

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Jackeline Kesllen Furtado da Cunha

**OS FUNDAMENTOS DO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE:
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES NO TRABALHO COM GESTANTE EM GOIÂNIA**

Goiânia

2022

Jackeline Kesllen Furtado da Cunha

**OS FUNDAMENTOS DO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE:
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES NO TRABALHO COM GESTANTE EM GOIÂNIA**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social sob a orientação da Prof.^a M.^e Danielli da Silva Borges Reis.

Goiânia

2022

Jackeline Kesllen Furtado da Cunha

**OS FUNDAMENTOS DO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE:
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES NO TRABALHO COM GESTANTE EM GOIÂNIA**

Monografia defendida no curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em 15 de dezembro de 2022 pela seguinte Banca Examinadora:

Prof.^a M.^e Danielli da Silva Borges Reis
PUC Goiás
(Presidente)

Prof.^a M.^a Lúcia Abadia de Carvalho Queiroz
PUC Goiás
(Membro)

Prof.^a Dra. Maria Conceição Sarmiento Padial Machado
PUC Goiás
(Membro)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente ao autor da minha vida, Deus, por me conceder sabedoria, discernimento, e me dando sobretudo forças para prosseguir esta caminhada tão ímpar em minha vida.

Ao meu pai, Valdir Lima da Cunha, a qual não está mais aqui presente, mas sempre estará vivo em meu coração e em minhas memórias deixo-lhe, minha eterna gratidão, por ser uma das pessoas que mais me incentivou na graduação, pois também era seu sonho me ver chegando neste momento, tão jovem e já formada. Obrigada pai, por todo amor e carinho.

Ao meu noivo, Jean Carlos da Silva Pedro, por ter segurado em minhas mãos me dando todo suporte necessário, por sempre estar emanando energias positivas para mim, e acreditando em meu potencial.

À minha mãe, Ana Cléia Alves Furtado, a minha querida amiga Eunice Souza Cruz, por ter colocado em suas orações a quatro anos atrás, o meu desejo de ingressar na Universidade, e hoje cá estou, fazendo citações de seus nomes em uma das partes tão importante da minha Monografia.

À todos(as) professores, e colegas de sala, a qual fizeram parte desta jornada, me ensinaram muito, por isso, tenho um enorme carinho, em especial a minha professora e orientadora Danielli da Silva Borges Reis, por quem tenho muito prestígio.

Deixo aqui, a todos meus familiares e amigos, o meu muito obrigada. Obrigada por torcerem por mim, amo vocês.

*“Não te deixes destruir...
Ajuntando novas pedras
e construindo novos poemas.
Recria tua vida, sempre, sempre.
Remova pedras e planta roseiras e faz doces.
Recomeça.
Faz de tua vida mesquinha, um poema.
E viverás um coração dos jovens
e na memória das gerações que hão de vir...”*

– Cora Coralina

RESUMO

Este trabalho monográfico tem por objeto de estudo os fundamentos do Serviço Social para o atendimento as gestantes no Sistema Único de Saúde: acesso a direitos e exercício da cidadania. É apresentado por uma pesquisa científica bibliográfica e documental visando identificar fatos que culminaram na sua atual direção, trazendo recortes desde o surgimento do Sistema Único de Saúde até os dias de hoje.

Essa monografia tem por objetivo geral analisar os fundamentos do Serviço Social no atendimento às gestantes no Sistema Único de Saúde. Portanto, os princípios básicos na atuação do profissional de Serviço Social é todo arcabouço teórico metodológico que rege a profissão, para que possa ser materializada sua atuação.

O estágio trouxe como resultado a interrelação das dimensões da profissão (ético-política, teórico-metodológica e operativa)

Palavras-chave: Serviço Social. Sistema Único de Saúde. Maternidade.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	– Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.
CAPS	– Caixas de Aposentadorias e Pensões.
CBCISS	– Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio de Serviço Social.
CEAS	– Centro de Estudos e de Ação Social.
CEFSS	– Conselho Federal de Serviço Social.
CF/88	– Constituição Federal de 1988.
CLT	– Consolidação das Leis Trabalhistas.
CRAS	– Centro de referência da Assistência Social.
CRER	– Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.
CRESS	– Conselhos Regionais de Serviço Social.
DGSP	– Diretoria Geral de Saúde Pública.
DST	– Doenças Sexualmente Transmissíveis.
FAZ	– Fundo de Apoio ao desenvolvimento Social.
FBH	– Federação Brasileira de Hospitais.
HEMNSL	– Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes.
IAPS	– Institutos de Aposentadoria e Pensão.
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IGH	– Instituto de Gestão Humanizada.
IHAC	– Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
ISTs	– Infecções Sexualmente Transmissíveis.
LOPS	– Lei Orgânica da Previdência Social.
MT	– Mato Grosso.
OS	– Organização Social.
RN	– Recém Nascido.
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde

PPA – Plano de Pronta Ação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 FUNDAMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.....	14
3 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL.....	18
3.1 MORTALIDADE MATRINA: ALGUNS ELEMENTOS REFLEXIVOS.....	31
3.1.1 O TRABALHO DA ASSISTENTE SOCIAL A PARTIR DA INSERÇÃO EM CAMPO DE ESTÁGIO.....	34
4 CONSIDERAÇÕES.....	40
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXO.....	45

1 INTRODUÇÃO

Este estudo visa fazer uma aproximação ao trabalho do(a) Assistente Social na saúde, tendo como recorte o atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde (SUS).

Importa salientar que a política de saúde é um dos espaços sócio-ocupacionais que mais empregam Assistentes Sociais no Brasil. Para tanto, requer estudos e reflexões que aproximem das variadas frentes de trabalho do assistente Social. Dessa forma, o interesse pelo tema surgiu por meio da inserção da pesquisadora no Estágio Supervisionado Obrigatório, realizado no Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (HEMNSL) no ano de 2021.

Buscando entender o trabalho do Assistente Social na maternidade, levantou-se a seguinte questão: quais os fundamentos do Serviço Social no atendimento à gestante considerando o Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil.

Partiu-se da hipótese de que as(os) assistentes sociais lidam com a especificidade de cada gestante tendo como parâmetro o código de ética profissional, a lei que regulamenta a profissão, os parâmetros para a atuação deste profissional na saúde as dimensões teórico metodológicas, ético política e técnico operativas, bem como o conjunto de leis que visam a garantia dos direitos da mulher gestante. Para tanto este profissional compõe uma equipe multiprofissional. Vale observar que a população em situação de vulnerabilidade social e precariedade no acesso as condições necessárias para sobrevivência impacto direto nos cuidados e condições de vida das mulheres e das crianças.

Mioto e Nogueira (2006, p.282) explicam que o trabalho do(a) assistente social na saúde “abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização dos direitos.” Dessa forma, entende-se que o(a) assistente social atua para o fortalecimento dos direitos destas mulheres. Nesta direção este profissional atua na perspectiva de ampliação da garantia de direitos, bem como a busca pela efetivação de atendimento de qualidade no âmbito da saúde, disposto na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que caracteriza a saúde como política pública de responsabilidade e dever do Estado e direito do cidadão.

Segundo Arcos (2011) saúde neonatal, reprodutiva, mental e familiar se deterioram a

partir de condições de vida precária, como: desemprego, baixa escolaridade, companheiro ausente, situações de violências sexuais, psicológicas, dentre outras.

Assim, essa pesquisa tem por objetivo geral aproximar e tecer algumas considerações acerca dos fundamentos do trabalho do assistente social, tendo em vista o atendimento à gestante no SUS. Por objetivos específicos, busca-se contribuir com a produção e conhecimento na área de Serviço Social e saúde e no atendimento as gestantes ao buscar entender a atual conjuntura na qual se insere o SUS e nos desafios e limites da profissão.

2. FUNDAMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

Apresentaremos aqui a trajetória do Serviço Social até sua atuação no SUS, fatos que culminaram na sua atual direção ético-política e teórico-metodológica, levando em consideração a relação entre a teoria e a prática profissional, cujo processo de construção é cheio de desafios, análises e transformações.

Os desafios contemporâneos do Serviço Social devem ser pensados a partir do Movimento de Reconceituação, o qual tornou-se um marco muito importante na história da profissão, por ser o momento que o Serviço Social passa a ter uma visão crítica da realidade social. O cenário no qual a profissão está sendo debatida e atualizada é o contexto de Ditadura Militar. Como dito no capítulo anterior, o Serviço Social, num primeiro momento, foi permeado pelo tradicionalismo de natureza neotomista, cujas práticas eram paliativas, assistencialistas e caritativas.

