivas, a instrumentalidade surge como a categoria mediadora essencial para o desvendamento das determinações sócio-históricas da profissão.

Segundo a perspectiva de Guerra (2000, 2013), a instrumentalidade não se reduz ao manejo de técnicas ou instrumentos, mas constitui uma propriedade constitutiva da profissão que permite a passagem das ações meramente instrumentais para um Serviço

Social crítico e competente. Ela envolve a capacidade de apreender mediações éticas, teóricas e políticas, permitindo ao profissional analisar a totalidade social para traçar estratégias de intervenção qualificadas. Embora a dimensão técnico-operativa confira maior visibilidade social à categoria, ela deve estar intrinsecamente ligada às dimensões teórico-metodológica e ético-política. Como observa Matos (2015), o cotidiano complexo apresenta requisições que podem tanto potencializar o trabalho quanto descaracterizá-lo, especialmente sob a égide da lógica neoliberal, que fragmenta a realidade e focaliza as políticas sociais apenas nas camadas mais pauperizadas.

Diante desses desafios, a categoria articulou, via conjunto CFESS/CRESS, os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (2010), organizando o exercício profissional em três eixos centrais: Primeiro eixo (Atendimento direto aos usuários): Foca em ações socioassistenciais e socioeducativas, exigindo que o profissional ultrapasse o caráter emergencial para promover orientações reflexivas e socialização de informações. Segundo eixo (Mobilização, participação e controle social): Visa à organização política de sujeitos e movimentos sociais em fóruns e conferências para a reivindicação de melhorias nos serviços públicos. Terceiro eixo (Assessoria, qualificação e formação profissional): Prioriza a educação permanente como estratégia de reflexão crítica e aprimoramento da qualidade dos serviços prestados.

Esses eixos envolvem ações propositivas com ênfase na investigação da realidade e na ampliação da atuação para além da execução imediata, integrando planejamento e gestão. Contudo, a prática em saúde enfrenta limites impostos pelo conservadorismo e pelo ultraneoliberalismo, que tentam reduzir a intervenção ao saber médico hegemônico ou a abordagens meramente subjetivistas. Para romper com essas amarras, a prática do assistente social deve estar ancorada no conceito ampliado de saúde consolidado pela Reforma Sanitária, compreendendo-a não como ausência de doença, mas como o resultado dialético das relações sociais e das condições materiais de vida na totalidade social.

O ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui-se em um espaço hospitalar destinado ao atendimento de pacientes em estado grave, com necessidade de monitoramento contínuo e de tecnologias especializadas. Nesse cenário, a presença do assistente social é fundamental, visto que o processo de internação mobiliza aspectos não apenas clínicos, mas também sociais, emocionais, éticos e econômicos (BRAVO; MATOS, 2010). De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade do cuidado e a humanização da atenção são diretrizes centrais que orientam o exercício profissional, permitindo que o assistente social contribua para a efetivação desses preceitos ao reconhecer as necessidades sociais dos pacientes e de suas famílias (CFESS, 2010).

Essa intervenção apresenta características próprias devido à gravidade das situações e à constante presença do risco de morte. Conforme os Parâmetros para Atuação de

Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), destacam-se atribuições como o acolhimento aos familiares, a mediação entre usuários e equipe multiprofissional, a intervenção em situações de óbito e a articulação com a rede socioassistencial. Segundo Pires (2005), a humanização pressupõe o reconhecimento do sujeito em sua integralidade, valorizando suas dimensões familiares. Nesse sentido, o profissional é chamado a desenvolver uma escuta qualificada, orientar sobre direitos sociais e encaminhar demandas relacionadas a recursos e benefícios previdenciários ou assistenciais.

Como a UTI é um espaço de trabalho coletivo envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas, o papel do assistente social na equipe multiprofissional é trazer a dimensão social para o centro das discussões clínicas, contribuindo para um plano terapêutico ampliado (IAMAMOTO, 2009). Segundo Bravo e Matos (2010), a inserção do Serviço Social possibilita o enfrentamento das desigualdades no acesso aos serviços, bem como a democratização das informações. Esse trabalho conjunto reforça a concepção de saúde como resultado das condições de vida, e não apenas como ausência de doença.

