

CENTRO UNIVERSITÁRIO SALESIANO

MARIA DE FÁTIMA CONCEIÇÃO ADÃO

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MATERNO
INFANTIL**

VITÓRIA
2021

MARIA DE FÁTIMA CONCEIÇÃO ADÃO

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MATERNO
INFANTIL DE VILA VELHA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Salesiano. Como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª Ms. Jaqueline da Silva

VITÓRIA
2021

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MATERNO
INFANTIL DE VILA VELHA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em ____ de _____ de ____, por:

Profª Ms. Jaqueline da Silva (UNISALES) - Orientadora

Profª Ms. Alaísa de Oliveira Siqueira(UNISALES) - Examinadora

Profª Ms..Camila Costa Valadão- Examinadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que sempre escutou minhas suplicas pedindo que aquietasse meus anseios, aos que convivem comigo minha filha Bárbara, minha mãe, ah parênteses para falar dessa mulher pequena em estatura mais gigantes nas ações e na forma como criou a mim e meus irmãos, certamente a ela devo tudo o que sou e também meus sobrinhos Gustavo e Vinicius que aturaram meus surtos de altos e baixos e em momentos de maiores incertezas sempre me fazendo acreditar que por mais difícil que fosse alguns momentos conseguiria superar, obrigada por tanta força, coragem e amor. Agradeço as minhas irmãs GINA, CIDA, Tereza e aos meus familiares que foram por muitas vezes minha razão de viver, pelos mesmos que lutei e sonhei os sonhos mais lindos para nós, por muitas vezes no decorrer da elaboração da pesquisa não pude dar a devida atenção que merecem, e o meu pai Natalino, e os meus sobrinhos Gael e Theo. Agradeço imensamente as minhas grandes amigas conquistadas no período da graduação e que certamente será para a vida inteira a Juliana Vitória e Regimilia Rauta que nos momentos difíceis estavam presentes para ouvir e após exposição percebíamos que grande era a ansiedade porque nesse momento é para colocar através de diálogos com os autores de referências o que havíamos estudado durante todo esse período de quatro anos na academia. Sem dúvidas foi Deus quem mandou vocês para a minha vida, obrigada por todo apoio e amor, minhas lindas.

Destaco a minha gratidão aos meus colegas e amigas de sala, os quais por muitas vezes estiveram ao meu lado, me apoiando e ajudando, compartilhamos juntos tantos momentos. A todos desejo uma vida linda, repleta de conquistas e felicidades, muito obrigada, desejo muito sucesso a vocês. Agradeço a minha orientadora Jaqueline da Silva, uma professora maravilhosa que tive a oportunidade de conhecer no primeiro ano de graduação e que aceitou o convite de ser minha orientadora, obrigada por toda paciência e cada orientação, tenho muita admiração por você e também a Aláisa Siqueira, eita mulher que me aturou também nos meus momentos de loucuras! Você terá para sempre toda a minha gratidão, principalmente nos momentos onde estava me sentindo "travada" para escrever uma linha. A todos, minha eterna gratidão!

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários (IAMAMOTO, 2015, p. 17).

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo identificar como se desenvolve o trabalho do (a) Assistente Social na saúde Materno Infantil. A metodologia adotada foi a bibliográfica, de caráter exploratório, que possibilitou recuperar dados sobre o trabalho do profissional na saúde e no atendimento materno infantil. Como problema de pesquisa se definiu: “De que forma o Assistente Social realiza a intervenção profissional em um Hospital materno infantil? “Nesta perspectiva, foi estabelecido como objetivo geral desta pesquisa identificar como se desenvolve o trabalho do (a) Assistente Social na saúde Materno Infantil. Tendo como objetivos específicos: identificar as demandas apresentadas ao assistente social na saúde Materno Infantil. Identificar as principais ações desenvolvidas pelo assistente social na saúde Materno Infantil. Para atingir a estes objetivos, definiram-se alguns passos metodológicos. Salientando que a pesquisa tem abordagem e caráter exploratório, através dos procedimentos técnicos bibliográficos. E a coleta de dados será bibliográfica tendo como referências autores que abordavam o tema em análise. Como principais resultados identifica-se um número excessivo de demandas de caráter sócio assistencial, decorrentes das situações de vulnerabilidades das usuárias e suas famílias atendidas no Hospital, o qual prevalece ações de caráter individual e emergencial. Fica evidenciado também que o processo saúde-doença precisa ser analisado a partir das determinações econômicas e sociais. Foi possível identificar a relevância do trabalho do assistente social pela equipe de profissionais da unidade, a intervenção qualificada e humanizada do profissional e comprometimento ético-político de acordo com a orientação contida no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão.

Palavras-chave: Serviço Social; Vulnerabilidades; Saúde materno infantil.

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper aims to identify how the work of (a) Social Worker in Maternal and Child health is developed. The methodology adopted was bibliographical, of an exploratory nature, which made it possible to retrieve data on the professional's work in health and in maternal-infant care. As a research problem, it was defined: "How does the Social Worker carry out professional intervention in a Mother and Child Hospital?" In this perspective, it was established as a general objective of this research to identify how the work of (a) Social Worker in maternal and child health is developed. Having as specific objectives: to identify the demands presented to the social worker in maternal and child health. Identify the main actions developed by the social worker in maternal and child health. To achieve these goals, some methodological steps were defined. Emphasizing that the research has an exploratory approach and character, through bibliographic technical procedures. And data collection will be bibliographical having as references authors who addressed the topic under analysis. The main results identify an excessive number of demands of a social assistance nature, arising from situations of vulnerability of users and their families attended at the Hospital, which prevails individual and emergency actions. It is also evident that the health-disease process needs to be analyzed based on economic and social determinations. It was possible to identify the relevance of the social worker's work by the unit's professional team, the professional's qualified and humanized intervention and ethical-political commitment in accordance with the guidance contained in the Code of Professional Ethics and in the Law for the Regulation of the Profession.

Keywords: Social Work; Vulnerabilities; Maternal and child health.

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAP- Caixas de Aposentadorias e Pensões

CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais

CE- Código de Ética

CEAS - Centro de Estudo e Ação Social de São Paulo

CRAS- Conselhos Regionais de Assistentes Sociais

CFAS- Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS)

CF- Constituição Federal

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CRESS- Conselhos Regionais de Serviço Social

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ES – Espírito Santo

ECRIAD- Estatuto Da Criança E Do Adolescente

GAS - Grupo de Ação Social

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPIS– Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriário (e

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOS: Lei Orgânica da Saúde,

OMS - Organização Mundial de Saúde

OS- Organização Social

PNAS -Política Nacional de Assistência Social

POP –procedimento operacional padrão

PSF– Programa Saúde da Família

NOB SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.

UBSs– Unidades Básicas de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI– Unidade de Terapia intensiva

UTIN–Unidade de Terapia intensiva neonatal

Ucinco– Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional Unidade de

Ucinca–Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

SESA–Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 OBJETIVOS | 13 |
| 1.1.1 Objetivo geral | 13 |
| 1.1.2 Objetivos específicos | 13 |
| 1.2 JUSTIFICATIVA | 13 |
| | |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 15 |
| 2.1 SERVIÇO SOCIAL DAS ORIGENS A CONTEMPORANEIDADE: CONSERVADORISMO E EMANCIPAÇÃO | 15 |
| 2.1.1 Movimento de Reconceituação | 18 |
| 2.1.2 Projeto Ético Político do Serviço Social | 20 |
| 2.1.3 Processo de Trabalho do Serviço Social | 23 |
| 2.2 SAÚDE | 26 |
| 2.2.1 A Trajetória Da Política De Saúde No Brasil | 26 |
| | |
| 3 METODOLOGIA | 37 |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA..... | 38 |
| 3.1.1 Resultados da pesquisa: Os Hospitais Maternos Infantis e o Serviço Social | 39 |
| 3.1.1 Demandas Apresentadas ao Assistente Social no Hospital Materno Infantil | 44 |
| 3.1.2 Principais Ações Desenvolvidas Pelo Assistente Social No Hospital Materno Infantil | 47 |
| | |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 52 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 54 |

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como tema a “Atuação Profissional do Assistente Social na saúde materno infantil” e como problema “de que forma o Assistente Social realiza a intervenção profissional em um Hospital materno infantil?”

O interesse pelo tema surgiu a partir das reflexões sobre os limites e desafios colocados ao profissional cotidianamente na área da saúde, em especial na saúde materno infantil. Com o impacto das atuais configurações do mundo do trabalho, principalmente no que se refere a saúde, uma reflexão sobre os desafios da profissão na viabilização da inclusão social e a qualidade na perspectiva da afirmação dos direitos sociais se faz necessário e urgente.

Diante do exposto, o tema delimitado para o presente TCC é: a atuação profissional do assistente social no hospital materno infantil e a metodologia utilizada partiu de um estudo exploratório, baseado em pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa, fundamentado numa perspectiva crítica e dialético.

Quanto ao objetivo geral da pesquisa é identificar como se desenvolve o trabalho do (a) Assistente Social na saúde Materno Infantil. Os objetivos específicos são dois: identificar as demandas apresentadas ao assistente social na saúde Materno Infantil. identificar as principais ações desenvolvidas pelo assistente social na saúde Materno Infantil.

Para Furtado (2005) entender o Serviço Social e a Política de saúde no Brasil é fundamental um breve resgate histórico, iniciando pelo período imperial, no modelo escravagista, mas que por pressões e sanções econômicas de países europeus se viu na obrigação de “libertar” os pretos escravos, passando pela República Velha, com o favorecimento das grandes propriedades, herança recente do período escravocrata, que favoreceu a concentração de riqueza, e o setor cafeeiro, com acumulação do capital e a exploração do imigrante.

Para Iamamoto e Carvalho (2013) o período da República Velha explicitou ainda mais a questão social, com o êxodo rural, os descendentes de escravos migravam para os

grandes centros para residir em condições de pauperização as margens das indústrias. Esse quadro de agravamento e visualização da pobreza, com a lógica da culpabilização do sujeito e de seu lançamento na esfera policial e não assistencial.