Segundo Iamamoto (2005), o Movimento de Reconceituação é dominado pela contestação a esse tradicionalismo profissional, e implicou no questionamento global da profissão, de seus fundamentos ideo-teóricos, suas raízes sociopolíticas, a direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*, sendo um processo que buscava dar ao Serviço Social uma prática mais eficaz através de caminhos atravessados por novos fundamentos teórico-metodológicos.

Netto (2005) retrata que a autocracia burguesa exigia uma nova postura do profissional, que era necessário que agisse com racionalidade e, assim, o assistente social tem uma significativa modificação no seu agir profissional. Sinteticamente, o fato central é que, no curso deste processo, mudou-se o perfil do profissional demandado pelo mercado de trabalho mediante as condições novas postas pelo quadro macroscópico da autocracia burguesa que se fazia emergir: exigia-se um assistente social “moderno”, com um desempenho onde traços “tradicionais” são deslocados e substituídos por procedimentos “racionais”. É neste contexto de mudança profissional, buscando a renovação do Serviço Social, que Netto (2005, p. 131) ressalta:

Entendemos por renovação o conjunto de características novas, que no marco das condições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições [...], procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e

da sua sistematização, e de valorização teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.

Este momento torna-se importante para a profissão, pois é o primeiro momento em que o Serviço Social se desvinculará, em seus fundamentos, de uma perspectiva religiosa. Com as modificações ocorridas na prática, a formação do Serviço Social também passou por mudanças, ocorreu a inserção do ensino do Serviço Social nas universidades, pois antes havia apenas escolas isoladas, carentes de recursos, muito ligadas a valores morais e, com as mudanças na sociedade, as unidades se tornaram complexos universitários. O Serviço Social passou a interagir com disciplinas das ciências sociais como psicologia, antropologia e sociologia, contando também com disciplinas do viés da ditadura militar. Esta formação era demandada das exigências que se faziam no mercado de trabalho posto na esfera da ditadura militar. Com a entrada das ciências sociais no âmbito da universidade, o Serviço Social começou a mudar tendo com isso uma postura crítica para seus fundamentos (NETTO, 2005).

Considera-se três grandes momentos dentro do Movimento de Reconceituação. A primeira insere-se dentro de uma perspectiva considerada modernizadora. Netto (2005, p. 154) ressalta que isso é devido a:

[...]um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós-64.

A Perspectiva Modernizadora tem seu ápice por meio de documentos fundamentais: os seminários de Araxá (1967) e Teresópolis (1970) organizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social – CBCISS. Percebe-se nestes a preocupação dos profissionais de Serviço Social com o aperfeiçoamento do instrumental operativo e com os procedimentos metodológicos e técnicos, como também com os padrões de eficiência (NETTO, 2005). Netto (2005, p. 195) salienta que se em Araxá ficou marcado o cariz sociotécnico, em Teresópolis se fundamentou a operacionalidade de Serviço Social, agora relacionado à administração tecno burocrática. A fase terminal dessa perspectiva encontra-se nos seminários de Sumaré e Alto da Boa Vista, onde surgem novas questões da relação do Serviço Social com a cientificidade: a fenomenologia e a dialética. Segundo Netto (2005), a “documentação do Sumaré e do Alto da Boa Vista está para o deslocamento da perspectiva

modernizadora assim como estão, para o seu momento ascendente, os documentos de Araxá e Teresópolis.”.

A segunda fase trazida por Netto é a de reatualização do conservadorismo que se manifesta no interior da complexa dialética de ruptura e continuidade com o passado profissional. Netto (2005) entende- que nessa perspectiva buscava-se aperfeiçoar as antigas práticas profissionais de acordo com as novas exigências do perfil profissional, ou seja, mantê-las num viés mais crítico de modo que pudesse apresentar argumentos plausíveis para entrar a nova prática profissional. Essa perspectiva “supunha reatualizar o conservadorismo, embutindo-o numa ‘nova proposta’, ‘aberta’ e ‘em construção’” (NETTO, 2005, p.203).

A terceira perspectiva é a intenção de ruptura – e podemos considerar que se trata de um processo ainda – que buscava romper totalmente com o Serviço Social tradicional, propondo-se uma quebra com seus procedimentos metodológicos, ideológicos e teóricos, com o seu conservadorismo, com a tradição positivista. E, para tanto, essa perspectiva recorre principalmente ao pensamento marxista. Nessa perspectiva os assistentes sociais que se puseram a procurar alternativas para a superação da prática do serviço social tradicional tiveram sua emersão baseada principalmente na experiência do método Belo Horizonte desenvolvido na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais. Foi elaborado por jovens profissionais preocupados em dar uma nova visão ao Serviço Social, que “elaboraram [...] uma alternativa que procura romper com o tradicionalismo no plano teórico-metodológico, no plano da intervenção profissionais e no plano da formação” (NETTO, 2005, p. 263).

Segundo a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS (1996), o Serviço Social em seu processo de renovação, ampliação e consolidação do seu Projeto Ético Político, teve como marcos regulatórios o Código de Ética Profissional (1993); a lei que regulamentou a profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares. O Projeto Ético Político da profissão foi construído mediante a luta da categoria que visava defender uma prática profissional comprometida com as lutas das classes dominadas, bem como na luta pelo reconhecimento da cientificidade da prática profissional. Trata-se de:

Em seu ponto de vista a respeito do Projeto Ético Político do Serviço Social, Moraes (2016) afirma que o debate a respeito está relacionado a um projeto de sociedade e, dessa maneira, foi respaldado na democracia, liberdade e justiça social.

O Código de Ética Profissional, um dos documentos que amparam o Projeto Ético Político da profissão, apresenta os princípios fundamentais do(a) assistente social e é um verdadeiro instrumento para nortear a atuação do(a) assistente social em qualquer área ou campo sócio-ocupacional, buscando sempre, conforme CFESS (2009), a legitimação social da profissão e a garantia da qualidade dos serviços prestados como compromisso ético-político.

O assistente social na sua prática profissional, na relação que estabelece com os usuários do Serviço Social, com os outros profissionais e com qualquer pessoa e com qualquer outra pessoa, deve pautar sua conduta no reconhecimento da liberdade e de suas possibilidades, eis que esse é o valor ético central. Qualquer conduta que viole esse princípio estará sujeita ao enquadramento no Código de Ética e a sua apuração. Esse princípio está presente e presente e perpassa as regras que compõem o Código de Ética do assistente social, relacionando inclusive, com a garantia da democracia, autonomia e emancipação do ser humano, (BARROCO E TERRA 2016, p. 123).

Além do Código de Ética, o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS construiu os Parâmetros de Atuação do Serviço Social, tendo como objetivo:

[...] referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, [...] com orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços ora pelos empregadores desses profissionais”. (CFESS, 2008, p. 6).

Os parâmetros fixados para a atuação dos assistentes sociais na saúde propõem ações que são de forma estruturada e não podem ser assimiladas separadamente, pois são resultado de uma percepção de totalidade, sendo: atendimento direto ao usuário, ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde, ações socioeducativas, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento, gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

3. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL

Segundo Edler (2006), no Brasil colonial não havia médicos para toda população, apenas para os donos de terras, por isso os curandeiros, que tinham o conhecimento de ervas e chás, tinham papel fundamental na vida dos escravos, indígenas e pobres, que não tinham acesso à atendimento médico. Esse grupo de pessoas era dependente das casas de filantropias, caridades, igrejas, e a Santa Casa de Misericórdia, que praticavam assistência médica e social, com o objetivo de atender os mais necessitados. Ainda segundo o mesmo autor, foi em 1808, com a chegada da família real ao Brasil, que se deu a criação dos primeiros cursos de medicina – sendo o primeiro na Bahia no mesmo ano – e a formação dos primeiros médicos brasileiros.

A partir de 1822, com a independência do Brasil, D. Pedro II criou órgãos que poderiam cuidar e ampliar a saúde pública a fim de evitar as epidemias e melhorar a qualidade de vida da população como um todo. Então, entre os séculos XIX e XX a cidade do Rio de Janeiro recebeu saneamento básico e vacinação contra varíola. No entanto, no ano de 1902, sob a presidência de Rodrigues Alves, na cidade do Rio de Janeiro havia toneladas de lixo nas ruas, muitos mosquitos, ratos, baratas e o esgoto que corria a céu aberto, o que ocasionou a proliferação de doenças fatais, como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola, que mataram milhares de pessoas. Rodrigues Alves começou a reurbanizar e sanear a cidade, nomeou o engenheiro Pereira Passos para prefeito e o médico Oswaldo Cruz como diretor da Saúde Pública (EDLER, 2006).

