

## Necessidades básicas e condições de vida: um enfoque de saúde, um olhar de assistente social

Maria Lúcia Garcia Mira<sup>1</sup>  
mluciagm@gmail.com

<b>Modalidad de trabajo:</b>	Presentación de experiencias profesionales y metodologías de intervención
<b>Eje temático:</b>	El Trabajo Social y las manifestaciones de la cuestión social (pobreza, desempleo, salud, adultos mayores, género, etc.)
<b>Palabras claves:</b>	Necesidades humanas, condições de vida, saúde, Serviço Social.

### Introducción y objetivos

Este texto, pensado como possibilidade de discussão de aspectos da saúde da população moradora na periferia do sul do município de São Paulo<sup>2</sup>, apresenta uma aproximação de conceitos e categorias que tangenciam e perpassam a história da saúde e as condições de vida de habitantes daquele território. Tem como objetivos abordar as necessidades básicas como condicionantes das possibilidades de viver e os diferentes enfoques do conceito de saúde a partir do movimento ocorrido internacionalmente desde a última década de 60; discutir a ocupação urbana no território em questão, bem como a participação da população organizada na procura da satisfação de suas necessidades de saúde; e, entender a aproximação da realidade, a partir de referências teóricas para a busca de metodologias de ação profissional.

Políticas sociais são ações voltadas para o estabelecimento de parâmetros de igualdade, na sociedade de classes, como dimensões de intervenção na realidade para mudanças em condições de vida. Desde que foram implementadas como direitos sociais no Brasil, têm sido tencionadas por interesses antagônicos. A participação da população no controle social, se não garante por si só a existência e a qualidade das políticas, são imprescindíveis para que o Estado e a sociedade civil voltem a atenção para as suas necessidades básicas. Assim, a participação decorre de uma práxis que transforma o sujeito na medida em que vivenciando experiências coletivas, contribui para a transformação das condições sociais, materiais e culturais em que vive. Trata-se de um amplo campo de estudo

---

<sup>1</sup> Assistente Social. Doutoranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. – PUCSP. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo – USP. Professora do Curso de Serviço Social das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU. São Paulo. Brasil. Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. **El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional.** Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009.

<sup>2</sup> O texto decorre de reflexões anteriores, no mestrado (Mira, 2003) e em pesquisa do PROASF (Mira, 2005)

e trabalho social, no qual os assistentes sociais podem construir propostas e desenvolver metodologias de ação profissional.

O texto a seguir, apresenta uma discussão teórica sobre necessidades humanas, diferentes concepções de saúde e a trajetória da população organizada no Movimento de Saúde de uma região do município de São Paulo, que luta pela satisfação de suas necessidades de vida.

## **Desarrollo**

### **Necessidades humanas básicas, como condicionantes de vida.**

Populações altamente vulneráveis, como as que estão estabelecidas em territórios na periferia do município de São Paulo, têm sido estudadas a partir de indicadores que objetivam a classificação do lugar que socialmente ocupam. Apesar dos inegáveis esforços e auxílios no intuito de uma aproximação com a realidade, tais indicadores nos diferentes enfoques teóricos, apenas se aproximam dela e às vezes, acabam por restringi-la.

Dois autores têm sido referencial para o embasamento de propostas de políticas comprometidas com mudanças sociais. Len Doyal e Ian Gough (citados por Pereira 2000; Wanderley, Paz e Arregui 2004), procuram definir as necessidades humanas. Colocando-se contrários a correntes que discutem necessidades apenas na perspectiva de medidas de condições sociais. Como indicadores são, por vezes, restritivos às dimensões econômicas para a medição de graus de pobreza. Os autores defendem que, básicas à vida de homens e mulheres, as necessidades humanas têm caráter objetivo e universal à medida que, se não satisfeitas, geram carências que podem comprometer a própria vida.

Definem que a autonomia e a saúde são as duas necessidades básicas que contém o caráter objetivo e universal. Como necessidades e como básicas, constituem-se em pressupostos ou “precondições para se alcançar objetivos universais de participação social” (Wanderley e outros 2004, p.184). A participação, para os autores, torna possível “a libertação humana de quaisquer formas de opressão, incluindo a pobreza” (Pereira, citando Doyal e Gough, 2000, p. 69). A autonomia é entendida como “a capacidade (...) de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e pô-los em prática sem opressão” e com responsabilidade. (Pereira 2000 p.70) A saúde, no entanto, é a necessidade básica, que se não atendida pode levar ao impedimento da vida. Trata-se de pré-condição para viver. Tanto a saúde física quanto a autonomia não se colocam para decisões e vivências individuais, mas “devem sempre ser realizadas em contexto coletivo, envolvendo os poderes

públicos, de par com a participação da sociedade. E devem ser o alvo primordial das políticas públicas” (Pereira, discutindo Doyal e Gough 2000, p.74).