De acordo com os autores Castro (2005), Martineli (2011) e Iamamoto e Carvalho (2013) na Europa, nos Estados Unidos, no Chile já existiam as primeiras Escolas de Serviço Social com forte influência da Igreja Católica. O Serviço Social no Brasil, durante o Estado Novo, com influência da Igreja Católica começou o atendimento social caritativo e em 1936 foi inaugurada a primeira Escola de Serviço Social no Brasil. As ações religiosas eram voltadas para a caridade aos que viviam situação de vulnerabilidade social, todavia, o objetivo era o de fortalecimento da ideologia hegemônica da Igreja, garantindo o sucesso de suas práticas e adesão inquestionável às suas regras.

Diante disso, durante longo período o Serviço Social teve um recorte teórico prático, pautado na vertente neotomista, no entanto, com as mudanças na conjuntura social, política e ideológica, que repercutiam na necessidade de releitura da realidade, começou a se questionar, dando origem a uma intenção de ruptura, buscando se aproximar de outros marcos teóricos.

Segundo os autores Iamamoto e Carvalho (2013) a Questão Social se agrava ainda mais nos embates entre a classe patronal x empregados, a previdência e a saúde. Ressaltando que nesse período, entre os anos 1930 e 1960, política de saúde foi dividida em saúde pública e medicina previdenciária, a saúde era contributiva, ou seja, somente trabalhadores que contribuía com caixas de aposentadoria (CAPS) e os institutos de aposentadorias e pensões (IAPS), Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPIS), e mais tarde na ditadura militar quando os órgãos gestores são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e aqueles que não tinham acesso eram atendidos na filantropia e impactava no Serviço Social (PAIM, 2009).

Para Iamamoto (2015) as mudanças que ocorreram nesse período entre a década de 1930 até o final dos anos 1980, em especial, o Estado tem assumido legal e teoricamente, a responsabilidade de prover os cidadãos com assistência, previdência, educação e saúde, no entanto, muitas vezes delega suas obrigações para a iniciativa

privada, tanto no que tange as ações, quanto a administração.

Atualmente se fala do processo de voluntarismo e refilantropização das ações estatais, o que faz lembrar o período em que, por exemplo, a saúde se destinava a poucos, com ligação aos espaços de trabalho, ou pela caridade religiosa, das Santas Casas de Misericórdia.

Não se pode ignorar que no período ditatorial da década de 1960 e 1970, pelo incentivo norte-americano, houve um incremento nas atividades de cunho assistencialista e não de política pública na dimensão dos direitos sociais. Assim, segundo lamamoto (2015), o Estado deixa de se responsabilizar por essa população desfavorecida, inculindo por outro lado, no indivíduo um sentimento de culpa por não se enquadrar na sociedade da meritocracia.

Pensando na importância da saúde e de toda a sua historicidade a exposição deste trabalho foi estruturado em seções temáticas complementares e articuladas. No primeiro se fez um percurso histórico do Serviço Social no Brasil, desde sua gênese, passando pelo movimento de reconceituação, até sua contemporaneidade, com o projeto ético político e o Código de Ética Profissional. No segundo tópico o tema foi a história da política de saúde no Brasil e por fim, a atuação do assistente social no Hospital Materno Infantil dentro da legislação vigente.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- identificar como se desenvolve o trabalho do (a) Assistente Social na saúde Materno Infantil.

1.1.2 Objetivos Específicos

- identificar as demandas apresentadas ao assistente social na saúde Materno Infantil.
- identificar as principais ações desenvolvidas pelo assistente social na saúde Materno Infantil.

1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema foi devido a aproximação durante o estágio obrigatório I, realizado dentro da maternidade de um Hospital Materno infantil, o que despertou o interesse em ampliar o debate sobre as atribuições do profissional, bem como da forma como executa suas atividades, pensando na dimensão ética de sua atuação e da saúde como direito de todos.

O referido hospital fica localizado na região da Grande Vitória, e é referência para todo o Espírito Santo, o que coloca em evidência a relevância da atuação dos profissionais do Serviço Social, em especial na política de saúde, principalmente porque é um hospital materno infantil, considerado nível de atenção de alta complexidade e dá suporte aos encaminhamentos da atenção básica.

Afirmam Iamamoto e Carvalho (2013) que no início o Serviço Social era benemerente e o indivíduo que tinha que se ajustar para se adequar e não mais manifestar quaisquer uma das expressões da questão social, seja ela pauperização, falta de emprego ou a falta de acesso a saúde, haja, vista que quase na metade do século XX a saúde era contributiva e que não o fazia tinha que recorrer a filantropia.

De acordo com PAIM (2009) que este tipo de assistência que priorizava os atendimentos da previdência, depois os trabalhadores e por fim os que eram atendidos por filantropia era residual, ou seja, o atendimento era prioritário para quem participava de algum dos institutos de aposentadoria e os sobrantes fazia uso da filantropia. Aconteceram vários embates para que todos fossem garantidos acesso a saúde sem qualquer condicionante.

E segundo Bravo (2009) os movimentos sociais que levantavam bandeira para uma política de saúde pública universal, na ocasião, enfrentaram forças adversas e com a Constituição Federal (CF) promulgada em 1988, que assegurava o tripé da seguridade essa realidade ficava mais próxima. E finalmente em 19 de setembro de 1990 foi criada a Lei 8.080 que dispõe sobre a promoção, prevenção da Saúde em todo território nacional brasileiro.

Desta forma, entender a prática profissional no espaço da saúde pública é conseguir fazer o percurso do fortalecimento do serviço social enquanto profissão ligada ao conceito do estado democrático de direito.

A pesquisa tem abordagem e caráter exploratório, através dos procedimentos técnicos bibliográficos. A coleta de dados será bibliográfica tendo como referências autores que abordavam o tema em análise: CFESS (2020), Yamamoto (2015), Barroco (2009), Behring e Boschetti (2011), Bravo (2009), além de produções científicas (artigos, monografias, dissertações) disponibilizadas na internet e revistas especializadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem como objetivo abordar com um pequeno resumo, contextualizado das raízes históricas do Serviço Social, ressaltando a influência da Igreja Católica, passando assim, da maneira caritativa de suas ações, até o seu desenvolvimento junto aos movimentos de luta pela consolidação do estado democrático de direito. Dessa forma, será abordado como o Serviço Social se profissionalizou, desde a inauguração das primeiras escolas de Serviço Social no Brasil, a sua revisão crítica no movimento de reconceituação, até alcançar a contemporaneidade.

Em seguida também será abordado a política da saúde e sua cronologia: desde o período colonial, com a inexistência de médicos e tratamento feito com curandeiros e boticários, passando pela República Velha, o período que houve uma grave crise epidêmica, no Estado Novo e Ditadura militar onde a saúde tinha cunho residual e até chegar ao SUS e as diretrizes que o norteia.

2.1 SERVIÇO SOCIAL DAS ORIGENS A CONTEMPORANEIDADE: CONSERVADORISMO E EMANCIPAÇÃO

Para Martinelli (2011), no final do século XIX, com a expansão da economia mundial, com forte pressão da burguesia devido ao favorecimento dos que detinham o poder e com o crescimento das manifestações dos trabalhadores fortalecendo assim o período industrial e o capitalismo se fortalece de modo absoluto e profundamente antagônico, haja vista que, é um divisor de águas: as classes trabalhadoras e os donos do capital

que por sua vez enxergavam os operários como acessório do capital e por vezes de forma coercitiva.

Legitimado pelo capital para atuar na intermediação do conflito da Questão Social, se efetiva o Serviço Social, que com o decorrer do tempo e de suas revisões internas, foi se aproximando da classe operária, da compreensão de que as expressões da Questão Social são decorrentes do sistema capitalista e não de culpa do trabalhador, construindo seu atual projeto ético-político.

O Brasil, no século XIX, sofria pressão da Inglaterra para pôr fim a escravidão e assim pudesse vender seus produtos manufaturados, com abertura dos grandes mercados europeus. Sendo, pois, um interesse econômico e não sobre a dignidade da pessoa, houve o fim formal da escravidão, mas preocupação com os destinos das pessoas que foram libertadas, tendo uma parte permanecido no campo e outra migrando para os centros urbanos, ocupando as áreas periféricas em condições miseráveis, sem inclusão adequada no mercado de trabalho, mesmo nos campos, onde atuavam, como alternativa os donos de terras foram em busca de trabalhadores europeus (FURTADO, 2005).

O Serviço Social no Brasil, assim como aconteceu em outros países, foi fortemente influenciado pela Igreja Católica, em seu modelo caritativo, com envolvimento das mulheres, nas ações que visavam controle e alento físico e espiritual (CASTRO, 2005).

Para Castro (2005) e Martinelli (2011), as damas de caridades trabalhavam com essa população pauperizada e a Igreja dispunha de espaços físicos onde aconteciam as ações de caridade. Todavia, essas ações tinham via de mão dupla: me ajuda que eu te ajudo. O Estado se eximia de atender essa população, assumida pela Igreja, que com ações caritativas, facilitava a omissão estatal.

No que se refere à Doutrina Social da Igreja merecem destaque nesse contexto as encíclicas 'Rerum Novarum' do Papa Leão XIII de 1891, que vai iniciar o magistério social da Igreja no contexto de busca de restauração de seu papel social na sociedade moderna e a 'Quadragesimo Anno' de Pio XI de 1931 que, comemorando 40 anos da 'Rerum Novarum' vai tratar da questão social, apelando para a renovação moral da sociedade e a adesão à Ação Social da Igreja (ABEPSS, 2010, p. 4).

De acordo com Aguiar (2011) e Yamamoto e Carvalho (2013) a revolução política que aconteceu no Brasil em 1930, fortaleceu a intervenção da Igreja Católica, com a

aproximação da Igreja e Estado, chegando a ocorrer em 1931, a escolha de Nossa Senhora Aparecida como padroeira do Brasil e a Ação Católica Brasileira divulgando a doutrina Católica, com a intenção de uma reforma social.