Quando Oswaldo Cruz foi nomeado, a Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP realizou a formação de brigadas de mata-mosquitos, que tinham como função passar de residência em residência atrás de focos do mosquito responsável pela transmissão da doença. Os mata-mosquitos invadiam casas a força atrás de focos para fazer a higienização devida, além de possuir autonomia para exigir a reforma ou a interdição de casas, estabelecimentos e construções. Outra forma de “combater” a peste bubônica (exterminando os ratos) foi lançar uma campanha, a qual a população recebia uma recompensa por capturar ratos e levar até o DGSP, mas muitos moradores fizeram criatórios de ratos para receber recompensas.

Contudo, em 1904, Oswaldo Cruz colocou a vacina antivariólica como obrigatória a toda população, mas havia muita desinformação e desconhecimento referente à respectiva vacina, além da forma como estava sendo propagada e aplicada, pela brutalidade em obrigar as pessoas a se vacinarem, e como era algo novo no país houve uma resistência popular, que ficou conhecida como “Revolta das Vacinas” (EDLER, 2006).

Bravo (2009) explica que no século XX a Política de Saúde no Brasil avançou com a Lei de Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, que consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro com a criação de Caixa de Aposentadorias e Pensões – CAPS para os empregados das empresas ferroviárias. Neste período, a Lei Eloy Chaves é concretizada como ponto de partida da Previdência Social que, instituindo o sistema da CAPS, atende, num primeiro momento, aos marítimos e estivadores. Nesse sentido, Cohn (2005, p.14) explica que:

Na data de 1923 a instituição no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. As CAPS, organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus afilhados e dependentes.

De acordo com Cohn (2005), dentre os serviços que eram oferecidos aos assegurados das CAPS, estavam, além das aposentadorias, os serviços e atendimentos de assistência médica e o fornecimento de medicações. Logo, as CAPS são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAPS, que foram criados gradativamente agregando os trabalhadores por categoria profissionais, que deixam, assim, de ser dirigidos por empresas como as antigas caixas e passam a ser dirigidos por entidades sindicais.

As expressões da questão social começam a se agravar e foram intensificadas em 1929 devido à crise financeira mundial, da bolsa de valores de Nova York, que também afetou o Brasil. Esse acontecimento mexeu com a estrutura política e econômica do país, por isso as políticas sociais começaram a ser desenvolvidas, como uma forma de tentar amenizar tal situação, o que exigia uma intervenção do Estado para garantir o acesso aos direitos do cidadão. Neste período, o Brasil estava passando por transformações, deixava de ser “República Velha”, sob o mando das oligarquias agrárias, e passava a ser uma “República Nova”, assumindo o perfil de um Estado Burguês, a partir do golpe que depôs Washington Luís da presidência e colocou Getúlio Vargas. Entretanto, as políticas criadas não

conseguiram eliminar as doenças infecciosas da época, havia elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil. Segundo Bravo (2006, p. 91):

O subsetor de saúde pública será predominante até meados de [19]60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciário só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

Com Vargas na presidência do Brasil, o país entrou em um período de desenvolvimento econômico de transição, pois antes se tinha como principal foco a exportação da agricultura, mas com os avanços tecnológicos e devido à crise econômica a economia nacional precisava se reinventar. Assim, houve iniciativas governamentais que promovessem o desenvolvimento industrial no país. A agricultura ficou desestruturada, de modo que as pessoas que viviam na zona rural, onde grande parte da população vivia, começaram a migrar para cidade.

O êxodo-rural torna-se um fenômeno social, pois o principal objetivo era a busca de trabalho e melhores condições de vida na cidade, e que ocorria de forma descontrolada, pois o espaço urbano não estava preparado para receber tantas pessoas. Muitas coisas precisavam ser organizadas através do Estado, para resolver os problemas inerentes ao processo de urbanização não planejado. A população sentiu as consequências, como a falta de assistência social, habitação, saneamento básico, infraestrutura, o não acesso da população a educação, o aumento da pobreza devido à escassez de empregos e à baixa qualificação profissional daqueles que chegavam à cidade; também ocasionou a violência urbana, com aumento de roubos e furtos.

As desigualdades econômicas, sociais e a dificuldade de determinadas regiões em se inserirem na economia nacional, possibilitou a ocorrência de uma urbanização diferenciada em cada uma das regiões brasileiras. O IBGE apresenta uma taxa de urbanização das regiões brasileiras de 1940 até 2010.

Tabela 1 – Taxa de Urbanização das Regiões Brasileiras (IBGE)

Região	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2007	2010
Brasil	31,24	36,16	44,67	55,92	67,59	75,59	81,23	83,48	84,36
Norte	27,75	31,49	37,38	45,13	51,65	59,05	69,83	76,43	73,53
Nordeste	23,42	26,4	33,89	41,81	50,46	60,65	69,04	71,76	73,13
Sudeste	39,42	47,55	57	72,68	82,81	88,02	90,52	92,03	92,95
Sul	27,73	29,5	37,1	44,27	62,41	74,12	80,94	82,9	84,93
Centro Oeste	21,52	24,38	34,22	48,04	67,79	81,28	86,73	86,81	88,8

Legenda: Taxa de Urbanização das Regiões Brasileiras (IBGE)

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas. Cidades (2007)

Ao analisar a tabela observa-se que o Sudeste é a região que apresenta as maiores taxas de urbanização. A partir de 1960, com 57%, foi a primeira região a registrar uma superioridade de habitantes vivendo na área urbana em relação à população rural. Isso se deve porque a região Sudeste, por concentrar a maior parte das indústrias do país, foi a que recebeu grandes fluxos migratórios vindos da área rural, principalmente da região nordeste.

Na região Centro-Oeste, o processo de urbanização teve como principal fator a construção de Brasília, em 1960, que atraiu milhares de trabalhadores, a maior parte deles vindos das regiões Norte e Nordeste. Desde o final da década de 1960 e início da década de 1970, o Centro-Oeste tornou-se a segunda região mais urbanizada do país.

Ainda que essas urbanizações possam ser vistas como um avanço socioeconômico, algumas características do mercado de trabalho devem ser levadas em considerações neste momento, pois não havia nenhum tipo de lei que pudesse proteger o trabalhador, ou efetivar a garantia de seu direito. Neste sentido Yamamoto (2005, p. 03):

Tais condições tornam necessárias a organização dos trabalhadores para sua defesa, centrada na luta contra o trabalho excessivo, e mutilador na defesa do poder aquisitivo dos salários. Sua organização representou uma via para uma participação ativa na sociedade. Na década de 30, são aprovadas leis que abrem caminho à intervenção do Estado na regulamentação do mercado de trabalho e leis que cobrem uma parcela chamada “proteção ao trabalho”, férias acidente de trabalho, códigos de menores, seguro-doença etc.

Deste modo, a legislação trabalhista da Era Vargas foi criada, tendo como principal preocupação controlar o crescimento e a organização dos operários, a começar por um mecanismo de controle. Vargas reconheceu a existência da questão social, que passou a ser uma questão política, tratada por meio do controle social e ideológico que servia para assegurar que os indivíduos se comportassem de uma maneira previsível de acordo com as regras estabelecidas. Assim, foi criado também o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Por isso o governo se antecipou às demandas do movimento operário e produziu as leis trabalhistas: jornada de trabalho de 8 horas, regulamentação do trabalho feminino e infantil, licença maternidade (de 2 meses), criação da Carteira de Trabalho e salário mínimo, regulamentação das férias anuais e remuneradas, descanso semanal e direito a Previdência Social. Em 1942, toda a legislação produzida pelo governo de Getúlio Vargas é consolidada.

É importante destacar que neste período da Era Vargas, durante o capitalismo monopolista, o Serviço Social emerge no Brasil, no bojo da Ação Católica da Igreja Católica, vista como campo de intervenção dentro da sociedade brasileira. Assim, o Serviço Social emerge no Brasil vinculado à caridade e filantropia, que eram as respostas imediatas para responder as expressões da questão social à época. De acordo com Vieira (1980), ainda na década de 1930, surgiu em São Paulo o Centro de Estudos e de Ação Social – CEAS sob o controle e incentivo da Igreja, a partir do “Curso Intensivo de Formação Social para Moças”, promovido pelas Cônegas de Santo Agostinho, para o qual foi convidada a Mademoiselle Adèle Loneux, da Escola Católica de Serviço Social de Bruxelas. As atividades do CEAS se orientavam para a formação técnica especializada de quadros para a ação social da mesma matriz e para a difusão da doutrina social da Igreja.