Na perspectiva da construção de políticas públicas, que necessitam desenvolver avaliação de melhoria de condições de vida, as necessidades básicas têm um papel relevante<sup>3</sup>. Trata-se de um campo de disputas de interesses que para o desenvolvimento do capital, tem sido precarizado e que, se constitui em reivindicação e luta dos “que vivem do trabalho” (Antunes 2000), configurando a questão social. Mas, as ações públicas sobre as necessidades humanas dependem da maneira como são concebidas. No último século, as concepções sobre a saúde construídas internacionalmente, evidenciaram as diferentes aproximações realizadas em relação a essas mesmas necessidades.

### **Diferentes enfoques para a saúde.**

A saúde pode ser entendida como ausência de doença. Na ótica positivista foi descrita como “a vida no silêncio dos órgãos”. (Ribeiro, citando Canguilhem, 1993 p.45 a 48) Assim, para calar o “grito” do órgão doente que se manifestava, era necessário ir até a causa, descobrindo-a e tratando a doença dos indivíduos.

Já a Organização Mundial da Saúde – OMS, na década de 40, objetivando ultrapassar a dimensão física e estando, de tal maneira interessada na abrangência da totalidade das dimensões da vida humana, elaborou um conceito sobre saúde, na perspectiva de projeto ou de utopia. A saúde foi definida pela Organização como “completo bem estar físico, mental e social”. Neste caso, se avançou por incorporar dimensões sociais e psicológicas à física, colocou o conceito num patamar metafísico, distante da realidade e da materialidade da vida humana.

Porém, desde a década de 60, as condições de vida, foram sendo discutidas na área da saúde, mudando o foco da saúde individual para a coletiva. Para Ferreira e Buss (2001), na última década de 60 houve um movimento em diferentes lugares do mundo para a discussão das determinações sociais e econômicas na saúde. A China em 1965 implantou ações de saúde que extrapolavam a atenção médica e que se tornaram conhecidas a partir da missão da OMS naquele país, no início da década de 70. Sob a coordenação de “médicos de pés descalços”, os territórios rurais foram organizados com a participação de jovens, mulheres, aposentados, homens comuns, entre outros, em Comitês Comunitários, buscando

---

<sup>3</sup> Nessa concepção, as necessidades básicas desdobram-se em necessidades intermediárias, sendo onze ao todo: alimentação nutritiva e água potável; habitação adequada; ambiente de trabalho desprovido de riscos; ambiente físico saudável; cuidados de saúde apropriados; proteção à infância; relações primárias significativas; segurança física; segurança econômica; educação apropriada; segurança no planejamento familiar, na gestação e no parto. (Pereira 2000, p. 76)

condições de vida mais saudáveis<sup>4</sup>. O Canadá também empreendeu um movimento para a definição da saúde, tendo como referência o documento “Nova perspectiva na saúde dos canadenses”, de 1974, conhecido como o Relatório Lalonde, que incorporava à ação médica, a biologia humana, o ambiente e os hábitos de vida, ampliando a discussão sobre o conceito de saúde e também sobre as causas das doenças. Os aspectos relacionados no documento canadense, entretanto, adicionados às ações de saúde, terminavam pela culpabilização dos doentes, voltando o foco para ações individuais, atendo-se aos estilos de vida. Foi na Rússia, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada de 6 a 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, que se deu a possibilidade de elaboração de uma “Proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000”, baseada em um novo paradigma, entendendo a saúde a partir de pressupostos de promoção, proteção e não somente de ações curativas. Introduzia ainda a participação individual e coletiva no planejamento, organização, funcionamento e controle na atenção à saúde. A Conferência adensou as propostas a partir da experiência chinesa, definiu ações do Estado sobre o setor, a inter-relação com demais setores, entre eles o meio ambiente e, produziu um documento que ficou conhecido como a Declaração de Alma Ata.