O Estado se eximia de atender essa população e por sua vez a Igreja fazia as ações caritativas e por isso suas edificações estão em espaços estratégicos: edificações suntuosas e nas praças centrais e construções de universidades como a Pontifícia Universidade Católica, ou simplesmente a PUC (IAMAMOTO E CARVALHO, 2013).

Castro (2005) diz nesse bojo da influência das ideias e propostas europeias e o pragmatismo dos Estados Unidos e a América Latina, o Serviço Social se estabelece, ocorrendo no ano de 1936, em São Paulo, a inauguração da primeira escola de Serviço Social, bem como o Centro de Estudo e Ação Social de São Paulo (CEAS).

O regime inicialmente adotado era o de parceria, no qual a renda do colono era sempre incerta, cabendo-lhe a metade do risco que corria o grande senhor de terras. A perda de uma colheita podia acarretar a miséria para o colono, dada sua precária situação financeira. [...] O segundo problema a exigir solução era o do pagamento da viagem. Obrigando-se o colono a indenizar os gastos de viagem, seus e de sua família, era inevitável que se suscitasse nele o temor de que sua liberdade futura estava comprometida. Sendo os fazendeiros de café os mais diretamente interessados na imigração, era natural que corresse por conta deles os gastos de transporte (FURTADO, 2005, p. 98).

O desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais conflituosas e suas especificidades exigem um profissional devidamente qualificado para o atendimento de forma racional e eficiente para conter ou amenizar as diversas expressões da Questão Social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2013).

O serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão de trabalho, tendo como pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, processos esses aqui aprendidos sob as novas classes sociais emergentes [...] A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento por parte das empresas e Estado (IAMAMOTO e CARVALHO, 2013, p. 77).

O desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais conflituosas e suas especificidades exigem que profissional devidamente qualificado para o atendimento de forma racional e eficiente para conter ou amenizar o embate entre as classes, uma vez que a profissão nesse momento está a serviço da burguesia. Esse embate entre o dono do capital versus operário é uma das expressões da questão social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2013).

Para Yamamoto e Carvalho (2013) e Martinelli (2011) a preocupação com a classe trabalhadora, era uma forma dissimulada de controle. Assim, as ações da burguesia ligadas à assistência, era um mecanismo de autopreservação, que ao realizar o atendimento da classe trabalhadora, definido muitas vezes como desajustado, permitia que as engrenagens da burguesia continuassem sem intempéries.

O positivismo de Conte estava arraigado e garantia a postura supra, de disseminação da ideia de harmonização entre as classes, com ausência de conflito. Esse discurso de harmonia, meritocracia e distanciamento da classe trabalhadora, sempre vista como culpada pela sua condição de precariedade e vulnerabilidade, foi sendo paulatinamente discutido pela profissão. Passam a questionar a atuação passiva, apolítica, acrítica e tecnicista, nascendo e se estabelecendo o Movimento de Reconceituação.

2.1.1 O Movimento de Reconceituação

Na América Latina o Movimento de Reconceituação foi constituído por diversos profissionais intelectuais do Serviço Social que em diferentes países, por estarem insatisfeitos com os desempenhos das atividades tradicionais, criticam a atuação da profissão. Eclodiu em um contexto de agitação social impulsionados pelos movimentos progressistas revolucionários no final da década de 1950 e início dos anos de 1960 fortalecidos pela exitosa revolução cubana (CASTRO 2005).

Em seus primórdios, o serviço social estabeleceu uma interlocução privilegiada com o pensamento social católico e com o pensamento conservador europeu, tendo-se secularizado em estreita aproximação com as concepções estrutural-funcionalista difundida nas Ciências Sociais e humanas norte-americanas, além da incorporação de rudimentos da psicanálise. A aproximação teórica da profissão ao universo diferenciado da tradição marxista ocorre tardiamente, a partir de meados dos anos 60, na América Latina, no bojo do conhecimento movimento de reconceituação do serviço social ponto instaura-se, a partir de então, uma tendência ao debate plural no campo das ideias no meio acadêmico do serviço social pronto assim sendo, é impossível decifrar a profissão e dependentemente do diálogo crítico com a ser um intelectual, que vem alimentando, historicamente, a cultura profissional estabelecendo distintos parâmetros de qualificação da profissão e de sua função na sociedade (IAMAMAOTO, 2015, p. 27).

No Brasil, assim como os demais países da América Latina, o Movimento de Reconceituação é a aproximação do Serviço Social com a teoria marxista e isso

significa um pensamento contestatório, ou seja, visão crítica da atuação vigente da profissão do Serviço Social. Porque até então o profissional tinha um relacionamento muito próximo com a classe burguesa e tinha uma base teórica que ia da fenomenologia, neotomismo ao positivismo (IAMAMOTO e CARVALHO, 2013; MARTINELLI 2011; CASTRO 2005).

O Serviço Social não é, portanto, uma simples extensão das velhas práticas filantrópicas, ainda que as incorpore. Ele é algo substancialmente novo, uma profissão como tal, socialmente reconhecida, que nasce da incorporação acomodação do arcaico [...], superando-o técnica e cientificamente na medida em que o mercado de trabalho profissional se expande e se consolida por meio das grandes instituições assistenciais direta ou indiretamente articuladas a um Estado organicamente vinculado à reprodução do capital na era monopólica (SILVA, 2013, p. 80).

Afirma Netto (2011) que o Movimento de Reconceituação é um conjunto de características novas que o Serviço Social articulou e recanalizou seu trabalho de pensamento social contemporâneo. Esse processo envolveu outras profissões em decorrência da laicidade, bem como as correlações de forças e debates estabelecido no Brasil, pela Ditadura Militar.

De acordo com Bravo (2007) o início da Ditadura foi um retrocesso para as forças democráticas, isso quer dizer que a forma de dominação burguesa no Brasil respondia a Questão Social por meio do binômio: repressão e assistência burocratizada e modernista na máquina estatal, com o intuito de aumentar o poder através da dominação sobre a sociedade e de quebra reduzindo as tensões entre as classes sociais e legitimando o regime ditatorial.

Netto (2005, p.154) ressalta que:

[...] uma perspectiva modernizadora para as concepções profissionais – 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.

No movimento de atualização da profissão, ocorreram alguns encontros e documentos produzidos, se destacando alguns, como o seminário de Araxá organizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social (CBCISS) que ocorreu em 1967, marcado pelo transformismo da construção do Serviço Social tradicional sobre novas bases, mantendo, todavia, o conservadorismo. Posteriormente ocorre o Documento de Teresópolis que ocorreu em 1970, marcado pela operacionalização do Serviço Social, voltada pela administração tecnoburocrata

(NETTO, 2011).

Para Netto (2011) 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 (2011, p. 195) “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”.

Para Yamamoto (2015) na segunda metade do século XX, em especial na década de 1960, com o contexto político, social e econômico, a categoria já assinalava a necessidade de uma prática transformadora, para isso a categoria se aproximou dos escritos de Marx, inicialmente por meio de autores que o estudavam e interpretavam, e de outras ciências, construindo a capacidade de aprofundamento do debate crítico.

O movimento de conceituação do Serviço Social coincidiu com o Movimento de Reforma Sanitária, movimento que reivindicava uma Política de Saúde igualitária, incluindo algumas pautas: reivindicações de direitos sociais, políticas públicas e o Estado. Quanto ao projeto ético-político também foi nesse período que foi construído com viés mais crítico. E durante o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) também conhecido como "Congresso da Virada" que ocorreu em 1979, no Estado de São Paulo, onde os assistentes sociais expressaram o compromisso de uma categoria em prol de uma sociedade mais justa, transformado posteriormente como base para o Código de Ética profissional (NETTO, 2011).

De acordo com Silva (2016) o que define o Serviço Social no Brasil, no contexto do Movimento de Reconceituação na América Latina foi um marco Histórico da profissão na qual o Serviço Social teve o protagonismo muito importante na forma de como se organizou no âmbito da estruturação acadêmica e político do grande e ativamente coletivo profissional no continente sul-americano.

O pensamento crítico foi extremamente importante porque com a aproximação de outras vertentes teóricas não fundadas no positivismo e funcionalismo, e com autoconsciência o Serviço Social começou a se formular um Projeto Ético Político e um novo projeto societário, distanciado do que estava vigente naquele período.

2.1.2 Projeto Ético Político Do Serviço Social

O Projeto Ético Político do Serviço Social, em seu processo de nascimento no Brasil começou a construção na década de 1970, fortemente impulsionado pelo questionamento do Serviço Social conservador, momento esse em que a própria categoria criticava sua base tradicional. Nesse período o Serviço Social tradicional exercia a prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada” e que tinha uma base forte de uma ética liberal burguesa e cuja teologia era funcionalista e estava vinculada a defesa da classe burguesa (BRAVO, 2009).

Para o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2017, p.11)

Por Projeto Ético-Político compreendemos um dado projeto profissional, constituído por um sujeito coletivo – a categoria de assistentes sociais – que dispõe tanto de reconhecimento jurídico-político por parte do Estado, o qual Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) legitima e demanda o seu fazer, como de balizas norteadoras para a sua formação e intervenção a nível teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. É este corpo profissional, por meio de seus instrumentos formativos, político-organizativos e reguladores – as unidades de formação acadêmica, executiva de estudantes (ENESSO), associação de ensino e pesquisa (ABEPSS) e conselhos de fiscalização (conjunto CFESS/CRESS) – que elabora o seu estatuto profissional [...]

Conforme Santos; Blackx e Guerra (2017) as dimensões que configuram a atuação da profissão do Assistente Social não são imutáveis, tampouco pode ser considerada separadamente, ao contrário, conversam entre si, e reflete na forma que o Assistente Social intervém quando a Questão Social é apresentada com suas diferentes e antagônicas demandas que chegam a divisão técnico-operativo e a forma de aparecer da profissão pela qual é conhecida.