Com o apoio da Igreja Católica, e sob postulados neotomistas,¹ foi fundada a primeira Escola de Serviço Social, em São Paulo, no ano de 1936, a qual tinha como principal foco o CEAS, pois as atividades que estavam sendo desenvolvidas começaram a surtir bons efeitos. Em seu estatuto estabelecia-se como objetivos: tornar mais eficiente a atuação das trabalhadoras sociais e adotar uma orientação definida em relação aos problemas a resolver, favorecendo a coordenação de esforços dispersos nas diferentes atividades e obras de caráter social. Nesse contexto, o Serviço Social passa a ser tratado como um departamento de ação social. Sobre este período, Yasbek (2009, p. 5) destaca que:

¹ Neotomismo nada mais é que o tomismo sob uma nova roupagem, com a finalidade de resolver problemas contemporâneos. Sua teoria era positivista, ou seja, eles acreditavam que uma teoria só poderia ser tida como verdadeira, se for comprovada a partir de técnicas científicas válidas. Cf.: CAMPOS, F. A. **Tomismo e Neotomismo**. Editorial Grijalbo LTDA, São Paulo, 1968.

É, pois, na relação com a Igreja Católica que o Serviço Social brasileiro vai fundamentar a formulação de seus primeiros objetivos político/sociais orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador contrários aos ideários liberal e marxista na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja face à “questão social”. Entre os postulados filosóficos tomistas que marcaram o emergente Serviço Social temos a noção de dignidade da pessoa humana; sua perfectibilidade, sua capacidade de desenvolver potencialidades; a natural sociabilidade do homem, ser social e político; a compreensão da sociedade como união dos homens para realizar o bem comum (como bem de todos) e a necessidade da autoridade para cuidar da justiça geral.

A profissão de Serviço Social entre 1936 e 1960 é considerada tradicional, conservadora, pois era caracterizada por um caráter moralista, manipulador e confessional, tendo suas práticas voltadas para a conservação da moral e adequação do indivíduo ao *status quo*. Neste período de desenvolvimento profissional, o Serviço Social buscou aprimorar-se como profissão “moderna”, para a sociedade que, dia após dia, se complexificava. É neste momento que a profissão se aproxima do Serviço Social norte-americano, abrindo espaço para integrar sua matriz na corrente positivista. Yasbek (2009, p. 4), ao analisar essa aproximação, afirma que:

O conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro, começa especialmente a partir dos anos 40, a ser tenrificado ao entrar em contato com o Serviço Social norte americano e suas propostas de trabalho permeados pelo caráter conservador da teoria social.

Conforme Bernardo e Pinheiro (2011), é neste momento também que o Serviço Social teve sua inserção na saúde como profissão institucionalizada, a partir da década de 1940, pois era um período que se caracterizava pela intervenção voltada para a adequação da ordem social, sua ação, assim, voltava-se para o controle de combate às reivindicações da classe trabalhadora, a partir da intervenção. Segundo Mansur (2005), as discussões sobre a Saúde Pública no Brasil se basearam na unificação dos IAPS como resposta às desigualdades existentes, e como forma de torna o sistema mais abrangente. As disparidades normativas existentes entre os IAPS, inclusive, contribuíram para o surgimento de reivindicações em defesa de um sistema de previdência unificado e menos desigual.

Para Bravo (2009), na época da expansão do Serviço Social no país, devido as novas configurações impostas pelo capitalismo monopolista, a ação do profissional no campo da

saúde aumentava e transformava-se no setor que mais absorvia assistentes sociais. Nesta fase, gerou-se condições de mudanças no cenário da profissão, pois devido ao término da Segunda Guerra Mundial tinham-se necessidades e exigências de ampliar a ação profissional incluindo os(as) assistentes sociais.

Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de Saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 28-29).

Nesse momento, os(as) assistentes sociais atuavam em hospitais com a função de colocar-se entre a instituição e a população a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, de modo que suas ações eram plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

De acordo com Lessa (2011, p. 80-81), na divisão social e técnica do trabalho em saúde, o Serviço Social emerge como uma profissão paramédica, isto é, subsidiária à ação médica num contexto de ascensão do saber clínico e do hospital contemporâneo. Período, portanto, “em que o hospital se volta definitivamente para a cura, integrando o saber médico, que passa a valorizar o meio como elemento fundamental da terapêutica”.

A função do assistente social era, assim, auxiliar o médico e suas atribuições, determinadas por este profissional. Durante esse período, a influência do serviço social norte-americano foi preponderante, sendo a sua função balizada pelos da American Association of Social Work, por sua vez articulada à American Hospital Association (BEROZOVSKY, 1977, p. 5 apud LESSA, 2011, p. 81)

Contudo, os(as) assistentes sociais ainda faziam intervenções com as bases teóricas oriundas do conservadorismo e, assim, suas tentativas de mudanças relativas à intervenção se davam apenas a nível técnico. Neste sentido, Bravo (2011, p. 125) informa que:

O Serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência foi regulamentado em 1967 e previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais

Algumas assistentes sociais começaram a questionar o bloco hegemônico conservador que impulsionava o conservadorismo profissional. Este fato não ocorreu de forma isolada, mas com o respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas na época.

Bravo e Matos (2006) explicam que a modernização conservadora implantada no país na década de 1960 exigiu a renovação do Serviço Social, face às estratégias de controle e repressão da trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática.

Ainda de acordo com as mesmas autoras, em 1980 ocorreram profundas modificações no cenário político-sanitário brasileiro, com o processo de democratização política do país, a crise fiscal do Estado, a falência do modelo de atenção à saúde anterior (médico-privatista), sobre o qual ainda falaremos, e a ascensão de novos atores sociais no cenário político nacional. Foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar.

Bravo e Matos (2006) destacam que as modificações operadas na década de 1980 no cenário brasileiro gerou as condições propícias para as mudanças no conceito de saúde (determinantes sociais, históricos e econômicos), na forma de organização dos serviços (universalidade, equidade e descentralização) e no fazer ético-político dos profissionais, buscando redesenhar o processo de participação social nas decisões sobre o sistema de saúde. A preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, no ano de 1986, foi um fato importante. Segundo a autora, o tema central versou sobre a “saúde como direito inerente à personalidade e a cidadania”, a “reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e sobre o “financiamento setorial”. A Conferência teve participação de pessoas importantes da sociedade, como profissionais da saúde incluindo assistentes sociais, que discutiram sobre as melhorias e o fortalecimento do setor público. Alguns partidos políticos levaram suas pautas para serem discutidas e tratadas como um todo (BRAVO, 2006, p. 96).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p. 96).

Após a Conferência, a saúde passou a ser considerada uma melhoria contínua para todos os cidadãos, e com isso a necessidade de reestruturação. Dessa forma, a Constituição Federal (CF) de 1988 dá um salto em relação a efetivação dos direitos do cidadão, pois assegurou o tripé da Seguridade Social, que envolve a saúde, a assistência social e a previdência social (POLIGNANO, 2001), além de compreender a saúde como um dos principais pontos de Seguridade Social, sendo direito do cidadão e dever do Estado, objetivando-se o bem-estar e a justiça social. Em relação à saúde pública ocorreram diversos avanços concedidos constitucionalmente. Teixeira (1989, p.50-51) aponta que:

O direito universal à Saúde e [com]o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/ não segurado, rural/urbano; as ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público, sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralização e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção às instituições com fins lucrativos.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, com a promulgação da CF/1988, ganhou o nome de Sistema Único de Saúde – (SUS materializando-se através da Lei Orgânica da Saúde de 1990, a qual é constituída pelas leis n. 8080/90 e n. 1.142/90. A lei n. 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A lei n. 1.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

É evidente que esta conquista não foi fácil, visto que, durante o processo que levou a ela, foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas (internacionais), que defendia a privatização dos serviços de saúde, e outro denominado Plenária Nacional de Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser resumidos como : a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com o controle social. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (BRAVO; MATOS, 2006, p. 33).

Bernardo e Pinheiro (2011) observam que, com a implementação do SUS (1988), a prática do profissional de Serviço Social se volta para a reorganização dos serviços de saúde, nas ações de integralidade, intersetorialidade e no controle social, as quais buscam fortalecer e legitimar a concepção de saúde ampliada e de universalização do acesso à saúde.