A Declaração de Alma-Ata conseguia aproximar-se das condições reais de vida de populações que viviam em um dado território, em determinada época. O documento foi incorporado como referencial de discussão por diferentes países, inclusive, pelo Brasil. Na América Latina também na década de 70, e em especial na academia, estudos médicos estabeleceram um diálogo mais próximo com as ciências sociais, entendendo que a saúde era socialmente produzida. Nomes como Juan César Garcia, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecília Donangelo, Sérgio Arouca exponenciaram-se a partir de então. (Ferreira e Buss 2001) Em 1980, o relatório de Sir Douglas Black “... despertou a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade.” (Ferreira e Buss 2001 p.10) Em 1981, o Canadá, na I conferência Nacional de Saúde, reviu a idéia de comportamento individual para a saúde, passando a entender o contexto social e a classe social como importantes determinantes das condições de saúde. Em 1986, ainda no Canadá, realizou-se a I Conferência Internacional sobre

---

<sup>4</sup> As ações de saúde incluíam: “organização do território; atenção aos anciãos, mais além da assistência do Estado; promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras; ajudas às escolas e serviços em geral; organização do povo para cuidar da saúde ambiental; realização de cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais; apoio à manutenção da ordem social do tráfego, policiamento e nos incêndios; promoção de campanhas de saúde em todos os níveis visando substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade para: movimentos de massas para as “quatro pestes”, limpeza das casas, quintais e ruas, orientação de hábitos higiênicos, manutenção e uso da água potável, construção de unidades rurais de saúde, preparação de insumos simples (utensílios, pílulas, poções), controle da limpeza de locais públicos”. (Ferreira e Buss 2001:7a 8)

Promoção da Saúde, produzindo a Declaração de Ottawa.<sup>5</sup> A saúde passava a ser entendida internacionalmente como resultante de condições de vida.

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária (Bravo 2006) conseguiu na década de 80 aprofundar o debate sobre as condições de saúde da população brasileira, e avançou legalmente com a definição na Constituição Federal de 1988, da saúde como “direito de todos e dever do Estado” (Art. 196)

Também no Brasil, Mendes conceituava a saúde como *“resultado de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais.”* (1996 p.237)

É possível entender que as propostas de Alma-Ata são um marco na saúde, embora este setor e em especial a saúde coletiva tenha ampliado desde então as possibilidades de assistência e atenção não apenas no nível primário, mas para dos demais níveis de complexidade, com o avanço da ciência, dos recursos e dos direitos. Também é possível observar que os indicadores de Doyal e Gough incorporam as propostas de Alma-Ata, entendendo que condições de vida e saúde se condicionam, aprofundando a discussão quanto à autonomia. A participação da população, na busca pela autonomia e pela saúde como necessidades humanas básica, será discutida a seguir neste trabalho, enfocando a trajetória da população na zona sul do município de São Paulo.

### **O território, a população e a conquista de direitos.**

Há registros da ocupação das terras do sul pela população indígena, recebendo as ações de jesuítas desde 1560, que do Colégio de Piratininga no centro da região que se tornaria o município de São Paulo, excursionavam até aquele território, pelos rios Pinheiros e Jurubatuba. Desde o final do século XIX, a região caracterizada como área rural foi habitada por migrantes europeus que contribuíram também para a miscigenação e o desenvolvimento da região com o trabalho e a cultura trazidos da terra de origem. (SAS-Campo Limpo 2004)

Na última década de 70, o Brasil foi marcado, como nos demais países da América Latina, pelo regime político de exceção e pelo cerceamento de liberdades. No plano econômico, as políticas estavam direcionadas essencialmente para o acúmulo do capital, desconsiderando as necessidades da população. A proposta de “fazer o bolo crescer para

---

<sup>5</sup> Mantiveram-se a partir de então, sucessivos e periódicos encontros internacionais enfocando a saúde coletiva, discutindo a promoção da saúde, bem como as cidades saudáveis e as políticas públicas saudáveis.

poder reparti-lo”, numa clara opção do Estado pelas forças econômicas internas e externas ao país, precarizaram as condições de vida. São Paulo, e especificamente a cidade, mostrou-se paradigmática dessas escolhas para o desenvolvimento, através da industrialização que iniciou no final do século XIX, se estabeleceu nas três primeiras décadas do século XX, se intensificou nas décadas de 50 e 60 e teve a expansão na década de 70.