Não obstante a dimensão técnico-operativo, que se constituem no modo de aparecer da profissão, como profissão interventiva no âmbito da chamada “questão social”, a qual esconde seus fundamentos econômicos e políticos, apesar de necessária, se considerada de maneira autônoma, é insuficiente para dar as respostas qualificadas à realidade social. Refletir sobre essa dimensão, suas possibilidades e limites no contexto das respostas às demandas e requisições sócio-profissionais presentes na realidade social e na racionalidade que lhe é conexa é nosso objetivo (SANTOS; BLACKX E GUERRA, 2017, p. 50).

O projeto profissional do Serviço Social é fortemente ligado ao projeto de transformação da sociedade. Assim, no Brasil, dos anos de 1970 quando a categoria do Serviço Social ainda apregoava uma neutralidade na profissão, mas já pensando em torno do exercício diário de sua dimensão técnico-operativo, teórico-metodológica,

se apropriando da realidade em seu movimento dialético e uma determinada valoração ética (VASCONCELOS, 2015).

O Projeto ético-político se iniciou em 1970 e se consolidou com o congresso da virada no ano de 1979, conforme supra indicado, que se configurou num evento onde o Serviço Social se reconheceu como trabalhador e se posicionou abertamente em favor da classe operária. Até então, os Códigos de Ética tinham uma característica de pseudoneutralidade, e com os debates e leitura de outros fundamentos teóricos metodológicos, ruiu com as antigas bases funcionalistas e religiosas, nascendo um Código com novas bases teóricas, decorrentes da maturação interna e das expressões externas, advindas do movimento de luta pela democracia, cidadania, liberdade e igualdade SOCIAL (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL, 2010).

Voltado um pouco historicamente, a partir de 1940, houve uma discussão, com forte influência da Igreja Católica, com a criação de um código moral para orientar a execução do trabalho do assistente social. O Código de Ética foi embasado na filosofia neotomista, através da Rerum Novarum, com um reflexo da visão europeia. E em 1947, foi promulgado o primeiro Código de Ética Profissional do assistente social elaborado de forma breve, tinha como premissa orientar a prática do Serviço Social (OLIVEIRA; CHAVES, 2017).

Na década de 1950, foi regulamentada a profissão de Serviço Social com a Lei 3.252 de 27 de agosto de 1957, e reafirmada pelo Decreto 994 de 15 de maio de 1962, ressaltando que foi nesse decreto em seu artigo 6º que previa a disciplina e fiscalização do exercício profissional através do Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) e aos Conselhos Regionais de Assistentes Sociais (CRAS). No início o conselho da categoria tinha caráter corporativo, ainda a serviço da burguesia. Na contemporaneidade são denominados Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e desvinculado da burguesia (FELIPPE, 2018).

Segundo Guedes (2016) após o golpe militar, em 1965, foi realizado o Seminário de Araxá, o que deu o ponto de partida para o Movimento de Reconceituação, principalmente com a aproximação da categoria com outras ciências, logo começou a

se pensar em um novo Código de ética.

Neste código, ela é associada à universalidade abstrata que, na modernidade, sustenta a defesa dos Direitos do Homem e do Cidadão. Reafirma-se, portanto, uma interpretação a-histórica dos direitos ao mesmo tempo em que se ratifica a sua associação à defesa do bem comum. Considera-se, então, que o Código de Ética está alicerçado nos direitos fundamentais do homem e nas exigências do bem comum, princípios estes reconhecidos pela própria filosofia do Serviço Social (GUEDES, 2016, p.35).

Afirma Barroco (2009) que conforme o código de ética de 1965 o de 1975 tem um a releitura do conservadorismo, ou seja, de certa forma é reatualização da doutrina social da Igreja na ação profissional dos assistentes sociais.

Os Códigos de Ética do Serviço Social brasileiro de 1965 e 1975 são assim expressões desse processo no interior da profissão. Se no Código de 1965 evidenciam-se ainda as influências dogmáticas da Igreja Católica (neotomismo), prevalecendo a visão abstrata do “homem”, o de 1975 traz elementos das reflexões originárias dos seminários de Araxá e Teresópolis, reconhecendo já o Estado como gestor do “bem comum”, reproduzindo um viés governamental (SILVA, 2020, p. 295)

Para Barroco o CE (2009, p. 179):

O Código de 1986 não foi suficientemente desenvolvido em sua parte operacional e em seus pressupostos teóricos, orientados pelo marxismo. Com o objetivo de ampliá-los, foi feita a reformulação de 1993, em um contexto muito diverso daquele que em 1980 favoreceu a construção do projeto de ruptura profissional.

E segundo Silva (2020) com o Congresso da virada de 1979, divisor de águas no que tange no processo de consolidação de um novo projeto profissional, rompendo de vez com o vínculo de proteção e subordinação com a classe burguesa. Nesse período os movimentos pela redemocratização do país e, no caso da saúde, por uma política de saúde universal, impulsionaram ainda mais a construção de um Novo Código de Ética, nascendo o Código de 1986.

O código de ética de 1986 sofreu novas análises e avançou para o Código de 1993, ainda em vigência, que rompe definitivamente com o caráter conservador da profissão, com a consolidação da perspectiva crítica e da busca pela garantia de direitos e defesa da pessoa e dos valores democráticos.

Conforme Barroco (2009) o Código de Ética de 1993, vigente até os dias atuais, marca a trajetória de todo o movimento de lutas seja pelos direitos sociais, processo de redemocratização, a Constituição Federal de 1988, com embasamento teórico crítico da sociedade como um todo. Tal Código é organizado por meio de onze princípios, deveres, direitos e proibições que norteiam o comportamento ético-profissional,

ofertando seus objetivos ético-políticos, e, também parâmetros para atuação do assistente social no cotidiano de suas ações individuais e coletivas.

O Código e Ética de 1993 traz o pensar ontológico conforme a obra de Lukcas (1979, p. 87) “o trabalho é antes de mais nada [...] o ponto de partida da humanização do homem, do refinamento de suas faculdades, processo do qual não se deve esquecer o domínio sobre si mesmo”. Nesse sentido o trabalho se realiza para além da ação constitutiva do ser social e encerra em si mesma uma análise reflexiva de toda a sua dimensão.

2.1.3 Processo de Trabalho do Serviço Social

Segundo NETTO (2011) e lamamoto (2015) a Questão Social e suas múltiplas expressões são objetos de intervenção do assistente social e, nas palavras de Guerra (2014) essas podem ser apresentadas através da vulnerabilidade social, como a falta de habitação, comida, trabalho, violência contra a mulher, criança, idoso.

Para dar conta de tais demandas apresentadas, Guerra (2014) indica que os profissionais utilizam de instrumentos que podem ser: entrevista, visita domiciliar, acolhimento e acompanhamento social, trabalho e dinâmica de grupo, reunião de grupo para atender as situações ali apresentada por cada sujeito para que o assistente social faça análise da realidade social e compreenda e atue de forma a garantir o direito do indivíduo.

lamamoto (2015) faz uma análise do momento da atuação do profissional de Serviço Social e enfatiza que é necessária audácia o tempo todo, isso porque os assistentes sociais são desafiados em meio de tempos difíceis: o profissional que luta para garantir os direitos dos trabalhadores ao mesmo tempo que tenta manter seus próprios postos de trabalho, ou seja, a precariedade do trabalho também é uma das expressões da Questão Social: o mercado de trabalho e suas repercussões no campo de atuação do trabalho do Assistente Social.

Intervindo na realidade do sujeito, precisa se habilitar a entender o contexto social e a particularidade do sujeito, para atuar com competência. Isto quer dizer, compreender

a realidade social como dinâmica e contraditória, o que exige a construção de uma base teórica, metodológica, política e ética para atuar nas demandas que são apresentadas (GUERRA, 2014).

O sujeito apresenta a demanda, e de acordo com a lamamoto (2015) o assistente social faz a análise crítica de sua realidade e intervém de forma consciente. O resultado dessa intervenção é visto de duas formas: tangível, quando o resultado é palpável para o sujeito, por exemplo, a obtenção de um benefício eventual; e intangível quando a intervenção é abstrata, mas o resultado da garantia de direito é feito. E nem sempre é possível garantir uma vez que há as relações de poder institucionais e os recursos colocados a disposição do trabalho do assistente social, principalmente quando o empregador é o Estado.

Segundo lamamoto (2015) o Estado delegou parte de suas obrigações, para organizações da sociedade civil e isso é verificado com a substituição gradativa e intencional das funções do Estado em promover o Bem-estar Social pelo chamado Estado Mínimo, resultante da implantação também gradativa da política neoliberal, levando ao sucateamento das políticas sociais públicas.

Apesar do fortalecimento do modelo neoliberal, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, considerada Constituição Cidadã, reforçou a necessidade de intervenção estatal na defesa e garantia da igualdade social e dignidade da pessoa humana, com base na democracia, liberdade e de um Estado de Direito. As determinações constitucionais, propuseram leis infraconstitucionais, como a Lei Orgânica da Assistência Social e da Saúde (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

Também foi com consenso que o acervo historicamente utilizado pela profissão deve ser concebido como um ganho e não como um problema- ele integra e a cultura profissional, e negar o formaliza não significa negar o papel que os instrumentos em relação à forma de organização do trabalho profissional. Para romper com instituído, ir além das demandas institucionais, há necessidade de se pensar técnicas e Instrumentos a partir do contexto do qual se dá ao exercício profissional, sendo, portanto, fundamental pensa-los a partir da análise da leitura da realidade dentro dos valores e daquilo que necessita ser mobilizado (SANTOS; LACKX; GUERRA, 2017. p.38).