Assim, é importante pontuar que as possibilidades criadas pela instauração do SUS para uma prática crítica do Serviço Social também advém da maturidade alcançada pela profissão no início dos anos de 1990 com a elaboração do seu Projeto Ético- Político e do seu Código de Ética de 1993, ao passo que este tem o reconhecimento da liberdade como seu valor ético central e das demandas políticas, autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais (CFESS, 2012).

Segundo Lessa (2011), houve uma forte tensão de projetos distintos para a saúde: de um lado, o projeto que emergiu do Movimento de Reforma Sanitária, o qual lutava pela construção de um modelo de atenção público, universal, e do outro, o projeto de mercantilização da saúde, que devido a tensão do capital em tratar a saúde como uma mercadoria faz com que a política de saúde assuma formas variadas e complexas. Lopes (2016) aborda que, tal tensão atravessou os governos de Collor (1990-1992), Itamar Franco (1992-1995) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), que se caracterizam por uma gestão sob a orientação do neoliberalismo, no qual o Estado deixou de ser responsável por suas atribuições, dando margem para o crescimento de ações privadas como gestoras da saúde e de ONGs.

Segundo Lopes (2016), Fernando Henrique Cardoso – FHC assumiu o governo em 1995, fortalecendo o modelo neoliberal associado a ideia de Estado mínimo. Na gestão de FHC, o país adotou uma política macroeconômica de excessivo “monetarista”, o que gerou grande vulnerabilidade social nessa política. Como resultado, a crise de financiamento do SUS se agravou aumentando sua dificuldade de funcionamento. Após a implantação do SUS,

houve alguns desafios para sua real efetivação. Behring e Boschetti (2008, p. 145) explicam que as condições políticas e econômicas neste momento da história “implicaram um giro conservador para o neoliberalismo e dificultaram em muito a implementação real dos princípios orientadores democráticos das políticas e direitos sociais.” O SUS logo se tornou alvo de cancelamento de financiamento, sucateamento e (re)centralização. Para Krüger (2014, p. 219):

A partir da regulamentação do SUS (Lei 8.080 e 8.142/1990) a conjuntura instalada propiciou o refluxo nas principais entidades que constituíram o Movimento Sanitário nas décadas anteriores. Esse refluxo tem relação direta com as novas determinações da conjuntura internacional e nacional, a ênfase ideológica do neoliberalismo e as ações sofridas pelos representantes do Estado que não pouparam esforços para desqualificar e neutralizar qualquer movimento contestatório. A implementação do SUS nesta década foi objeto de desfinanciamento, sucateamento e Recentralização.

Segundo Lopes (2016), foi nos debates sobre saúde, do final dos anos de 1990 e início dos anos de 2000, que o tema humanização foi lembrado, e surgiu para responder a inúmeras reclamações a respeito de serviços inadequados e insuficientes. Por esse motivo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH foi criado. De acordo com o mesmo autor, o Ministério da Saúde criou o programa, a qual foi incluído na pauta XI, Assembleia Nacional de Saúde, intitulado “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social”, a partir desse encontro, o tema da humanização na saúde, ganhou legitimidade. No documento oficial do PNHAH, surgiu a insatisfação do usuário da saúde pública que diz respeito ao relacionamento com os profissionais de saúde.

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos. (BRASIL, 2001, s.p)

A partir da avaliação dos usuários, o PNHAH propõe um discurso dos fatores subjetivos, tornando a humanização um meio para transformar e fortalecer essas relações. No entanto, os aspectos básicos da base material da qualidade médica passaram a ser considerados secundários ou não mencionados, como falta de profissionais, medicamentos, infraestrutura, falta de acesso e a má qualidade dos serviços prestados.

O SUS vive o reflexo da conjuntura atual, com a crise econômica e política, tudo isso em função de problemas estruturais que não são solucionados e, com isso, é preciso definir estratégias de enfrentamento, mas falta gestão competente para esse processo. De acordo com Mendes (2016), o SUS apresenta três grandes problemas estruturantes: no plano da organização macroeconômica, a segmentação que conduz ao dilema entre universalização e a segmentação.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, divulgada pelo IBGE (2019), a cada 10 brasileiros, 7 dependem do SUS, a qual correspondem a mais de 150 milhões de pessoas no país. Segundo a referida pesquisa, aproximadamente 60 milhões de pessoas, o que equivale a 28,5% da população do Brasil, tinham plano de saúde, seja médico ou odontológico. Conclui-se também que 71,5% não possuem nenhum tipo de plano privado, dependendo exclusivamente do SUS, segundo a pesquisa do IBGE, realizada também, em 2019. O SUS, sendo um serviço público, apresenta diretrizes que são referência mundial de saúde pública, mas, como dito inicialmente, suas problemáticas vêm sendo enfrentadas por uma má gestão dos recursos financeiros, administrativos, etc.

Nas regiões periféricas é notório observar um cenário de baixa infraestrutura, insuficiência de profissionais para atender a demanda da população, a qual acaba sendo a mais prejudicada, pois muitas pessoas passam meses e até anos na fila de espera para se conseguir uma cirurgia, um atendimento especializado, ou um exame. E, com este cenário, algumas pessoas tem sua doença agravada, ou até mesmo são levadas a morte por falta ou atraso no atendimento

Por esse motivo a gestão a qual compõe o SUS, aderiu uma nova forma de administração, as Organizações Sociais – OS, que foram regulamentadas pela [Lei n. 9.637/98](#), e dia após dia ganham um espaço maior dentro do setor público com prestações de serviços e administrações em Hospitais e, para tanto, recebem diversos benefícios do Estado como dotação orçamentária, isenção fiscal e até mesmo recebem recursos públicos diretos. Essa terceirização é uma forma de transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil (MENDES, 2016).

Mas, no que se refere ao trabalho do(a) Assistente Social nos dias atuais no campo da saúde, pode se dizer que tem sido marcado por constantes desafios, limites e algumas possibilidades para o exercício crítico, ao passo que ao mesmo tempo que há uma ampliação

dos espaços sócio ocupacionais e uma mudança significativa na concepção de saúde, como já mencionado, tem também tornado a saúde uma mercadoria de modo que flexibiliza os vínculos empregatícios e, assim, diminui a autonomia profissional. Alguns dos motivos que dificultam a prática profissional do(a) assistente social nesse contexto são os baixos salários, a sobrecarga de trabalho, a instabilidade empregatícia, o clientelismo, a administração burocrática de lógica empresarial, dentre outros. Conforme Rodrigues (2014):

A estabilidade do vínculo... por si só não assegura uma maior autonomia, já que a falta de condições de trabalho, a falta de infraestrutura, a falta de reconhecimento profissional, aliadas à precariedade e focalização das políticas sociais, são questões que perpassam o seu cotidiano profissional.

Desse modo, limita-se a possibilidade de um olhar para a totalidade. Induz-se um olhar fragmentado para a conjuntura atual a qual impõe-se ao assistente social. São instituições que são preocupadas com “resultados de excelências”, esquecendo-se que a sociedade é composta por camadas sociais, as quais devem ser tratadas com equidade. Portanto, mesmo o SUS possibilitando uma atuação mais crítica do(a) assistente social frente às expressões da questão social que chegam por meio das demandas profissionais no seu cotidiano de trabalho, ele tem se configurado como um espaço de reatualização das práticas conservadoras que marcaram a gênese da profissão, ao passo que as instituições de saúde têm requisitado práticas profissionais assistencialistas, imediatistas e pragmáticas, com foco em resultados quantitativos muitas vezes.

Embora os assistentes sociais possam atribuir uma direção social ao seu exercício, a interferência dos organismos empregadores ocorre através do estabelecimento de metas, normas, atribuições, condições de trabalho e relações de trabalho (IAMAMOTO, 2004, p. 18).