A cidade constituiu-se como pólo atrativo para o acúmulo do capital e da mão de obra necessária para o desenvolvimento econômico do país. Do nordeste, de Minas Gerais, do interior do estado, as pessoas vinham em busca de possibilidades de trabalho, na cidade. Santo Amaro foi, em São Paulo, um dos bairros em que o desenvolvimento industrial mais se fez presente. Os incentivos fiscais constituíam-se numa das maneiras do município lidar com a questão, possibilitando a instalação de novas indústrias. O bairro encontra-se centralizado à região sul do município de São Paulo, e foi uma das regiões que mais se desenvolveu nessa década.

O processo de industrialização, como historicamente ocorreu nos lugares em que se fez presente, trouxe a urbanização e a agudização de carências para a maioria da população, que vendia o seu trabalho como condição de sobrevivência (Martinelli 1997; lamamoto 1983; Harvey 1999; Hobsbown 2002). A população que chegava à região contava com seus próprios recursos ou com a ajuda dos parentes e amigos que lhe precedera, para o alojamento. Assim que conseguia emprego, a segunda aspiração era a moradia. A pobreza, resultante desse processo foi sendo impelida cada vez mais para a periferia da cidade, ocupando espaços fora do zoneamento urbano, formando novos bairros.

Na zona sul, repetindo o ocorrido na periferia do município com um todo, a ocupação do território atendeu à necessidade do capital, pela mão de obra; da população pela moradia e, da especulação imobiliária em áreas de mananciais, sem medir conseqüências no acúmulo do lucro. Empresas imobiliárias na clandestinidade, ocupadas nas transações de compra e venda, facilitavam a aquisição de terrenos, cujos valores eram divididos em prestações, adequadas às posses da população que acessava a eles. Os loteamentos, quando muito, dispunham do serviço de terraplanagem. A infraestrutura urbana não se constituía em preocupação para quem colocava o terreno à venda. Uma das características desses bairros que surgiam rapidamente, era a de fornecer abrigo aos trabalhadores durante parte da noite. Para se deslocar até o local de trabalho, dadas às dificuldades de distância e de transporte, as pessoas consumiam no percurso, suas horas de descanso.

Essa situação, descrita tantas vezes na literatura que estudou as condições de vidas dos participantes de movimento sociais na década de 80 no Brasil, levou a população a

repensar as condições em que vivia a partir das próprias necessidades, quando as carências passaram a ser muito difíceis de suportar. A recorrência de alguns fatores, como a perda da identidade pela migração e a necessidade de reconstruí-la no território ocupado, a partir de novas referências; a solidariedade encontrada nos vizinhos que somavam esforços para vencer as dificuldades, tais como ajudar a cuidar dos filhos ou da participação solidária em mutirões para levantar as casas; a absoluta falta de lazer que os levava a encontrar vizinhos, do lado de fora das paredes que haviam erguido, quando havia sombra, ou no final de tarde nos fins de semana; a mesma fé, compartilhada com seminaristas, missionários, que chegavam à região portando objetivos de evangelizar e de encontrar um local onde erguer a capela; e principalmente, a constatação que as dificuldades sentidas individualmente, eram as mesmas sentidas por todos, foram nessa época, elementos aglutinadores que deram início a movimentos sociais na região.

Warren, citando Doimo, refere a igreja católica, nas décadas de 70 e 80, como “estimuladora” da organização de classes sociais, nessa época, para a construção de uma nova sociedade, baseada em “valores cristãos e democráticos”. Assim, *“grande parte dos movimentos sociais que vêm ocorrendo no Brasil (...) valorizam os espaços interpessoais, a solidariedade, a ajuda mútua, a participação entre ‘iguais’, as decisões tomadas coletivamente, etc. Características que se contrapõem a valores fundamentais do capitalismo (competitividade, individualismo, atomização da existência etc.) e à tradição política brasileira (centralização de poder, populismo, paternalismo etc.) Esses movimentos, sejam eles urbanos, rurais ou operários, organizados com base no modelo ‘comunitário’, promovem mudanças significativas no plano da cultura política”* (Warren 1996 p. 55)

A partir da consciência do coletivo, das necessidades, das dificuldades e aspirações foram ocorrendo as primeiras idéias de direitos por condições de vida. Cada recurso de infraestrutura urbana foi sentido como necessidade e reivindicado contra o Estado. Para o trabalho era necessário o transporte e para o este, era necessária a pavimentação das ruas. A água, motivo da ilegalidade na ocupação do solo, uma vez que os terrenos comprados da especulação imobiliária, pertenciam a áreas de mananciais que abasteciam a região, foi ela mesma, uma outra conquista importante, nesse início. A região era considerada área rural. A canalização da água, ação específica do Estado era muito improvável. Furar a terra para fazer um poço, como alternativa individual revelava-se muito cara e inútil, pois quando o poço já estava produzindo, constatava-se a sua contaminação, dada a coexistência de fossas uma vez que, a rede de esgotos também não existia.