Entretanto, não é para desconsiderar ações sociais de iniciativa pública, de importante presença no atendimento à Questão Social, reforçada, a partir de 1988, pela Constituição Federal seguida de diferentes leis orgânicas relacionadas ao atendimento a diferentes áreas e segmentos, que as promulgaram como dever do

Estado e direito de cidadania e isso inclui a política de saúde (BEHRING e BOSCHETTI, 2011)

O Serviço Social na contemporaneidade requer os olhos abertos para o que é necessário mobilizar para atender as demandas. Embora com base conceitual, projeto ético e instrumentos técnico operativos, a fragilidade das políticas públicas, prejudicam o acesso a direitos e garantias. (IAMAMOTO, 2015).

Posto esses elementos relativos à profissão, para atender aos objetivos da pesquisa, será retratado agora, o panorama da Política de Saúde.

2.2 SAÚDE

O objetivo do presente capítulo é abordar a política de saúde no Brasil, bem como, a forma que foi o seu início, desde quando era apenas feita por curandeirismo, direito privado e contributivo até se transformar em universal, constituindo assim o Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros acontecimentos como a Reforma Sanitária.

2.2.1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A Organização Mundial da Saúde - OMS, conceitua a saúde no contexto histórico, político, cultural e social de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, ou seja, de forma mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra também a acesso a serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Para entender a saúde no Brasil, é necessário realizar um breve resgate histórico, da colônia, Estado Novo (1930) e até o momento atual. Seu desenvolvimento foi marcado por diversas formas de organizações e de muitas normas, com a realização de ações

inicialmente sem organização como forma de saúde pública, para assumir a condição de direito de todos e dever do Estado, com ordenamento jurídico definido e constante de uma estrutura política (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

A chegada da realeza portuguesa no Brasil em relação ao controle de tratamentos de doenças ainda era fragilizada, isso porque a responsabilidade ficava a cargo do curandeirismo ou benzedeiro, porque o povo brasileiro se constituía de indivíduos miscigenados, do qual cada grupo tinha sua cultura, costumes e tradições em relação a tratativas do controle de doenças. A presença da monarquia no país possibilitou a chegada de médicos, isso porque a preocupação com as condições de vida da população e melhoria das cidades (REBOUÇAS, 2019).

No final do período imperial as políticas de saúde eram rudimentares e centralizadas, ou seja, não atendia a população como um todo, as famílias abastadas que detinham um poder aquisitivo tinham acessos aos médicos. No entanto, quando eclodiu a epidemia não foram suficientes para a suprir as necessidades e por isso a população em geral eram atendidas pelas Santas Casas de Misericórdia, através da filantropia (PAIM, 2009).

A Política de Saúde foi influenciada pelas diversas fases políticas, econômicas e culturas do Brasil. Assim, remonta desde o fim do Brasil Império, passando pela República Velha e rumo ao Século XX. No final do Século XIX, o Brasil era acometido com um surto de varíola, Febre Amarela e Tuberculose; O médico sanitarista Oswaldo Cruz recebe a incumbência de ser Diretor Geral da Saúde Pública, e implementou medidas de controle da Malária e Varíola, já em 1904 o estopim da Guerra da Vacina (CARVALHO, RODRIGUES e ROSA, 2020).

Afirma Rebouças (2019) que com a passagem do século XIX e início do século XX, período que iniciava a industrialização no Brasil a saúde era tratada como questão social. Com o aumento da epidemia o quantitativo de trabalhadores nas fábricas diminuiu porque a população estava adoecida e fragilizada. E em meados de 1903, e sob a coordenação do médico sanitarista Oswaldo Cruz, a diretoria-geral de saúde pública instituiu um código sanitário que propunha a desinfecção, isso incluía as residências, edifícios e qualquer estabelecimento que fosse considerado nocivo a saúde pública. Porém, essas ações interventivas de vacinas obrigatórias tinha um

cunho militarista que culminou na Revolta das Vacinas, conhecido como período higienista na história de saúde no Brasil.

De acordo com Oliveira (2012) a forma que a campanha de saúde se organizava de forma campanhista, claramente inspirada de campos militares, para combater as epidemias, de forma autoritária, com a finalidade de desinfetar e exigiam reformas, interdição de prédios e os alvos que mais sofriam era a população em vulnerabilidade social, de pobreza extrema e densidade demográfica. Na segunda fase do movimento sanitarista, entre 1910 e 1920, o foco foi a zona rural no combate a três endemias rurais acintosas: ancilostomíase, malária e mal de Chaga Mesmo com métodos questionáveis, Oswaldo Cruz conseguiu colher informações que foram importantes para o seu sucessor Carlos Chagas no combate as epidemias.

No Brasil, a assistência à saúde dos trabalhadores, como ocorreu nos países centrais e aliada ao nascimento da medicina social que iniciou na Alemanha, França e Inglaterra, houve com a mediação estatal no seu papel de manutenção da ordem social (BRAVO, 2000).

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2000, p. 3).

De acordo com Paim (2009) o sistema de saúde do Brasil nasceu de três vias: saúde pública, eram ações para atendimento de crise pandêmicas; medicina previdenciária: atendimentos feitos pelos fundos de pensões e a saúde do trabalhador, inserido no Ministério do Trabalho.

Assim, a organização dos serviços de saúde no Brasil [...] vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do Trabalhador, inserido no Ministério do Trabalho; e, ainda as ações curativas e individuais integrando a medicina previdenciária e as modalidades assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p.31).

Para os demais cidadãos, não tinham direito a saúde, porque não era considerada um

direito de todos e nem alvo de políticas públicas, restava às pessoas que tinham recursos procurar médicos particulares e até soluções no exterior. As que não dispunham de recursos dependiam da caridade, por isso muitos faziam uso das Santas Casas de Misericórdia, outros de parteira e dos curandeiros. De 1946 a 1964, legitimação dos governantes, beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha, fenômeno este que ficou conhecido como massificação de privilégios (FLEURY e OUVÉRY, 2006).

De acordo com Filho (2011) durante o regime ditatorial, o Estado, procurou se apropriar do dinheiro das caixas de pensões, provocando através de manobras o desmonte de instituições que atuavam antes de 1964, como o IAPs. Alega que o Estado se aproveitou que as antigas caixas e aposentadorias e fundos de pensões estava passando por um momento delicado, diante disso, o governo se apropriou da administração e em 1966 cria o Instituto de Previdência Social (INPS), tornando único gestor e acabou com os órgãos previdenciário o INPS era subordinado do ministério do Trabalho. E com isso foi estabelecido um sistema de saúde binário: o INPS trataria do doente individualmente e o Ministério da Saúde, pelo menos em tese, ficaria a cargo de executar programas sanitários. Por esse sentido de apropriação, aconteceram críticas e reclamações quanto ao fim dos IAPs.

No período da Ditadura militar, entre os anos de 1964 e 1974, o Estado usou de intervenção repressão - assistência, ocorrendo uma política social ampliada, controlada, burocratizada suavizar as tensões sociais e conseguir legitimar o regime ditatorial. Na política nacional de saúde, enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses vindos da classe estatal dos grandes empresários médicos. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. Enquanto isso já havia uma forte pressão e articulação para uma Reforma Sanitária (BRAVO, 2012).

A Reforma Sanitária foi fruto de um amplo movimento social que se iniciou ainda nos estertores do regime autoritário e que teve como objetivo central a democratização da saúde, entendida como a universalização do acesso ao cuidado de saúde, mediante a criação de um Sistema Público Nacional de Saúde. Estas propostas foram incluídas na Constituição Federal de 1988, onde a saúde se inscreveu como um direito de cidadania e um dever do Estado, requerendo que os serviços de saúde se organizassem em um

sistema único, público, universal, descentralizado e participativo de atenção à saúde. O novo desenho do sistema representou uma mudança importante no poder político e na distribuição de responsabilidades entre as distintas esferas do Governo: nacional, estadual e municipal (FLEURY, p.4, 2006).

Segundo Bravo (2007) na segunda metade do século XX, o Projeto de Reforma Sanitária começa a ser questionado e um outro projeto é construído tendo como características: com um viés de caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, a ampliação da privatização e o estímulo ao seguro privado. Ressaltando que, também nesse período, enquanto o Projeto de Reforma Sanitária era contra hegemônico, no Brasil começa a ser debatido e isso influencia alguns intelectuais da Saúde no Brasil e na América Latina brasileira.

O ministério da saúde, entretanto, não tem enfrentado algumas questões centrais ao ideário reformista construído desde meados dos anos setenta, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador. Apresenta, por outro lado, proposições que são contrárias ao projeto como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado (BRAVO, 2000, p. 6).

A década de 1980, foi marcada por uma intensa crise econômica resultante do momento político da ditadura e um movimento para assegurar a saúde coletiva, assim como ocorreu no Serviço Social, com ampliação de debate teórico. O movimento sanitário conseguiu avançar com elaboração de propostas visando o fortalecimento do setor público em detrimento do setor privado, porque nesse tempo o serviço de saúde era contributivo e que não podia pagar dependia das Santas Casas de Misericórdia (DUARTE, 2011).

A principal reivindicação para que a da Reforma Sanitária ocorresse de fato é que assim era garantido a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. O que ocorreu em 1988 com a promulgação da Constituição de 1988 só, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, destacando a importância nos determinantes sociais (CEFESS, 2010).

A Constituição Federal de 1988, afirma que a saúde passou a ser direito do cidadão e dever do Estado, entendida da ideia de ausência de doença, neste sentido, fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Isso expressa que a realidade

social vivenciada pelos diversos sujeitos influencia diretamente nas condições de saúde dos mesmos (BRASIL, 1988).

De acordo com a Constituição Federal de 1988,

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (BRASIL, 1988).

Com a Constituição Federal de 1988 o Brasil definiu que a saúde é direito de todos e dever do Estado e a Lei 8.080 de 1990 que regulamenta o SUS e em seu Artigo 7º fica explícito que ao optar por um sistema público e universal de saúde, deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, e significa que, em nenhuma hipótese, a limitação de seus atendimentos a um percentual mínimo e básico de serviços de saúde, destinado à parcela mais empobrecida da população (BRASIL, 2007).