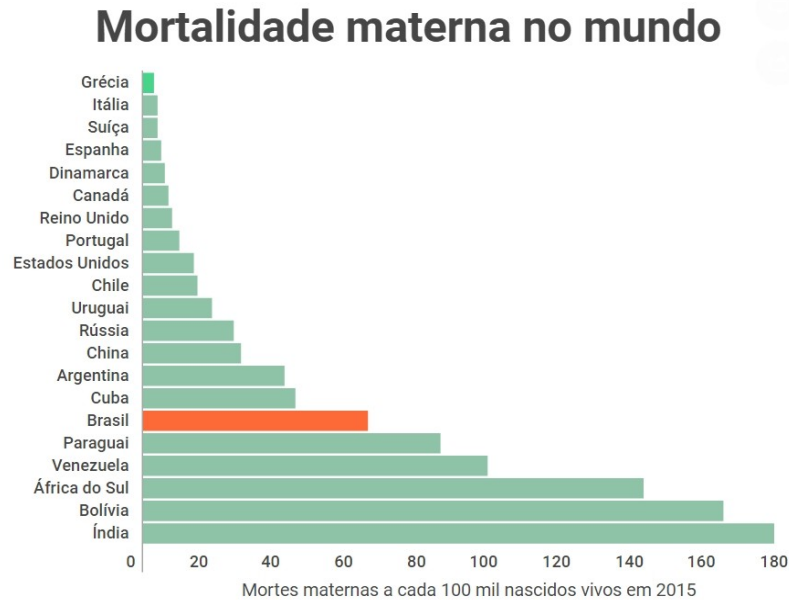
Nestas correlações, fica mais evidente a necessidade de problematizar as dificuldades a qual o(a) assistente social vivencia no campo da saúde, pela busca por sua autonomia. Por isso, ao longo deste trabalho, também será desenvolvido como os Serviço Social se fundamenta no campo do atendimento as gestantes, visto que a saúde é, e faz parte como um todo.

3.1 MORTALIDADE MATRINA: ALGUNS ELEMENTOS REFLEXIVOS

A sociedade por séculos enxergou a mulher como mãe e esposa, mas hoje, a mulher do século XXI, é uma mulher moderna, atuante, que se dá o direito de interromper sua jornada de trabalho para assumir os cuidados com os filhos, a mulher sozinha que provê seu lar, a mesma mulher que no século passado era impossibilitada de votar, e hoje conquista seu espaço dia após dia. Tais fatos se devem em grande medida ao crescimento e fortalecimento do movimento feminista no século XX, que exigia que a saúde da mulher fosse cuidada em todos os ciclos da vida, não somente no período reprodutivo (BRASIL 2004).

O número de mulheres que chegavam a óbito relacionado à gestação era alarmante, e uma das causas seria a não adesão ou oportunidade em ser acompanhada em um pré-natal. Nas zonas rurais das regiões Nordeste e Norte do Brasil ainda hoje há dificuldade de promoção de um pré-natal de qualidade Brasil (2004). De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 92% das mortes maternas registradas no Brasil, poderiam ter sido evitadas de alguma forma, com ações efetivas dos serviços de saúde pública (SUS). A seguir apresentamos dois dados em forma de tabela referente à mortalidade global e, logo depois, no Estado de Goiás.

Tabela 1 – Taxa de Mortalidade Materna no Mundo



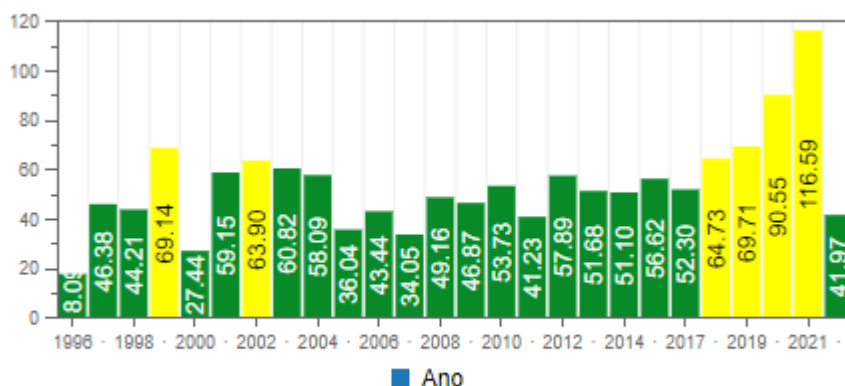
Fontes: OMS (Organização Mundial da Saúde) e Cepal (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe)

Legenda: Taxa de Mortalidade Materna no Mundo segundo a OMS

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS) e Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

Observa-se que o Brasil está dentre os seis países em que mais existe morte materna. No Estado de Goiás pode-se observar que este número também é alto

Tabela 2 – Taxa de Mortalidade Materna no Estado de Goiás



Legenda: Taxa de Mortalidade Materna no Estado de Goiás segundo o Data SUS

Fonte: SIM/SINASC/DATASUS

Segundo o Data SUS, morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou até 1 ano após o término da gestação (puerpério tardio). A morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações durante a gravidez parto e puerpério devido às intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Mensura a chance de ocorrer uma morte obstétrica direta dentre os nascimentos vivos. A morte materna configura uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e representa um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões goianas com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso às ferramentas sociais.

Em Goiás, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subnotificação dos casos e o sub-registro destes óbitos no Atestado Médico da Declaração de Óbitos (Causas Mal Definidas). Por esse motivo foi criado em 2002 no Brasil o Programa de Humanização do Parto, quando foram elaborados direitos que cabem às mulheres em processo gestacional, e que inclui o direito de ser acompanhada em um pré-natal pelo SUS, com a garantia da oferta de exames laboratoriais, vacinações necessárias, número de seis consultas no mínimo e encaminhamento para um setor de pré-natal de alto risco, caso haja a necessidade (BRASIL 2004).

Sabe-se que o(a) assistente social, em geral, atua a partir das expressões da questão sociais, com o fortalecimento dos sujeitos atendidos frente às suas demandas dentro do

contexto social vivenciado e principalmente numa conjuntura econômica determinada. O profissional pode estar inserido em uma equipe multidisciplinar ou interdisciplinar, mas de todo modo tem articulações de saberes no atendimento aos usuários (as). Buscando entender a função do serviço social na maternidade, levantou-se a seguinte, questão: Quais são os elementos constitutivos dos fundamentos do Serviço Social que norteiam o atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde – SUS?

O(a) assistente social na saúde pode organizar seu processo de trabalho no atendimento às famílias a fim de conhecer sua organização social e familiar, e a vinculação desta na rede de atendimento e território partindo de seu conhecimento prévio sobre a Constituição Federal de 1988, o SUS, o Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão – Lei 8.662/1993 e o que consta nos Parâmetros de Atuação do(a) Assistente Social na Saúde. Pois, deste modo, compreende e articula as políticas sociais públicas e, em sua prática profissional, se encontraria melhor preparado para realizar as mediações necessárias a materialização do acesso do usuário aos serviços em saúde.

Segundo Miotto & Nogueira (2006, p. 282), o trabalho do(a) assistente social na saúde abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização dos direitos. No campo da maternidade, se torna mais sensível essa atuação, pois cada parturiente tem sua individualidade, como questões a qual envolvem Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, gravidez não desejada, violência sexual, falta de acesso aos Centros de saúde para realização do Pré-Natal.

3.1.1 O SERVIÇO SOCIAL A PARTIR DA INSERÇÃO EM CAMPO DE ESTÁGIO

A inserção da pesquisadora no Estágio Supervisionado Obrigatório em campo se deu no 6º período da graduação do curso de Serviço Social em razão da pandemia do COVID-19 eclodida no ano de 2020. O estágio em questão foi realizado no Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (HEMNSL), localizado em Goiânia.

O HEMNSL é uma maternidade pública e possui acompanhamento especializado para as gestantes. Também é intitulado como “Hospital Amigo da Criança²”, e desde o ano de 1999 o atendimento é viabilizado pelo SUS, mas gestado pela OS a partir de 2012, pelo Instituto de Gestão Humanizado – IGH. O Hospital recebe inúmeros casos de gestantes e parturientes com impactos na gestação, seja positivo ou negativo. A maternidade conta com uma equipe multiprofissional (Serviço Social, Medicina, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Enfermagem e Fisioterapia), e vale ressaltar que o Serviço Social conta com três assistentes sociais, cada uma com a carga horária de 30h semanais. O Serviço Social do HEMNSL possui uma sala privativa, na qual tem-se a oportunidade de conversar a sós com a gestante ou seus familiares, tratar de assuntos delicados e que necessitam de sigilo profissional.