O ambiente de terapia intensiva também coloca o profissional diante de desafios éticos significativos, como a comunicação de más notícias, o acompanhamento na terminalidade da vida e a defesa da autonomia dos sujeitos. Essas situações demandam a aplicação dos princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social, fundamentado na defesa intransigente dos direitos humanos, da justiça social e da equidade (IAMAMOTO, 2009). Assim, a prática deve ser compreendida de forma crítica e comprometida com a cidadania, reafirmando a saúde como um direito garantido constitucionalmente (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Portanto, o papel do assistente social na UTI é estratégico para a humanização do cuidado e a efetivação do SUS. Sua intervenção amplia o escopo do atendimento ao incorporar dimensões que extrapolam o modelo biomédico tradicional. Dessa forma, ao articular acolhimento, mediação, orientação e defesa de direitos, o profissional contribui para um atendimento integral, ético e comprometido com a dignidade humana no contexto hospitalar.

DESAFIOS E AS PARTICULARIDADES NO ÂMBITO HOSPITALAR NA AMAZÔNIA NO OESTE DO PARÁ

A atuação do Serviço Social em hospitais de média e alta complexidade em Santarém, no Oeste do Pará, é balizada pelo Projeto Ético-Político da categoria e pelas diretrizes do SUS (Lei nº 8.080/1990), exigindo uma práxis que considere as singularidades territoriais e socioculturais da Amazônia. A vasta dimensão geográfica e a precariedade logística impõem a “distância-tempo” como um determinante social que agudiza vulnerabilidades de populações ribeirinhas e indígenas. Nesse cenário, o assistente social assume um papel central na mediação e viabilização de direitos fundamentais, como o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e o transporte sanitário, articulando redes intersetoriais para que as barreiras geográficas não impeçam o exercício da cidadania, conforme preconizam os

Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010).

Ademais, a pluralidade sociocultural regional composta por indígenas, quilombolas, ribeirinhos e agricultores familiares demanda competência ética voltada à diversidade. A intervenção requer sensibilidade cultural e estratégias de comunicação dialógicas que respeitem as cosmovisões e os modos próprios de cuidado e cura de cada povo. Assim, o Serviço Social na Amazônia paraense reafirma sua relevância ao politizar o cotidiano para que a política de saúde se adapte às particularidades locais, garantindo a equidade como pilar do atendimento hospitalar.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) define a humanização como um compromisso ético e político de valorização dos sujeitos. No Oeste do Pará, isso demanda o respeito às identidades coletivas e, conforme Iamamoto (2009), uma intervenção profissional articulada às especificidades históricas que moldam a região amazônica.

O HMS e o HRBA configuram-se como polos de referência em saúde e educação, absorvendo demandas da 9ª Região de Saúde e de outros municípios paraenses. Além de oferecerem urgência, emergência e alta complexidade em Oncologia, Nefrologia e Transplantes, essas instituições atuam na formação de Residentes Multiprofissionais e em pesquisas. Sob essa ótica, Netto (2005) afirma que “o Serviço Social se constitui como uma especialização do trabalho coletivo, exigindo permanente qualificação técnico-científica e compromisso político”. Nos hospitais santarenos, esse pressuposto materializa-se na elaboração de relatórios sociais, na participação em comissões multiprofissionais e no ensino.

Contudo, a realidade institucional é tensionada pela escassez de recursos, insuficiência de leitos, instabilidade das políticas públicas e carência de aportes materiais que sobrecarregam as equipes. Diante deste cenário adverso, o assistente social atua como defensor do direito ao acesso, intervindo em situações críticas para garantir a prioridade no atendimento, o manejo da judicialização quando necessária e a articulação interinstitucional. Como destacam Bravo e Matos (2004), “a luta pela efetivação do SUS universal e público insere-se em um campo de disputas, no qual os assistentes sociais têm papel central na defesa dos direitos sociais”, reafirmando o compromisso da categoria em territórios complexos.