Com a implementação da universalização da saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS) colocou um desafio aos profissionais de saúde pública no Brasil, isso quer dizer que exigiu um mapeamento da população. E reflete na atenção primária da saúde: ações de promoção voltadas as famílias (SODRÉ, 2014).

Informa Paim (2009) que o Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu com a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde. O sistema de saúde, de acordo com o autor, é o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como escopo garantir a saúde das pessoas, das populações e compreende as agências que são organizações públicas ou privadas governamentais ou não que tem a finalidade de promover proteger e recuperar e habilitar.

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui a base para o

funcionamento e organização do sistema de saúde no Brasil escrever afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e de forma democrática humana e federalista que deve caracterizar sua materialização os princípios e diretrizes do SUS a partir de um resultado de vida do processo político que se expressa concepções saúde-doença direito sociais gestão e as relações entre as esferas do governo (BRAVO, 2012).

Na Lei 8.080, sobre Princípios e Diretrizes em seu Art. 7º diz que as ações do SUS são feitas de acordo com as diretrizes previstas obedecendo os seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população[...] (BRASIL, 1990).

Segundo Rebouças (2019), os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) organizam as bases para o funcionamento e organização de saúde no Brasil, reafirmando direitos conquistados. E para uma melhor compreensão é necessário entender o significado de princípios e diretrizes. De acordo com Rebouças (apud Houaiss da Língua Portuguesa, 2001, p. 2.299) entende-se como princípio, o que é primeiro na existência de algo ou ação ou processo e diretriz é a definição como a linha básica que

que determina o traçado de uma estrada ou esboço.

Para Bravo (2012) as diretrizes do SUS em suma seria composto de recomendações técnicas e organizacionais voltadas para problemas específicos, elaborados pelo Ministério da Saúde, com o concurso de especialistas de reconhecido saber na área de atuação, de abrangência nacional, e que funcionam como orientadores da configuração geral do sistema em todo o território nacional, respeitadas as especificidades de cada unidade federativa e de cada município.

A organização da saúde no SUS ficou em três níveis de atenção: a primária, atendimento feito num território e de certa forma é a porta de entrada para o SUS, que são as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). As ações são voltadas à redução do risco de doenças e à proteção da saúde e de caráter preventivo. A atenção secundária é composta pelos serviços especializados como os hospitais e ambulatórios. E direciona o atendimento para áreas como pediatria, cardiologia, neurologia, ortopedia, psiquiatria, ginecologia e outras especialidades médicas. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) é um exemplo (PAIM, 2009).

O nível de atenção básica ou atenção primária a saúde é feita através da gestão municipal e os repasses dos recursos federais são automáticos, é realizado por meio do Piso de Atenção Básica. Em 1994, a atenção primária a saúde ganhou mais destaques atenção primária a saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. As primeiras iniciativas do Ministério da saúde o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O PSF surge com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização em atenção a um território local (MOROSINI; CORBO, 2007).

Pretende-se inserir a Atenção Básica de forma articulada à toda rede de serviços de saúde dos municípios, e como parte indissociável dessa. Sabe-se que muitas vezes a conformação de uma rede de serviços com diversos níveis de hierarquia extrapola o território de um município, sendo necessária a articulação intermunicipal, independente da forma de gestão que o município se encontra. Para apoiar essa articulação, tanto para municípios em Gestão Plena da Atenção Básica como para municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, existem instrumentos operacionais, a exemplo da Programação Pactuada e Integrada, onde poder-se-á buscar a explicitação dos pactos intergestores que visam garantir o acesso da população aos níveis mais complexos do sistema. Também o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos, ao contemplarem a necessidade de instalação de serviços, poderão ser instrumentos na busca de maior equidade

na distribuição dos recursos, apontando para a ampliação do acesso e para maior integralidade do sistema (BRASIL, 2003, p.140).

A Portaria do Ministério da Saúde n. 2.488/2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, define assim a atenção básica em saúde, em seu anexo.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

O SUS, com esse caráter de política inclusiva, solidária e universal, que acolhe os cidadãos e fica configurado da seguinte forma: atendimento em ambulatórios, o acolhimento é feito na atenção primária que encaminha os pacientes para o nível secundário (PAIM, 2009).

É evidente que, embora a atenção básica em saúde seja a porta de entrada, os atendimentos realizados não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS, nesse momento é que entra o atendimento da média complexidade. A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que propõe atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na diligência clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento, ou seja, quando necessários procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, cirurgias ambulatoriais especializadas; entre outros (BRASIL,2007).

Quanto a Atenção de Alta Complexidade o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS, 2003, p.157:

[...] A Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: essa relação de procedimentos é financiada com recursos transferidos automaticamente aos Estados e municípios, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema, ou, no caso de Estados e municípios não habilitados, ou habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica ou Básica Ampliada, pelo pagamento aos prestadores de serviços de acordo com o limite financeiro definido em portaria do Ministério da Saúde.

O nível terciário de atenção à saúde fornece atendimento de alta complexidade e envolve procedimentos que, no contexto do SUS, abarca a alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (PAIM, 2009).

O que ficou evidente com a nova organização do sistema de saúde, com a construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis nas unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde, ou seja, os governos Federal, Estadual e municipal têm a responsabilidade de assegurar que os cidadãos tenham seus direitos de saúde atendidos (CFESS, 2010).

Então é correto afirmar que a saúde foi um direito conquistado deixando de ser apenas contributivo passando a ser um direito constitucional, e o assistente social ao desenvolver suas ações precisa superar o caráter da imediatividade e da mera burocracia, ter uma visão da realidade e uma análise em relação à situação sócio histórica em que os usuários estão inseridos, reafirmando o que os princípios fundantes do Código de Ética: levantar a bandeira de luta em defesa da garantia do direito a saúde de todos (CFESS, 2010).

De acordo com Paim (2009) ficou a cargo da União a responsabilidade de participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho; entre outras, no âmbito do Estado o Sistema Único de Saúde compete promoção a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico entre outros; E na esfera municipal direção municipal do Sistema Único de Saúde compete: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde, entre outros.

Para o CFESS a política de saúde encontra inúmeras dificuldades na sua execução

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de

que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde (CFESS, 2010, p.21)

Com a implantação do SUS e considerando-se as definições da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, que fixa o comando único em cada esfera de governo, a Secretaria Estadual de Saúde passou a ter um o papel de Gestora Estadual do Sistema Único de Saúde. É uma gestão no sentido amplo, não se restringindo ao gerenciamento de apenas sua rede própria de prestação de serviços (hospitais e outras unidades) ou dos prestadores de serviços, privados e públicos que estejam sob sua gestão, ou ainda de alguns programas assistenciais. A amplitude e o grau de autonomia desta gestão, no entanto, estão relacionados ao tipo de Gestão em que o Estado esteja habilitado – variando, portanto, de Estado para Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Segundo Rebouças (2019), o assistente social tem participação no campo da saúde desde a metade do século XX, passando pelos atendimentos em ambulatórios e hospitalar, mas ainda não era reconhecido como pertencente ao corpo de saúde. Com o advento do SUS, aumenta a inserção do assistente social na política de saúde e na década de 1990 o Serviço Social é reconhecido como membro da equipe de saúde.

Sendo assim, a presença do assistente social na saúde, mais precisamente num na Saúde Materno Infantil, conforme o Parâmetros de atuação dos Assistentes Sociais em Saúde, é de muita importância, pois tem acesso ao acompanhante e paciente com relações as demandas apresentadas, devendo atender a outra lei infraconstitucional de enorme relevância e força, que é o Estatuto da Criança e do Adolescente, que preconiza a infância e juventude como prioridade absoluta.

No próximo item será apresentada a metodologia de pesquisa, onde é clarificado a trajetória percorrida para materialização da pesquisa, apontando o tipo de pesquisa utilizada, seu local de realização, bem como os métodos de coletas de dados e por fim o tratamento dos dados, isto é, a forma na qual os dados foram analisados.

3 METODOLOGIA

Neste tópico será tratado os métodos e procedimento para alcançar os objetivos almejados pela presente pesquisa que tem como objetivo geral identificar como se

desenvolve o trabalho do (a) Assistente Social na saúde Materno Infantil e específicos, identificar as demandas apresentadas ao assistente social na saúde Materno Infantil e identificar as principais ações desenvolvidas pelo assistente social na saúde Materno Infantil.

A metodologia está baseada, na pesquisa bibliográfica, e abordagem qualitativa de caráter descritivo. Descritivo porque não é explicado o fenômeno em si, somente descrevemos a partir da pesquisa bibliográfica as características essenciais que norteiam o debate sobre a atuação do assistente social num Hospital Materno Infantil.

E quanto a caracterização da pesquisa, GIL (2002, p.17) a define “como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema” [...].

[...] pesquisar significa realizar empreendimentos para descobrir, para conhecer algo. A pesquisa constitui um ato dinâmico de questionamento, indagação e aprofundamento. Consiste na tentativa de desvelamento de determinados objetos. É a busca de uma resposta a uma dúvida ou problema (BARROS e LEHFELD, 2000, p.70).

Para MARCONI; LAKATOS (2007) a pesquisa é um procedimento técnico com métodos e pensamentos críticos que busca tratamento científico com a finalidade de conhecer a verdade com pensamento reflexivo, sistemático, organizado e ressaltado mais uma vez, com pensamento crítico, seguindo uma metodologia.

O que para Minayo (2002, p. 42) a metodologia é para além de uma descrição de métodos e técnicas empregados a fim de responder aos problemas evidenciados, compreendida também, a que indica as opções e a leitura operacional direcionada que o pesquisador debruçou, ou seja, os caminhos e o procedimento racional e sistemático com finalidade de solucionar os problemas propostos. Destaca ainda:

A metodologia não só contempla a fase exploratória de campo (escolha do espaço da pesquisa, escolha do grupo de pesquisa, estabelecimento dos critérios de amostragem e construção de estratégias para entrada em campo) como a definição de instrumento e procedimentos para análise dos dados (MINAYO, 2002 p. 43).