A ocupação do solo se deu numa área de mananciais, que deveria ser preservada para gerações futuras, junto a duas represas na região, a Billyngs e a Guarapiranga, responsáveis pelo abastecimento de parte da cidade. No entanto, a ilegalidade da ocupação do território, passou a ser adjetivo e condição das pessoas que viveram esta situação. Elas estiveram e ficaram fora do estatuto legal. Mas eram extremamente necessárias à efetivação do sistema econômico, naquela época e, essa ambivalência levou a que adquirissem invisibilidade. O Estado não as via, portanto não fazia valer a prerrogativa da força, no sentido de expulsá-las da região ou de coibir o comércio da terra. Por outro lado, como não eram visíveis, não tinham demandas a serem respondidas pelo próprio Estado. A legalização da ocupação do solo era uma forma dos moradores serem reconhecidos, de adquirirem visibilidade. Por outro lado era no lote comprado e que já estava iniciada a construção da casa, que havia sido empregado, tudo o que possuíam. A perspectiva da perda das economias de uma vida de trabalho, “era capaz de lotar a igreja”; para discutir as possibilidades de saída do impasse, na referência de um morador. O Movimento Social na Zona Sul de São Paulo organizou-se pela regulamentação dos loteamentos clandestinos, por volta de cinco mil na cidade de São Paulo, num processo que durou aproximadamente dez anos.

Ao final da década de 80, parte dos loteamentos se legalizou e as lutas por transporte, pelo abastecimento de água e recursos de infra-estrutura urbana, creche, educação pública, assistência à saúde foram tendo alguns resultados positivos. Os participantes dos movimentos, então, sentindo as conseqüências das condições de estagnação econômica do país, voltaram à preocupação para a própria sobrevivência. O crescimento da região se deu, sem nenhum planejamento. À medida que se anda em direção à periferia a sensação da ocupação rápida da terra, de forma desordenada, salta aos olhos. Não há áreas verdes, as ruas são estreitas e sub-dimensionadas ao número de pessoas e veículos que nelas transitam. As casas crescem com o crescimento das famílias e com as sobras do orçamento doméstico, com a estética da pobreza, inacabadas ou por acabar. A ondulação do terreno muda de cor. Do antigo verde da mata, para o avermelhado do tijolo ainda sem reboco, ou para o pardo do reboco sem tinta. Há “ondas” de casas quadradas, por vezes sem telhados, com as lajes expostas, térreas, enquanto aguardam o segundo piso.

Mas a vida dos participantes dos movimentos mudou na perspectiva do coletivo, quando aos poucos foram conseguindo respostas das políticas públicas. Mas mudou também na perspectiva de cada participante, uma vez que a participação os levava a estarem



capacitados a participar. Tornavam-se diferentes, com mais habilidades<sup>6</sup>, à medida que iam conseguindo transformações para o lugar onde viviam, que acessavam políticas, que com avanços e retrocessos, respondiam às suas necessidades básicas.

A cidade de São Paulo não atrai mais a população migrante como em décadas passadas. Algumas regiões chegam a diminuir o índice de crescimento, outras apontam para uma população que vai envelhecendo. A região sul do município, contudo, continua crescendo<sup>7</sup>. Os que chegam ou as novas gerações, no entanto, parecem desconhecer a história de luta e participação do lugar, como se os escassos e sub-dimensionados recursos urbanos, sempre estivessem estado ali. Embora ainda ocorra a participação da população que ocupa os espaços dos conselhos e conferências de políticas públicas, a liderança, remanescente da trajetória histórica, está envelhecendo. A capacitação de novos participantes capazes de vocalização de seus interesses se faz necessária.

## **Conclusiones**

Ao concluir as pesquisas que me fizeram aproximar da população da zona sul do município de São Paulo, dois aspectos em particular se evidenciavam. O primeiro, relacionava-se ao interesse dos participantes pela busca de mais moradores que pudessem participar da trajetória coletiva pelos seus interesses. O segundo, apontava para a necessidade da capacitação dos envolvidos para ampliar a capacidade de vocalização, nos argumentos pelos seus interesses. Tanto um quanto outro aspecto se coloca como possibilidade de trabalho para os assistentes sociais.