É imprescindível que a prática incorpore instrumentos que dialoguem com os saberes tradicionais e modos de vida locais, transcendendo a aplicação burocrática de fluxos institucionais e tomando a diversidade cultural como elemento estratégico que potencializa a integralidade do cuidado. A implementação de rotinas baseadas na escuta qualificada, na observação sensível, em rodas de conversa e no protagonismo dos usuários reforça a consolidação da PNH e amplia o vínculo de confiança com a comunidade. O assistente social atua como o articulador dessas práticas, assegurando que os hospitais se convertam em territórios de acolhimento, diálogo e estrito respeito à dignidade humana.

Portanto, a atuação do Serviço Social no Oeste do Pará é atravessada por desafios estruturais, logísticos e culturais que refletem as particularidades regionais. Ao mesmo tempo, esse contexto oferece ao profissional a oportunidade de consolidar práticas de resistência pautadas pela humanização do cuidado e pelo reconhecimento da diversidade, compreendendo as extensas distâncias e os rios não apenas como barreiras, mas como componentes fundamentais da realidade socioterritorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imersão na trajetória histórica da política de saúde no Brasil, associada às particularidades do exercício profissional em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no Oeste do Pará, permite concluir que a atuação do assistente social transcende a execução de procedimentos burocráticos ou protocolares. Como evidenciado, a instrumentalidade amparada na racionalidade crítica, configura-se como a mediação essencial que permite ao profissional converter a imediatez das demandas hospitalares em ações políticas e estratégias garantidoras de direitos, mesmo diante da persistente hegemonia do modelo biomédico e da fragmentação do cuidado.

Ficou demonstrado que o ambiente de alta complexidade em uma região marcada por vulnerabilidades estruturais e geográficas, como a Amazônia paraense, tensiona severamente a autonomia relativa do profissional. Esse cenário exige uma competência técnico-operativa refinada, capaz de articular a sofisticação tecnológica intrínseca à UTI às carências socioeconômicas que caracterizam o perfil dos usuários e de seus núcleos familiares. Nesse sentido, a eventual invisibilização das atribuições privativas revela a necessidade premente de uma reafirmação contínua do Projeto Ético-Político da categoria frente à equipe multiprofissional e à gestão em saúde.

A investigação qualitativa e a análise das narrativas indicam que o pleno reconhecimento da identidade do Serviço Social na saúde depende da capacidade técnica de desvelar os determinantes sociais que atravessam o processo saúde-doença. Tal percepção é fundamental para que o profissional se distancie de uma prática executora e assuma uma postura investigativa, apta a traduzir as carências materiais em demandas de direitos e as necessidades subjetivas em protocolos de humanização efetiva.

Portanto, conclui-se que o fortalecimento do Serviço Social no contexto hospitalar do Oeste do Pará perpassa, obrigatoriamente, pela indissociabilidade entre o rigor técnico, a fundamentação teórica e o compromisso ético-político. Espera-se que este trabalho contribua para que a categoria avance em direção a uma postura crítica e propositiva, assegurando que o usuário, em seu momento de fragilidade e risco de morte na UTI, seja enxergado em sua totalidade multidimensional, respeitado e assistido como um sujeito histórico de direitos e cidadania plena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Formação profissional e projeto ético-político do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2013.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e política de saúde**. São Paulo: Cortez, 2015.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maria Célia. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2004.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maria Célia. **Reforma sanitária e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maria Célia. **A atuação do assistente social na saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2010.
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2012.
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.
- GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2000.
- GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2013.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

- IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2012.
- MARTINELLI, Maria Lucia. **Serviço Social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 2003.
- MATOS, Maurílio Castro de. O trabalho do assistente social na saúde e a dimensão técnico-operativa. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 696-705, jul./dez. 2015.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.
- NETTO, José Paulo. **O Serviço Social e a tradição marxista**. São Paulo: Cortez, 2005.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Celia. Interdisciplinaridade e Serviço Social na saúde. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, 2006.
- PIRES, Roberto R. C. **Humanização em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- POLIGNANO, Mário Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.
- YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 2009.