



**9º Encontro Internacional de Política Social**  
**16º Encontro Nacional de Política Social**  
**Tema: A Política Social na Crise Sanitária revelando Outras Crises**  
Vitória (ES, Brasil), 13 a 15 de junho de 2023

---

**Eixo: A política social na crise sanitária revelando outras crises.**

**O trabalho da assistente social nas aldeias indígenas de Maricá**

**Camila Rodrigues Estrela<sup>1</sup>**

**Resumo:** O presente trabalho diz respeito à atuação da assistente social integrante da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da região 3B, em Maricá, durante a pandemia de COVID-19, buscando demonstrar os desafios inerentes à práxis profissional juntamente à cultura indígena guarani, bem como a integração com a rede em diferentes instâncias governamentais, na busca pela efetivação de uma saúde universal, integral e equânime, fazendo-se necessária em todo o processo, uma escuta qualificada, atenta e flexível, no sentido de tentar garantir que os direitos sejam efetivados, mediante as especificidades de um grupo com diversas marcas históricas aprofundadas por inúmeras violações de direitos.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Saúde. Indígena. Política Social.

**The labor of the social worker in the Indigenous villages of Maricá**

**Abstract:** The work presented explores the role of social workers from the Region 3B Núcleo de Apoio à Saúde da Família in Maricá, Rio de Janeiro during the COVID-19 pandemic. Examining the challenges inherent to the practice of professional social work alongside Guarani indigenous culture as well as the integration of the network of different government bodies, this work proposes its search for the actualization of universal, integral and equitable health as a holistic process through a methodology of qualified, attentive and flexible listening. This article seeks to situate through this case larger discussions on rights and their violation within this context and period where diverse historical experiences require attention.

**Keywords:** Social service. Health. Indigenous peoples. Social Policy.

## **1 INTRODUÇÃO**

A reflexão aqui empreendida diz respeito ao período de atuação profissional de dois anos, em duas aldeias indígenas de etnia guarani, localizadas no estado do Rio de Janeiro, no município de Maricá, durante a pandemia de COVID-19, no período de 2020 a 2022. Buscou-se aqui, socializar, problematizar e apontar alguns caminhos para a atuação nesse campo, que traz desafios e necessidades constantes de (re) construções e abertura para uma escuta qualificada, no sentido de uma elaboração coletiva para caminhos de intervenção, reconhecendo a pessoa indígena e seu coletivo enquanto protagonistas de suas histórias. Compreendendo e atuando assim, do lugar de apoio,

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Serviço Social e professora no Curso de Serviço Social na Universidade de Vassouras, campus Maricá. E-mail: migracaoesauderj@gmail.com

[Type here]

orientação e/ou construção conjunta, na medida em que os vínculos foram sendo criados.

## **2 Desenvolvimento**

A saúde pública brasileira integra um conjunto de ações conjuntas unificadas e sistemáticas, fruto de um longo processo histórico de mobilizações, estudos e lutas que se mantêm continuamente no combate aos seus dismantelamentos, na disputa pela demolição do projeto de saúde universal, equânime e integral, passando pelo contexto repressivo da ditadura, marcado contraditoriamente ou não pelas contradições da garantia de alguns direitos sociais, passando desde a realidade de uma saúde voltada apenas para determinadas categorias de trabalhadores com vínculos formais, através das CAPs, na década de 1970, até a composição do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido constitucionalmente enquanto dever do Estado e direito de todas e todos, a partir de 1988, com a Constituição Federativa do Brasil (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O SUS possui um período que conta com um conjunto de marcos históricos que definem processos de avanço e recrudescimento dessa construção de saúde, que vão de uma concepção assistencialista-caritativa, passando por um golpe militar acompanhado por intenso incentivo do setor privado e de abertura do país ao capital estrangeiro, até o as mobilizações pela redemocratização, bem como a luta por políticas sociais efetivadas pelo Estado de direitos, no contexto democrático, sendo atravessadas pelos neoliberalismo e assim, tendo o retorno ao processo de desconstrução da saúde pública, em suas dimensões já garantidas pela constituição, tornando-se ameaça constante a ser combatida.