A construção de metodologias para a aproximação e da sistematização da realidade tem sido uma necessidade para o trabalho de assistentes sociais. As abordagens que enfatizem o aspecto coletivo, desviando a ótica das carências individuais para a questão que tem gênese estrutural, a partir de um referencial teórico crítico, são demandas atuais para a profissão que se propõe à intervenção. Há uma necessidade contemporânea, fundamental para o Serviço social de construção de propostas de ação. No entanto, a ação profissional depende de vários fatores entre os quais, os da sua própria formação inicial e continuada, do referencial teórico adotado, da sua habilidade para sistematizar dados da realidade, das

---

<sup>6</sup> A maioria dos participantes do movimento de saúde, no início da trajetória, tinha o ensino básico. Ao final, alguns deles e alguns de seus filhos, haviam concluído a universidade.

<sup>7</sup> No início da década era estimada uma taxa de crescimento para o município de 0,40% e para a região de Parelheiros e Grajaú de 8,22 e 7,07 respectivamente. Para a região de Socorro, ainda na zona sum, mas numa região mais central a Santo Amaro havia uma previsão de decréscimo de -2,34 %Dados de SEMPLA/DEINFO:1999/2000. S. Paulo. ARCS-2001.

condições institucionais com as quais trabalha e, principalmente, da legitimidade que constrói profissionalmente.

A legitimidade profissional do assistente social é decorrente da identificação pela população com quem trabalha do compromisso daquele, com as necessidades desta. Trata-se, portanto, de entender que necessidades da população não dizem respeito apenas às carências, mas às possibilidades que decorrem do enfrentamento cotidiano das suas condições de viver. Trata-se de colocar, habilidades e conhecimentos, ao lado das causas da população com quem trabalha para a construção de estratégias de enfrentamento, para conquistas de condições de vida, diferentes das que apresentavam nos primeiros encontros.

Nesse sentido, se a participação da população tem sido imprescindível na conquista, para a manutenção e ampliação de direitos também o é, na busca de autonomia. O controle social da população sobre o Estado, se coloca como uma conquista histórica, política e jurídica, nas políticas sociais brasileiras. O trabalho dos assistentes sociais pode exceder a facilitação do acesso às políticas sociais. Estes têm possibilidades privilegiadas de que suas ações se coloquem para a capacitação, a assessoria, a reflexão, o incentivo e o avanço do movimento coletivo pelos direitos sociais que atendem às necessidades humanas, mesmo, e, nos momentos de crise do capital que recrudescem as condições de vida da população, que dispõem apenas de sua força de trabalho para sobreviver.

## **Bibliografia.**

- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 7ª ed. Rev.e Ampl. S.Paulo. Cortez, 2000.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Rio de Janeiro. Rio Condor, 1988.
- BRASIL. **Promoção da Saúde** – Brasília. Ministério da Saúde, 2001.
- BRAVO, M.I de S. *Política de Saúde no Brasil*. In MOTA, A.E. et al **Serviço Social e Saúde**. Formação e Trabalho Profissional. S.Paulo. Cortez. 2006.
- FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. in Brasil. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde. 2001, p 7-14.
- HOBBSOWN, E.J. **A Era do Capital** – 1848-1875. Trad. Costa Neto, L, 9ª ed., S.Paulo. Paz e Terra, 2002.
- IAMAMOTO, M.V. e CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 2ª ed., S.Paulo. Cortez, 1983.
- MARTINELLI, M.L. **Serviço Social**. Identidade e Alienação. 7ª ed. S.Paulo, Cortez, 2001.
- MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. S. Paulo, Hucitec, 1996.
- MIRA, M.L.G., **Organização Social de Saúde**: possibilidades de reconhecimento de um espaço público. Dissertação. FSP/USP. S. Paulo 2003.
- \_\_\_\_\_. *O Próximo!* in GIOVANNETTI, V.A.E. (org.) **Famílias: reflexões e possibilidade**. S.Paulo. PMSP/SSM/UNISA. 2005
- PEREIRA, P. A. P.: **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. S. Paulo. Cortez, 2000.
- RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. S. Paulo, Cortez, 1993.
- SÃO PAULO/Secretaria Municipal da Assistência social – Sub-Prefeitura de Campo Limpo. **Plano de Assistência Social da Região de Campo Limpo**. GALINA. M.M. (org.) S. Paulo, 2003/2004.
- WARREN, I.S. **Redes de Movimentos Sociais**. 2ª ed., S. Paulo, Loyola, 1996.