Todas as recepções na sala, ou no quarto das pacientes são descritas no sistema da maternidade, ou manuscrito no caderno de rotina do dia, inclusive as reuniões a beira leito

também. As assistentes sociais desenvolvem um projeto com as gestantes a cada três meses, o qual chama-se “Gestar Vidas”, que visa trazer a gestante o mais próximo possível do âmbito da maternidade a fim de mostrar “passo a passo” a atuação da equipe multiprofissional, fazer rodas de conversas, esclarecer dúvidas sobre a gestação e o nascimento do bebê, estimulando o acompanhamento do pré-natal e do pós parto. É fundamental, nesse processo, “sensibilizar as gestantes acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos” (CFESS,2010, p.56). No caso do Serviço Social, busca-se viabilizar direitos e a inserção em programas vigentes do Governo Federal. Esse projeto, como dito em passagem anterior, tem a duração de três meses e, ao final de cada trimestre, a gestante recebe um kit enxoval

Durante o período de estágio foi possível notar que a gestação implica em mudanças, começando com as corporais, obviamente, mas passando ainda por alterações nos papéis sociais da mulher e na relação com sua família, modificando as estruturas sociais e a constituição do grupo familiar. Contudo, verificou-se que nas camadas populares, a gestação tem um impacto ainda maior, devido as situações de vulnerabilidade social e precariedades presentes na condição de vida e de acesso aos mínimos sociais dessa grande parcela da população, que gera impactos diretos nos cuidados e condições de vida das mulheres e da criança que está sendo gerada. Segundo Arcos (2011, p.2), saúde neonatal, reprodutiva, mental e familiar se deteriora a partir de condições de vida precárias como desemprego, baixa escolaridade, parceiro ausente e situações de violência, moradias insuficientes e sofrimento psíquico.

Segundo Benuti (2010), a gestação na vida da mulher pode ter vários significados que são desde a realização de um sonho a um cumprimento de determinação social, da interrupção do cotidiano que, conseqüentemente, leva a necessidade de adaptação a uma nova realidade, a uma nova rotina de vida. Contudo, todas as vulnerabilidades vêm à tona no momento quando o(a) assistente social vai fazer a admissão no leito a qual a gestante se encontra. No processo de acolhimento, é feito a anamnese social, isto é, quando a profissional conhece a realidade da mulher, a qual torna-se um impacto direto no processo de trabalho do(a) assistente social, pois é neste momento que é feito os trâmites para conclusão daquela situação posta. São situações de adolescente gestante, uso de drogas, bebidas alcoólicas, gestantes que não realizaram o pré-natal, gestação não desejada e, em alguns casos, a gestante traz o desejo de adoção e situações de violência sexual. É possível vivenciar um campo cheio de diversidade, e são

esses indicadores que norteiam o trabalho do profissional, pois são situações que necessitam de intervenção. Inclusive, o(a) assistente social faz suas possíveis articulações com outros órgãos/equipes, ou seja, articulando a rede intersetorial (conselhos tutelares, juizado, ministério público, unidades de saúde, Centro de Referência e Assistência Social – CRAS, etc), de acordo com a necessidade e realidade apresentada, como ocorreu durante as atividades de estágio em setembro de 2021 no HMNSL

O caso I – M.S.B, de 33 anos, mãe solo, desempregada, natural de Brasília, deu entrada no HMNSL. Em trabalho de parto, a mesma chegou sem acompanhante, deixando seus dois filhos primogênitos (menores de idade) em casa, na companhia de uma amiga, a mesma chegou somente com a roupa do corpo, sem roupas para o recém-nascido – RN, portando apenas seus documentos pessoais.

Ao fazer o acolhimento a genitora mostrou-se bastante alterada, ao falar sobre a família que residia em Brasília, já que a relação de ambos não era boa pelo fato dela ter saído de casa, usou drogas, bebidas alcoólicas muito nova, esse foi um dos fatores a qual levou ela a ser uma pessoa em situação de rua. M.S.B. relata que a única fonte de renda era as vendas das balinhas nos sinaleiros de Goiânia, na companhia de seus filhos. Informou também que não havia feito pré-natal, e estava com ordem de despejo da casa que estava morando de aluguel.

Foi feito contato com a prefeitura de Brasília, CRAS, Clínicas de Recuperações, a fim de fazer um acompanhamento, com essa família, garantindo que as crianças estivessem matriculadas na escola, creche, que a M.S.B, pudesse dar início ao tratamento contra drogas, e tivesse a oportunidade de voltar para seu seio familiar, onde poderia ter um apoio maior ainda.

Mas, contudo, foi explicado para M.S.B, todo esse processo, e a mesma não aceitou, horas mais tarde ela “fugiu” do HMNSL, sem alta social, até deixando a caderneta do RN. Foi notificado na Delegacia próxima, mas não tinha muito o que ser feito, pois ela não cometeu nenhuma transgressão, apenas saiu com seu bebê no colo (DIÁRIO DE CAMPO, 21 set. 2021).

O(a) Ministério da Saúde compreende que estes casos, expressos em vulnerabilidades e frutos de desigualdades sociais, podem ser considerados fatores de riscos, que podem também evidenciar uma situação de violação de direitos com consequência direta sobre saúde da mulher e da criança, como visto no caso acima. Segundo Martinelli (2011, p.3):

No caso do Serviço Social, profissão intrinsecamente vinculada à história, e que tem por matéria-prima de trabalho as múltiplas expressões da questão social, o desenvolvimento da capacidade de realizar leituras críticas e políticas da realidade é um verdadeiro imperativo, pois é a partir dessa realidade que se instituem suas demandas e requisições.

Os assistentes sociais, em outras palavras, têm a capacidade de identificar os determinantes sociais no ambiente de vida do usuário e podem colaborar fundamentalmente

para entender o ambiente real dos processos de saúde e doença (BARBOSA, 2018). A partir daí, como intervir de forma acolhedora e considerar algumas estratégias para enfrentar nos reais problemas sociais que envolvem os usuários dos serviços de saúde.

Além do estudo de realidade existem outras formas de haver o processo de atendimento para com o usuário(a), sendo o atendimento à beira-leito, atendimentos individuais ou coletivos em sala privada, visto o cumprimento necessário do Código de Ética do(a) Assistente Social, em seu artigo 16, sobre Sigilo Profissional, que estabelece como direito do profissional a manutenção do sigilo, que é necessário para a proteção da usuária em relação ao conhecimento das situações vivenciadas em suas particularidades, sua história de vida, e por muitas vezes situações delicadas, a qual eles não são apresentados na evolução, para não tornar público, já que todos os acolhimentos devem ser relatados no sistema da Instituição.

O trabalho do(a) assistente social também está diretamente relacionado à luta pela equidade de direitos, numa lógica de igualdade de gênero, e proteção à maternidade e a infância, com igualdade e equidade de acesso aos serviços de saúde. Assim, as situações que demandam intervenção social, quando identificadas precocemente pelo assistente social, têm maiores possibilidades de garantir acesso a serviços sociais públicos (BARBOSA, 2018).

Um estudo de casos descrito no Diário de Campo, do HMNSL realizado em 2021 através do Estágio Obrigatório Supervisionado III;

Caso II – Um recém-nascido indígena de família tradicional da Aldeia em Aragarças- MT, veio para Goiânia através da Casa do Índio, essa casa funciona como casa de apoio para famílias indígenas. Eles vieram trazer o RN para um tratamento, a qual ele nasceu prematuro e precisava ficar em observação, pois precisava usar um cateter (tubo fino e flexível, que facilita o acesso do médico administrar medicamentos ou fazer coleta de exames).

Os pais do RN pouco compreendiam nossas falas, por isso a Casa do índio, disponibilizou um enfermeiro para acompanhá-los, e passar as devidas informações, procedimentos feitos, etc. As assistentes sociais, tomaram como ponto principal, e ético o respeito pela cultura dos mesmos, para que fosse então dar os devidos suportes, algumas regras eram estabelecidas pelos índios, como por exemplo a primeira palavra referida, sempre teria que ser para o homem e depois para a mulher, eles não queriam dormir, ou se alimentar no hospital, pois estar na Casa do Índio, era como se estivessem em sua própria Aldeia, o período de resguardo não é válido para mulher, mas para o marido, então a relação de prioridade era dada para o homem.

A equipe sempre tinha o costume de fazer as reuniões a beira-leito, mas com a presença de toda a equipe reunida, eles ficavam aflitos, e afirmavam que tinham medo que alguém fizesse mal ao bebê, então a assistente social de uma forma clara e

objetiva, conseguiu explicar que todos estavam ali para cuidar do RN. Deste modo, houve um cuidado redobrado, para que não houvesse uma quebra de elo. (**DIÁRIO DE CAMPO**, 30 ago. 2021).

O(a) assistente social também exerce seu papel pedagógico em relação às demandas de descobertas de diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs durante a gestação e pós-parto, sensibilizando as mulheres e seus companheiros e familiares em relação a importância do tratamento para a saúde da mãe e do bebê e do parceiro. Sabe-se que o acesso à informação precoce pode produzir efeitos positivos na saúde do indivíduo visto que este pode realizar tratamento adequado quando compreende a doença, suas implicações no organismo e a forma de tratá-la. O (a) assistente social ainda, em seu Código de Ética, deve atentar-se para o acesso à informação como direito dos usuários, sendo parte da sua relação com a população atendida, como refere-se no documento quando diz que o profissional precisa “garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos (a) usuários (a), mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos (a) profissionais, resguardando os princípios deste Código” (CFESS, 1994).