O Serviço Social acompanha o processo histórico de formação do SUS em sua construção e atuação junto à população. Destaca-se alguns marcos como os das décadas de 1940 e 50 que trazem um “novo” conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, quando a profissão, nesse momento, passa por uma expansão, devido à nova abordagem da saúde, quando os aspectos biopsicossociais passaram a ser considerados, sendo vinculados também ao agravamento das condições de saúde da população. Essa nova perspectiva de atuação profissional passou a exigir um trabalho em equipe multidisciplinar, adotando-se um olhar mais ampliado e que fosse para além do tratamento da doença em si.

Nesse contexto, o Serviço Social destacou-se no sentido de uma atuação que se desenvolvia em torno de práticas educativas com relação aos hábitos de higiene e saúde, além de atuar nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO; MATOS, 2006).

Vale o destaque de como o exercício profissional no campo da saúde é marcado, nesse sentido, por seu caráter “educativo” que visa orientar as (os) usuárias (os) quanto aos seus modos de vida. Havia uma perspectiva de que se fossem alteradas algumas práticas individuais, com o intuito de promover a saúde de uma forma mais eficaz. A assistente social educadora visita as casas, numa atuação vertical de entendimento de promoção da saúde, ainda através de uma visão distorcida e restrita sobre a/o usuária (o).

A década de 1960, por sua vez, marca profundamente a profissão, ainda que sob as marcas da ditadura, ganhando novos contornos, causando rebatimentos no trabalho da (o) Assistente Social na saúde, quando a profissão é revisada, na América Latina, questionando-se o seu referencial teórico, rompendo com práticas conservadoras e assistenciais. No entanto, o processo de construção de um pensamento mais crítico, pautado em ideais marxianas, é interrompido pelo golpe militar de 1964, no Brasil e sua proposta de controle e repressão, impõem à profissão novas demandas que efetivam essas propostas.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (1983) fazia-se necessária nesse momento, a revisão da profissão, de forma que a categoria conseguisse responder a essas novas demandas que surgiam. Uma atuação que utilizasse técnicas mais modernas, com um instrumental e metodologias de ação que agissem com eficiência.

Já nos anos de 1970, a Saúde Pública transforma-se em Saúde Coletiva construindo-se assim, um novo paradigma de compreensão sobre o processo saúde e doença (ASSUMPÇÃO, 2007). Por saúde coletiva entende-se:

é uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referindo à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. Propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população (KAZLOWSKI, 2008, p. 18)

A saúde ganha novos contornos. Sua efetivação junto à população, organização, descentralizada, única, hierarquizada, universal, equânime, integral e com participação popular, reafirma um Sistema único de Saúde efetivado democraticamente junto ao povo brasileiro. A atuação do Serviço Social nesse contexto abriga um cenário de prática juntamente aos usuários e seus familiares, por meio da democratização de informações e de atendimentos, pautados na lógica dos direitos sociais, operacionalizando suas intervenções com vistas à promoção, proteção, reabilitação e recuperação da saúde dos usuários, levando em consideração o processo saúde-doença que envolve a complexidade das situações e/ou demandas apresentadas ao Serviço Social (CFESS, 2010).

Consolidada e amadurecida criticamente, a profissão volta-se para o acompanhada pelas necessidades sociais advindas de um contexto capitalista que intrinsecamente vulnerabiliza a classe trabalhadora, realidade essa consolidada em seu modus operandi de expansão de lucro e exploração para sua manutenção.