Com isso posto, entendemos que a metodologia é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, onde inclui “as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade (MINAYO. 2002, p. 16) ” e para o projeto de pesquisa é extremamente importante e fundamental, pois será a partir dela que o pesquisador estabelecerá os instrumentos

e procedimentos necessários para a coleta que proporcionará respostas ao problema proposto, indicando assim os caminhos e desdobramentos da ação nesta busca para a realização da pesquisa.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Para qualquer separação de pesquisa a ser empregada se faz mediante algum critério que variam diante das temáticas a serem abordadas, concordante com a forma usualmente utilizada no âmbito acadêmico, se baseia aos objetivos gerais da pesquisa que determina a qual grupo pertencerá (GIL, 2002).

Desta forma, é importante ressaltar que o estudo se firmou em uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa, mediante seus objetivos e seguimentos. Para a elaboração do projeto foi escolhido o bibliográfico e GIL, (2002, p. 43) conceitua como “desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas”.

Para a elaboração da pesquisa definimos e buscamos fontes bibliográficas dos quais realizamos a exploração. Ressaltando que por se tratar de um estudo que partiu da pesquisa bibliográfica, não cabe aqui referenciar local de realização e participantes da pesquisa. Por conseguinte, utilizamos para a pesquisa livros de leitura corrente, teses, dissertações, monografias, livros de referência e periódicos científicos (GIL, 2002).

A busca pelo material bibliográfico para a pesquisa ocorreu manualmente de forma impressa, através de busca online de material disponível em bases de dados de meio eletrônico e também em sites oficiais da internet. A identificação do material bibliográfico que embasava o tema de forma impressa ocorreu por meio dos sumários dos livros, índices dos artigos publicados em periódicos e bibliografias como livros, teses, monografias, artigos, dentre outros. Dessa forma, segundo MARCONI; LAKATOS (2012) os documentos que abordam ao tema da pesquisa através do índice e isso permite que o pesquisador se decidir se determinada obra convém ou não ao seu trabalho.

Enquanto para Vergara, (2005, p. 48) a pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral”.

Importante destacar que os dados coletados por meio das fontes teóricas apresentam condições para a aproximação com o tema e as respostas aos objetivos específicos.

A natureza da profissão do Assistente social como já apontado pela autora Raichelis (2010), tem uma dupla natureza sendo analítica e interventiva. E o que fundamenta o trabalho dos assistentes sociais na busca de construção de respostas profissionais para as reivindicações apresentadas em seu cotidiano profissional, porque se faz necessário um conjunto de conhecimentos, nos quais destaca-se o conhecimento teórico, práticos e técnicos, conhecimentos éticos e políticos.

3.1.1 Resultados da pesquisa: Os Hospitais Maternos Infantis e o Serviço Social

A Resolução nº 287/98 publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o documento enumera que são necessários quatorze profissionais de nível superior para constituir a equipe multiprofissional em saúde, que são: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

A Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, Sesa, (2019) esclarece que na atenção hospitalar tem como característica forte presença como prestadora de serviços, o que fortemente impactado na sua capacidade de atuação como indutor de políticas do SUS-ES. Atualmente a gestão estadual é responsável pela quase totalidade da oferta de atenção ambulatorial especializada e parte significativa da atenção hospitalar. De acordo com a Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo, a rede de serviços do SUS-ES é formada, por 113 unidades hospitalares, integrando as Redes de Atenção à Saúde. São 19 hospitais estaduais, 38 filantrópicos, 16 municipais, 39 privados e 01 federal. Com a seguinte distribuição por região de saúde: 14 unidades na Região Norte, 15 na Região Central, 57 na Região Metropolitana, e 27 na Região Sul.

Ainda para a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (2019) a perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, visa garantir o melhor cuidado ao indivíduo, essa visão se amplia e a regulação deve ser capaz de garantir o cuidado certo, no lugar certo, com qualidade, no tempo certo e com o custo adequado, também se aplica aos hospitais pediátricos. A Grande Vitória possui alguns Hospitais Maternos Infantis, mas o recorte será em Vila Velha/ES. A rede de atenção Materno infantil são ações que tem como premissa a atenção precoce das gestantes, garantindo assim um parto seguro, em um hospital de referência e de acordo com o risco gestacional. No Espírito Santo, desde 2013 está em vigor o Plano Estadual Materno Infantil que tem como escopo no plano de atendimento individual com foco na atenção primária.

O Hospital Materno Infantil fica localizado no município de Vila Velha, foi inaugurado em 04 de abril de 2002, inicialmente com 08 leitos de pediatria e 05 leitos de UTIN. Entre os anos 2003 e 2008, houve uma reformulação que terminou com a inauguração do ambulatório de especialidades pediátricas, mais leitos de UTI Neonatal para 25 leitos, ampliação da enfermagem de pediatria, inaugurações do banco de sangue, centro cirúrgico, centro diagnóstico, pronto socorro, UTI pediátrica, banco de leite, sala de recreação e maternidade (Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2020).

A unidade também funciona com o pronto-socorro porta aberta 24 horas e faz, mensalmente, mais de 4 mil atendimentos de urgência e emergência para a população que utiliza o Sistema Único de Saúde, SUS. E há o atendimento eletivo - Urgência e Emergência e as especialidades são: Pediatria Geral, Cirurgia Pediátrica, Ortopedia Pediátrica, Neonatologia e Terapia Intensiva Pediátrica, Obstetrícia. A equipe é formada pelos seguintes profissionais: enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos clínicos, assistentes sociais, nutricionistas clínicos, assistentes sociais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. A unidade conta com 177 leitos, sendo a maternidade com 36 leitos, 49 de UTI neonatal e 8 leitos de UTI pediátrica (Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2020).

O Hospital Materno Infantil é referência para pacientes não só da Grande Vitória, mas de todo o Estado do Espírito Santo. O espaço da psiquiatria conta com dez leitos, estrutura que possibilita ofertar por ano. O objetivo do atendimento hospitalar é estabilizar o paciente por meio de tratamento com medicamentos e atividades psicopedagógicas colocá-lo novamente em condições de conviver em sociedade,

também faz atendimento de alta complexidade voltado para situações como traumas diversos, acidentes de trânsito, quedas de altura, queimaduras, perfurações e outras situações que se refletem na classificação de risco amarelo, laranja e vermelho, sendo como tipo de atendimento prestado: Eletivo, Urgência e Emergência (Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2020).

As áreas de cardiologia e ortopedia são destaques, sendo que na ortopedia a equipe é especializada em cirurgia de mão e tratamento do “pé torto congênito”. “Procedimentos cirúrgicos de alta complexidade na área de cardiologia são realizados em crianças com poucas horas de vida pós-parto, com registro de baixa taxa de mortalidade” (Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2021).

Na maternidade realiza, mensalmente, mais de 200 partos. Há uma unidade neonatal com 51 leitos, dos quais 30 são de terapia intensiva (Utin), 15 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (Ucinco) e seis são leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (Ucinca) e uma ala de internação pediátrica com 44 leitos (Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2021).

A Unidade de Saúde Mental Infante juvenil instalada no Hospital Materno Infantil em Vila Velha, tem sido um porto seguro para pacientes com transtornos mentais que necessitam de atendimento psiquiátrico de urgência, inaugurada em março de 2019, trabalhando dentro dos padrões da Política Nacional de Saúde Mental e amparada na Lei 10.216/2001, que recomenda que os pacientes com transtornos mentais que precisam de internação sejam atendidos em leitos instalados dentro de hospitais gerais, ou seja, de hospitais onde a saúde mental é mais um serviço, não o único (Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2021).

Mantido pelo Governo do Estado, o Hospital no Hospital Materno Infantil fica localizado na Avenida Ministro Salgado Filho, 918, Soteco, Vila Velha ES, e é administrado por uma Organização Social (OS), por meio de um contrato de gestão firmado com a Secretaria da Saúde (Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2021).

[...]fazem parte de um novo modelo de gestão de serviços de relevância pública - previsto na Lei Complementar Estadual nº 489/2009. Esse modelo de gestão permite ao Estado do Espírito Santo a publicização de serviços públicos não exclusivos de Estado à entidades do terceiro setor, que são regidas pelo direito privado e sem fins lucrativos, a responsabilidade de gerenciar projetos, serviços e espaços públicos, seguindo as definições de

política pública determinadas pelo governo. Ao transferir tais serviços, o Estado delega seu papel de executor/prestador e passa a exercer seu lado indutor, regulador e financiador das políticas públicas, somando a sua capacidade à expertise de execução dos serviços acumulada pelas entidades do terceiro setor.

De acordo com o documento Diretrizes para Padronização de Nomenclatura e Indicadores do Monitoramento Assistencial, é transferida a gestão dos serviços na instituição que ganhou a licitação, no entanto, cabe ao administrador público a obrigação de definir a política pública de cada área específica bem como com a tarefa de monitorar e avaliar os resultados das atividades desempenhadas pelas OSs, visto que, apesar de destinar a execução direta dos serviços, o Poder Público mantém o dever de garantir que sejam prestados na quantidade e qualidade apropriados (Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2021).

O Hospital Materno Infantil faz parte dos serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade, e a organização da rede de atenção o atendimento materno infantil ganha essa metodologia interativa e participativa, principalmente com aproximação dos trabalhadores da saúde das Unidades da Atenção Básica e das maternidades, aumentando assim o grau de conexão entre eles e fortalecendo os nós na rede garantindo os direitos da gestante e do bebê (Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2019).

A Rede Materno Infantil constitui-se num conjunto de ações, cujo início deveria se dar na captação precoce das gestantes, culminando na garantia de parto seguro, com a vinculação de todas as gestantes a um hospital de referência, de acordo com o risco gestacional, além da organização do atendimento ambulatorial básico e especializado, conforme protocolos (SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO; 2019, p. 57).

No que se refere à saúde no Brasil, Bravo (1996, p. 13) salienta que este é "um dos setores mais significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias correntes".