Portanto os princípios básicos na atuação do profissional de Serviço Social é todo arcabouço teórico metodológico que rege a profissão, para que possa ser materializado os parâmetros de atuação. A experiência de estágio trouxe como resultado a interrelação das dimensões da profissão (ético-política, teórico-metodológica e operativa).

4 CONSIDERAÇÕES

A presente monografia buscou refletir sobre os fundamentos do trabalho do(a) assistente na social na saúde com foco no atendimento a gestante. Verificou-se a importância desse profissional no campo da saúde, pois dentre suas atribuições está o acolhimento, a democratização das informações e a viabilização do acesso aos direitos da mulher (BRASIL, 2001). No período de inserção do campo de estágio, foi nítido o quanto foi proveitoso, houve uma troca de conhecimento incrível, e o melhor de tudo, foi ver como o Serviço Social se materializava, com o amparo das políticas em sua atuação.

Pode-se considerar, não somente com a experiência de estágio em campo, mas sobretudo com os estudos realizados que o(a) profissional de Serviço Social é imprescindível na área hospitalar e na atuação no campo da saúde da mulher, pois o período de gestação, parto e puerpério, é um momento que acaba sendo delicado, por envolver inúmeros detalhes, já que a gestação na vida da mulher pode ter vários significados que são desde a realização de um sonho a um cumprimento de determinação social, da interrupção do cotidiano que, conseqüentemente, leva a necessidade de adaptação a uma nova realidade, a uma nova rotina de vida (BENUTI, 2010).

Nesse trabalho, buscamos e identificamos como surgiu o SUS e os desafios que vem sendo enfrentados, além dos desafios para efetivação do trabalho do(a) assistente social na área da saúde, mas por outro lado, ficou evidente que os assistentes sociais lidam com a especificidade de cada gestante.

Dessa forma, entende-se que o(a) assistente social atua para o fortalecimento do setor público, enquanto ampliação da garantia de direitos, bem como a busca pela efetivação de atendimento de qualidade no âmbito da saúde, disposto na própria Constituição Federal de 1988 (CF/88), e que também caracteriza como política pública de responsabilidade e dever do Estado e direito do cidadão.

Os princípios fundamentais para o(a) assistente social é o Código de Ética Profissional, um dos documentos que amparam o Projeto Ético Político da profissão, é um verdadeiro instrumento para nortear a atuação do(a) assistente social em qualquer área ou campo sócio-ocupacional, buscando sempre, conforme CFESS (2009), a legitimação social da profissão e a garantia da qualidade dos serviços prestados como compromisso ético-político.

O assistente social na sua prática profissional, na relação que estabelece com os usuários do Serviço Social, com os outros profissionais e com qualquer pessoa e com qualquer outra pessoa, deve pautar sua conduta no reconhecimento da liberdade e de suas possibilidades, eis que esse é o valor ético central. Qualquer conduta que viole esse princípio estará sujeita ao enquadramento no Código de Ética e a sua apuração. Esse princípio está presente e presente e perpassa as regras que compõem o Código de Ética do assistente social, relacionando inclusive, com a garantia da democracia, autonomia e emancipação do ser humano, (BARROCO E TERRA 2016, p. 123).

Os princípios básicos na atuação do profissional de Serviço Social é todo arcabouço teórico metodológico que rege a profissão, para que possa ser materializado sua atuação. A experiência de estágio trouxe como resultado a interrelação das dimensões da profissão (ético-política, teórico-metodológica e operativa)

REFERÊNCIAS

ARCOS E, MUNOZ LA, SANCHES, X, VOLRATT A, LATORRE C, BONATI C, et al. Vulnerabilidad Social em mujeres embazadas de una comuna de la Región Metropolitana. Rev Med Chile. 2011;

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena; CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BARBETTA, Pedro Alberto, **Estatística aplicada á ciências sociais**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.

BERNARDO, C. J. P; PINHEIRO, J. N. Serviço Social no contexto da saúde pública: notas para uma discussão. **Portal de periódicos – FAFIC**, 2011. SP v. 13, n.1 (17) p. 111-126 jan/jun. 2014.

BENUTI et al. Aspectos psicossociais da gestação múltipla: revisão de literatura. *Psicol. Hosp.*. (São Paulo) vo. 8 n.2 São Paulo jul. 2010.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001

BRASIL, Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília,, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: [Informações em Saúde - Secretaria da Saúde \(saude.go.gov.br\)](http://informacoes.saude.gov.br), Dez de 2022

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurilio C.. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Martins. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

CAMPOS, F. A. **Tomismo e Neotomismo**. Editorial Grijalbo LTDA, São Paulo, 1968.

COHN, Amélia. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 6. ed. São Paulo, Cortez, CEDEC, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8662/93 de Regulamentação da Profissão. 9 ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2011.

CORALINA C. **Vinténs de cobre: meias confissões de Aninha**. São Paulo: Global, 2001.

DIÁRIO DE CAMPO. **Registros das experiências de estágio da estudante Jackeline Kesllen Furtado da Cunha na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes**. Goiânia: Serviço Social; PUC Goiás, 2021.

EDLER, Flavio Coelho. **Boticas & Pharmacias: Uma História Ilustrada Da Farmácia No Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Casa da Palavra, 2006, p. 14-34.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 17.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, n. 3, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Vilela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2a. Ed. São Paulo: Cortez, 1983

IBGE, Censo demográfico 1940-2010. Até 1970 dados extraídos de: Estatísticas do século XX. Rio de Janeiro: IBGE, 2007 no Anuário Estatístico do Brasil, 1981, vol. 42, 1979.

KRÜGER, T. R. **Serviço social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS**. Revista Serviço social e Saúde. UNICAMP Campinas, 2010

LESSA, Ana Paula Girão. **O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas**. Fortaleza: EDUECE, 2011/

LOPES, Vanusa Floriani. **As ações do Serviço social em relação à Política Nacional de Humanização em Hospitais**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 2011.

MANSUR, Marilia Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. Saúde Amanhã. **Desafios do SUS**. Disponível em: [Desafios do SUS - Saúde Amanhã \(fiocruz.br\)](https://www.fiocruz.br/pt-br/revista-saude-amanha/2022/11/desafios-do-sus), Nov de 2022

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In MOTTA, A.E., et al. (org.) **Serviço social e saúde**. 2. ed. São Paulo: OMS, 2006. Disponível em: [Desafios atuais do sistema único de saúde;de – sus e as exigências para os assistentes sociais - \[PDF Document\] \(vdocuments.pub\)](#), Jun de 2022.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina /UFMG, 2001.

RODRIGUES, Aline Andrade; et al. Teleologia e autonomia: estratégias do exercício profissional do assistente social em Santa Catarina. In: FAGUNDES, Helenara Silveira; SAMPAIO, Simone Sobral (Org.). **Serviço Social, Questão Social e Direitos Humanos**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2014. v. I, p. 77-93.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária**. In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. Teixeira, S. F.(org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VIEIRA, Balbina Ottoni. **História do Serviço Social**. Contribuição para a construção de sua teoria. 3ed. Rio de Janeiro: Agir, 1980.

YASBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e exclusão social: Expressão da questão social no Brasil**. Temporalis: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – Ano. 2, n, 3 (jan./jun). Brasília: ABESS, Grafine, 2001, p. 33-40.

ANEXO



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
GOIÁS
PRO-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL
Av. Universitária, 10691 Setor Universitário
Caixa Postal 861 CEP 74605-010
Goiânia | Goiás | Brasil
Fone: (62) 3946 3081 ou 3089 | Fax: (62) 3946 3080
www.pucgoias.edu.br | produ@pucgoias.edu.br

RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante Jackeline Kellen Justada da Cunha
do Curso de Serviço Social, matrícula 2019100070001-0
telefone: (62) 9 8436-0435, e-mail jackeline.kellen@gmail.com, na
qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos
Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a
disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado
Os Fundamentos do Trabalho da/o Assistente Social
na Saúde: Algumas considerações em trabalho com a gestante em ação
gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme
permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato
especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo
(MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela
internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC
Goiás.

Goiânia, 19 de dezembro de 2022.

Assinatura do(s) autor(es): _____

Nome completo do autor: Jackeline Kellen Justada da Cunha

Assinatura do professor-orientador: Danieli Silva B. Reis

Nome completo do professor-orientador: _____