Nesse sentido, os determinantes sociais entram como um elemento central na atuação do Serviço Social, junto à população no campo da saúde. Nogueira e Miotto (2006a) destacam que os determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, sendo produtos das relações sociais e destes com o meio físico, social e cultural. Sua compreensão permite uma atuação profissional mais qualificada no sentido da possibilidade de um olhar ampliado sobre a realidade na qual se inserem as (os) usuárias (os atendidas (os), elaborando-se assim, estratégias que garantam os direitos sociais à saúde (BRAVO; MATOS, 2006).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (p.78)

A compreensão a respeito dos determinantes sociais da saúde requer também o entendimento de sua multiplicidade, na diversidade dos territórios e corpos que os habitam, como é o caso, da atuação profissional junto as (os) indígenas moradores das aldeias Mata Verde Bonita e Céu Azul, de Maricá.

Processos geradores de saúde e doença em territórios vulnerabilizados historicamente, como os indígenas, bem como de tentativa de apagamento de sua

cultura, gerando racismo, ódio e ignorância, são elementos basilares para a compreensão do processo saúde-doença, bem como a melhor forma de atuar profissionalmente do sentido da promoção da saúde.

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 370.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos. (Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002, p. 9).

Nesse sentido, a atuação do Serviço Social nas aldeias requereu, inicialmente, a comunicação sobre o significado da profissão na sociedade, partindo de um princípio de consolidação dos direitos sociais, do papel do Estado, traduzido pela gestão pública, o lugar profissional na sociedade enquanto promotor de acesso, articulador de mobilizações, de equidade e controle social. Mas sobretudo, a tentativa de que essa atuação se desse nas aldeias, de maneira clara, a partir da atuação no cotidiano da vida, nas conversas, no entendimento do não dito, do respeito às desconfianças e compreensões equivocadas, das (des) construções diárias a todo tempo.

O processo de reconfiguração constante da atuação do Serviço Social foi um dos maiores desafios, no sentido de tentar garantir direitos, diante de pessoas cuja língua, hábitos e vontades eram totalmente desconhecidos pela profissional. Despir-se de preconceitos para a composição de novos conceitos, a partir delas e deles que os vivem, foram moldando a prática profissional, nas aldeias, bem como as metodologias utilizadas, a forma de conduzi-las, o tempo que durariam e os assuntos que seriam abordados, ou até mesmo quando elas dariam lugar às conversas do café da manhã, no intervalo do horário de trabalho, ou ainda no momento que outros olhares não estivessem por perto, quando se tratava de algo mais sigiloso.

O desafio de ir construindo uma escuta apurada não através de metodologias previamente conhecidas, e o mergulho em outras formas de construção de conhecimento, foram o que permitiram uma atuação consistente e confiante, ainda que com enormes desafios internos e externos. O conceito de casa precisou ser revisitado, pois a casa já não é onde se dorme, mas a terra em si, bem como o conceito de família, cujo grau de parentesco não está atrelado à consanguinidade, mas ao fato da outra/outro ser também indígena. Antes do tratamento da doença pelos profissionais de saúde, os rituais precisavam acontecer e serem respeitados. Assim foi a condução de todo o cuidado durante a pandemia de COVID-19.

O esforço da profissão de Serviço Social que viu-se inicialmente baseado na doutrina social da Igreja Católica, passando por reconfigurações, até encontrar seu viés crítico, avançando nesse sentido através da concepção marxista e conseguindo amadurecer a práxis profissional a partir da leitura crítica da sociedade, num constante processo de esmiuçamento de suas múltiplas determinações, contribuiu para a ampliação do olhar acerca da realidade indígena em um movimento para além do conhecimento previamente adquiridos, bem como da forma de produzi-lo. O olhar e entendimento histórico sobre a cultura guarani foi primordial para a compreensão de sua história, especificidades culturais e relações sociais, como um todo, num esforço de uma promoção de saúde que partisse desse encontro de saberes, olhares e vivências, dando potência à uma atuação profissional crítica e ao mesmo tempo respeitosa.

No entanto, para dar eficácia à atuação, fez-se necessário a abertura para desconstruções contínuas, atentando-se para as necessidades não ditas, para a barreira da língua não falada e não compreendida pela profissional e o estudo sobre os efeitos de um racismo vivenciado fora das aldeias pela falta de conhecimento e reprodução de informações equivocadas, pautadas em fantasias, ignorância e medo dos não indígenas.

Apesar da sociedade brasileira pensar que a maioria dos índios vivem apenas em suas tribos, isoladas de qualquer contato com a civilização, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não demonstram essa realidade. Ao contrário da concepção de muitos brasileiros, que apenas reconhecem a identidade indígena dos povos que vivem na Floresta Amazônica, mais de um terço deles, ou cerca de 315 mil indivíduos, vivem em áreas urbanas. Entretanto, diariamente, os índios ou descendentes de indígenas sofrem invisibilização e preconceito. Corriqueiramente ouvem no seu dia-a-dia que seu lugar não é na cidade e sim na floresta, onde suas culturas e seus costumes devem estar e que seu lugar não é ali, no meio da civilização

(SOUZA; BARBOSA, 2022, p. 9).

O olhar de reconstrução para além do conhecimento prévio conservador e racista sobre os povos originários, e um lançar-se muito mais a uma perspectiva outra de organização do tempo, onde trabalho, lazer, afeto, descanso e festa caminham juntos e não separados como na perspectiva capitalista, constrói um caminho que vai na contramão da concepção da sociabilidade capitalista que distancia a criatura de sua criação, alienando-a de sua própria feitura.

A realidade de intervenção diante de vidas indígenas no exercício cotidiano cuja própria existência já representa resistência, na busca incessante pelo reconhecimento de quem se é e pela luta diária por manter-se sendo e ao mesmo tempo, resistir às transformações impostas pelas necessidades violentas de adaptações, como uma defesa foi bastante desafiadora.

O Brasil apresenta um contingente de indígenas de cerca de 0,4% da população (IBGE, 2012). Os Guarani, considerado "a nação Guarani" (Fundação Nacional do Índio -FUNAI, 2006) é uma das mais representativas etnias indígenas das Américas, abrangendo territórios da Bolívia, Paraguai, Argentina, Uruguai e o centro-meridional do Brasil e são grupos que migraram do oeste em direção ao litoral em anos relativamente recentes, ocupando hoje diversos estados do Sul e Sudeste do Brasil. São chamados "povos", pois a sua população é dividida em subgrupos étnicos: Nhandéva, Mbyá e Kaiowá. Cada um tem especificidades linguísticas, culturais e cosmológicas (Litaiff & Darella, 2000; Melatti, 2007) assim como outras etnias, essa tem princípios de direitos coletivos, organizações sociais complexas e tradicionais (Luciano, 2006; Melatti, 2007) (MARQUES; SOUZA; VIZZOTTO; BONFIM, 2015, p. 416).

Embora a existência dos povos originários seja uma realidade no Brasil, os processos de tentativa de apagamentos continuam operantes. O indígena, chamado de índio, ainda é pensado em sua existência, como folclore, interpretados como corpos amorfos que não tem voz e tratados como “nem tão índios assim”, por terem celular, carro, usarem roupas de determinadas marcas, estudarem fora das aldeias, ouvirem músicas que não a de sua língua e cultura. O senso comum que mata, violenta e apaga o não padronizado e distorce quem é o verdadeiro causador das violências.

No Brasil, por exemplo, o índio é historicamente descrito como um ser selvagem, animalesco, violento e incapaz de viver em sociedade. Sendo que durante toda a história brasileira, os índios foram escravizados, tiveram suas terras tomadas, sua cultura devastada e a maioria do seu povo assassinado em prol de um ideal civilizatório colonizador. Os indígenas brasileiros são constantemente ameaçados por grupos que acreditam que os povos indígenas

não precisam de terras demarcadas, uma vez que defendem que as terras indígenas devem ser privatizadas e os índios devem ser inseridos forçadamente na sociedade, mesmo que contra a sua própria vontade e que isso implique no apagamento de sua cultura (SOUZA; BARBOSA, 2022, p. 8)

O resquíio da ideia religiosa dos “sem almas”, e por isso, animais, selvagens e sem cultura, a sede pelo progresso que não inclui, não ouve, não respeita, não compartilha e por isso não promove saúde alguma, contrapõem-se ao que o Código de Ética de 1993 coloca ao adotar princípios fundamentais: a liberdade, como valor ético central; defesa intransigente dos direitos humanos, recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania; defesa do aprofundamento da democracia; posicionamento em favor da equidade e justiça social; empenho na eliminação de toda forma de preconceito; garantia do pluralismo; opção por um projeto vinculado a um processo de construção de uma nova ordem societária; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios do código; exercício do Serviço Social sem discriminar e ser discriminado e; compromisso com a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2011).

Como diz Ailton Krenac (2020) "O modo de funcionamento da humanidade entrou em crise". A ideia que o homem tem de desenvolvimento e progresso é contrária à perspectiva que os indígenas têm de relação com a terra e com seu cuidado. A devastação desmedida torna-se desnecessária e cruel, quando se vive no entendimento de que a Terra dá gratuitamente o sustento e a vida e que são os humanos que dela necessitam e não o contrário.

E é na maior pandemia da história do país que esses desejos/sentimentos, são expressos em ações coletivas e individuais por eles e pelas profissionais de saúde na cidade de Maricá.

Uma realidade que pôde contrapor-se ao cenário nacional, onde a atuação do Estadp foi a de facilitador da exploração de terras indígenas para os garimpos, concordância com a não assistência em saúde, com o estupro de jovens indígenas por troca de comida, da não vacinação e o retorno do discurso de ódio pelos povos originários, expressos em inúmeras falas do último governo. Um discurso marcado inclusive por uma perspectiva integracionista, que pensou a integração do mercado, do empresariado e dos valores



racistas e sexistas, mas que não entendeu, e nem tampouco considerou as diferenças.

A atuação do Serviço Social nesse contexto, especificamente nas aldeias de Maricá, fez-se de forma interdisciplinar, na tentativa de manter viva a cultura, a escuta, a integração e o acesso à saúde e aos demais serviços públicos, articulados com a rede da cidade, foram sendo organizados encontros, debates. Levantando-se os enormes desafios, mas também ouvindo, compreendendo e acolhendo as necessidades das (os) indígenas, na tentativa de atividades de oficinas para as mulheres, acompanhamento dos trânsitos no/do território, acesso aos serviços assistenciais, articulação com a rede da cidade, na realização do diálogo junto às profissionais predadoras da assistência médica, nos entido de uma maior compreensão do cuidado, a partir das especificidades culturais, da mediação com as escolas, na atenção aos jovens indígenas que nela estudam, as oficinas de artesanato com o objetivo de fortalecer vínculos entre as mulheres indígenas e com a profissional, a visita domiciliar, através de um olhar ampliado sobre alimentação, cuidado, saúde mental e vida como um todo.

### **3 Considerações finais**

O Serviço Social em sua luta pela igualdade e equidade, não deve perder de vista a pluralidade da existência e da diversidade do conhecimento, bem como de sua potência, se estrategicamente articulado e comunicado. Um outro mundo faz-se-á possível, mediante esse caminho.

A construção de uma intervenção permanentemente crítica e profícua, diante de cenários e contextos adversos, como o indígena requereu a abertura ao novo, às desconstruções para o entendimento do que realmente é a necessidade da outra e do outro com quem se encontrou.

A justiça social e a saúde em seu conceito ampliado para os povos originários perpassa suas necessidades de demarcação de terra, de água potável, de uma desconstrução do racismo e do preconceito, de uma educação plural para além dos muros.

A promoção de saúde requer um abrir-se para ser afetado e afetar, reconstruindo um fazer profissional na feitura do cotidiano, permitindo-se decompor-se e repor-se ou permitir que surja algo completamente novo e inusitado, ou que não surja nada por muito

tempo e ao mesmo tempo, entender que o nada, na verdade é apenas o olhar de quem vê um mundo pela lente do capitalismo acelerado e produtivo, automatizando relações, vidas e pessoas.

Tomando-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002) como referência, para que haja a implementada da saúde junto aos povos originários, faz-se necessária:

(...) a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

O Serviço Social almeja a construção de uma outra sociedade, com valores pautados numa distribuição igualitária da riqueza socialmente produzida, da ausência de violência e cercamentos, os povos originários têm muito a nos ensinar e assim aprendermos o que nos foi roubado pelo colonizador.

Podemos acrescentar ainda o compromisso da profissão com o debate indígena, tendo ocorrido quando nos anos 2012 e 2013, foram lançados dois boletins pelo CFESS sobre a temática indígena na gestão “Tempo de Luta e Resistência” (2011-2014) quando o conjunto CFESS-CRESS, no 40º Encontro Nacional, afirma seu compromisso com a questão indígena, defendendo os seguintes pontos: – intensificação da discussão, no Conjunto CFESS-CRESS, sobre a questão indígena no Brasil, a população quilombola e comunidades tradicionais, o aparato legal (legislação) que as regem, o estudo sobre o acesso desses segmentos às políticas públicas, apoiando a luta pela demarcação das terras. – articulação e apoio às lutas dos movimentos sociais pelo direito à terra, pela moradia digna, pelos direitos dos povos originários, quilombolas, população em situação de rua e catadores/as de materiais recicláveis. (CFESS, 2012b, p. 2).

A continuidade do trabalho junto aos povos indígenas, bem como o acompanhamento e defesa de suas pautas, dizem respeito à manutenção dos princípios da profissão de liberdade, justiça social e de um outro modo de sociabilidade e construção societária, na pluralidade e diversidade de saberes e olhares de mundo.

#### 4 Referências

- ASSUMPCÃO, P. F. S. **A integralidade em saúde e o debate do serviço social**. f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- UFSC, CSE, PGSS, Florianópolis, 2007.
- 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: MOTA, Ana Elizabete et al.(org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p.197-217.
- Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf) Acessado em 30 de maio de 2021.
- BUSS, PAULO MARCHIORI; FILHO, ALBERTO PELLEGRINI. A Saúde e seus determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007.
- CARVALHO, José M. de. **Cidadania no Brasil, o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- CFESS. **CFESS manifesta**. Brasília: CFESS, 2012b.
- CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.
- CFESS- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 3 de fevereiro de 2023.
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 1983.
- KAZLOWSKI, S. Z. **Como a família se organiza no processo de recuperação da saúde**: o papel dos acompanhantes. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2008.

MAAKAROUN, Bertha. "O modo de funcionamento da humanidade entrou em crise". **Rev. Estado de Minas**, 2020. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/pensar/2020/04/03/interna\\_pensar,1135082/funcionamento-da-humanidade-entrou-em-crise-opina-ailton-krenak.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/pensar/2020/04/03/interna_pensar,1135082/funcionamento-da-humanidade-entrou-em-crise-opina-ailton-krenak.shtml). Acesso em: 28 de fevereiro de 2023.

MARQUES, F. D.; SOUSA, L. M.; VIZZOTTO, M. M.; BONFIM, T. E. (2015). A Vivência dos mais velhos em uma comunidade indígena Guarani Mbyá. **Revista Psicologia & Sociedade**, 27(2), 415-427. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/Z5BCPwNKb9nC4RJ6Lb8pCQS/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 28 de fevereiro de 2021.

OLIVEIRA, Jaime de; TEIXEIRA, Sonia Fleury. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social**. Petrópolis: Vozes. 1985.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

SAMPAIO Jr., Plínio de A. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 112, 2012.

SOUZA, Ícaro Nithael Braz de; BARBOSA, Moreno Machado. Assembleia Geral das Nações Unidas para Assuntos Sociais, Culturais e Humanitários. **Combate ao Racismo, Xenofobia e Intolerância Religiosa**, Brasília, 2022. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sigmadf.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Guia-de-Estudos-SOCHUM.pdf>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2023.