De acordo com o CFESS (2009), a atuação do Serviço Social como campo de atuação na saúde vem contribuir para que as propostas do SUS sejam efetivadas e como profissão é caracterizado por uma profissão que intervém na luta pela defesa dos direitos humanos e não aceita atos de autoritarismo, garantindo a efetivação dos direitos, sociais e políticos das classes trabalhadoras. Acredita-se que discutir a questão dos direitos sociais em uma sociedade desigual é fundamental para se

entender a necessidade de se ter uma política destinada especificamente à atenção da população.

[...]imprescindível reafirmação de valores, princípios e prerrogativas legais que circunscrevem a atuação dos assistentes sociais, deve desconsiderar a relação entre as determinações mais gerais, particularizadas no cotidiano de trabalho, e as possibilidades concretas de interferência nos processos sociais, pela conformação de um campo de mediações, que serão mais consistentes na realização dos princípios da profissão, a depender da dimensão político-pedagógico (CFESS, 2007, p.9).

Segundo Silva; Castro (2020) pensar o Serviço Social na saúde deve ser em perspectiva histórica, social e crítica, ou seja, analisar a realidade histórica e social e no que concerne a política de saúde em si e o trabalho em saúde, isso na realidade brasileira significa o conhecimento do campo da saúde em um processo de crítica e as formas assumidas ao acesso a saúde pela ação estatal. O direito à saúde se concretiza em um processo de luta, do qual o Serviço Social luta para a garantia de direito de forma universalizada e dentro da regulamentação que rege a profissão.

Ressaltando que Ética Profissional, Projeto Ético Político e os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde norteia a atuação dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. E destacando que dentro das atuações privativas na atuação dos assistentes sociais que, o fazer profissional do assistente social na atuação na saúde Materno Infantil está embasado no Código que regulamenta a profissão bem como na atenção básica, média e alta complexidade em todo o setor de saúde, ou seja, em toda a totalidade das ações bem como suas particularidades no âmbito da saúde (CFESS, 2009).

O objeto do trabalho do Assistente Social é a Questão Social, isso é fato, também é o profissional que intervém na realidade do sujeito, e está habilitado a entender a realidade, o contexto e a particularidade do sujeito, atuando com competência e isso significa o exercício de toda a sua capacidade e habilidade de entender e analisar a realidade social que é dinâmica e contraditória e devido a isso é de suma importância se apropriar da sustentação teórica metodológica, política e ética para atuar nas demandas que são apresentadas (GUERRA, 2014).

E quanto ao fluxo do atendimento do Serviço Social no Hospital Materno Infantil é visível que o fazer profissional está amparado em fundamentado no Código de Ética Profissional, no Projeto Ético Político e nos Parâmetros de Atuação dos Assistentes

Sociais na Saúde. É importante ressaltar que dentro das particularidades existentes na atuação dos assistentes sociais nos espaços sócio ocupacional (CFESS, 2010).

As questões para a intervenção do profissional do Serviço Social no Hospital Materno Infantil são apresentadas a partir de visitas ao leito ou através de demandas espontâneas oriunda dos próprios usuários que recorrem ao assistente social em sua sala de atendimento profissional, bem como demandas apresentadas por demais profissionais da saúde, Entre eles os profissionais: pediatras, enfermeiras, fonoaudiólogo e psicólogo (FERNANDES; LAUVERS, 2012).

De acordo com levantamento realizados pelas autoras Fernandes e Lauvers, (2012) os instrumentos utilizados pelos assistentes sociais na unidade hospitalar em suas atividades são entrevistas, a partir de um documento previamente elaborado para tal fim, o hospital possui um protocolo de serviço social, que se chama POP (procedimento operacional padrão), onde constam as atividades que o assistente social deve realizar. Os instrumentos na intervenção na enfermaria de pediatria são: entrevistas, encaminhamentos internos e externos, relatórios para conselhos e julgados e em algumas ocasiões reuniões de grupo. Há também entrevistas individuais e com familiares onde ocorre uma maior aproximação de sua realidade, podendo assim realizar uma maior intervenção (SANTOS; BACKX; GUERRA, 2017)

3.1.2 Demandas Apresentadas Ao Assistente Social No Hospital Materno Infantil

E trazendo a luz o objetivo específicos, sobretudo para conhecer as demandas apresentadas ao assistente social no Hospital Materno Infantil: As questões para a intervenção do profissional do Serviço Social no Hospital Materno Infantil são apresentadas a partir de visitas ao leito ou através de demandas espontâneas oriunda dos próprios usuários que recorrem ao assistente social em sua sala de atendimento profissional, bem como demandas apresentadas por demais profissionais da saúde, entre eles, pediatras, enfermeiras, fonoaudiólogo e psicólogo.

A atuação do Assistente social na saúde é norteada e orientada por direitos e deveres, e embasada no Código de Ética, na Normatização do SUS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Legislação específica por segmentos, por exemplo,

mulher, criança e adolescente, LOAS, entre outros; Na Lei de nº 8.662, de 07 de junho de 1993 que regulamenta a profissão; Lei sobre a duração do trabalho do Assistente social (Lei 12.317/2010) que assegura o direito à carga de trabalho de 30 horas em serviço público; A resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006 que alinha sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do Assistente social; A Política Nacional de Humanização (PNH) criada em 2003; E os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010; CRESS, 2021) que juntos com as demais normativas e legislações dão suporte aos instrumentos elencados a seguir:

- Acolhimento a pacientes que procuram o serviço por demanda espontânea, em casos de população em situação de rua ou encaminhada das UBSs: nesse atendimento o usuário é informado sobre as normas da instituição, horários que há trocas de plantão, quais são os deveres e direitos.

Avaliação social individualizado, nesse caso quando outro profissional aciona o Serviço Social ou quando o próprio usuário procura e atendimento sequencial (redes de proteção e assistência social); nesse cenário quando acionado, é feito atendimento para identificar a natureza da procedência. É levado para atendimento em uma sala reservada, garantindo o sigilo do usuário, conforme preconiza o Art. 16 do Código de Ética (1993) em caso de constatação de caso social a ação para resolução pode ser interna, quando for cenário de solicitação de sabonete ou externa quando a demanda necessita de atendimento em rede.

- Suporte e intervenção no atendimento: em casos relacionados a violência contra a gestante (física e sexual); a usuária é informada acerca de todos os seus direitos e quais equipamentos acionar: CREAS, ministério público e Delegacia Especializada para que a vítima seja amparada.
- Suporte e intervenção em parceria com a equipe multiprofissional nos casos em que é identificado demanda social, por exemplo, se for fazer um procedimento cirúrgico, a presença do assistente social garante que o usuário tenha as informações com clareza e sempre respeitando o direito do usuário.
- Atendimento as gestantes dependentes químicas e em situação de rua; nessa situação é feita uma escuta qualificada e avaliação de todo contexto sócio-econômico para entender a realidade social e pensar de forma propositiva a

forma da intervenção no acionamento, relatório e encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), contatar a UBS de referência e a procura de familiar para que os vínculos sejam restaurados.

- Atendimento nos casos de crianças que são deixadas no hospital materno é feita toda acompanhamento e acionamento junto a Vara da Infância.
- Elaboração de notificação, relatórios e pareceres técnicos nos casos de recém-nascido – RN, vítimas de negligências e violência praticadas no período da gestação, encaminhados aos serviços de proteção (Conselho Tutelar, Ministério Público e Programas da Sistema de Assistência Social-SAS);
- Suporte e atendimento na notificação de óbito: Nesse cenário o assistente social acompanha a médica/o na comunicação do óbito para o familiar, ressaltando que compete ao médico informar. É atribuição do assistente social se certificar se a família tem condições para arcar com o funeral, caso não tenha, orientar para que essa família acione o município de origem para ter acesso ao benefício eventual, nesse caso o auxílio funeral.

O assistente social é o profissional de Serviço Social que tem formação ampla, principalmente nos anos 1990, com a aproximação de outra ciência, com corrente marxista, após ter o novo CE, em 1993, as novas diretrizes curriculares em 1996, criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), 1990, a Lei Orgânica de Assistência Social, 1993, a Lei Orgânica em Saúde de 1993. Com todo esse aporte teórico, no contexto do hospital materno hospitalar, trabalha com usuários em suas mais diversas formas de singularidades. Isso requer que o assistente social tenha qualificação na intervenção quando apresentada a demanda e que a intervenção venha a ser obtenção da garantia de seus direitos (IAMAMOTO, 2015).

E para o CFESS, 2010, p. 29:

[...]O Serviço Social articulado com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuir no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional.

Cabe ao profissional a articulação para viabilizar o acesso aos direitos, sempre com em consonância com o projeto ético político profissional e Yamamoto e Carvalho (2013), superando seu recorte histórico conservador e moralizante.

Afirma Rebouças (2019) que paralelamente, ainda na metade do século XX, com expansão cafeeira, a chegada de indústrias vindas de países estrangeiros e a mão de obra muito explorada sem preocupações com normas de segurança, aumentava exponencialmente a questão dos acidentes de trabalho, também houve a migração de migrantes que saíam do interior e para os grandes centros em busca de empregos nas indústrias, houve ocupação das áreas periféricas de forma desordenadas, sem planejamento em habitação, tratamento sanitário, ou seja, com o esgoto não tratado aumenta o risco à saúde, e todos esses agravantes elencados são uma das expressões da questão social, objeto do trabalho assistente social.

Tais precariedades ainda se mostram presentes e atingindo o usuário do Serviço Social, mesmo nas regiões urbanas centrais, e que no caso materno infantil, repercute na própria efetividade e acesso aos direitos básicos e fundamentais.

3.1.3 Principais Ações Desenvolvidas Pelo Assistente Social No Hospital Materno Infantil.

E quanto ao fluxo do atendimento do Serviço Social no Hospital Materno Infantil é visível que o fazer profissional está amparado em fundamentado no Código de Ética Profissional, no Projeto Ético Político e nos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde. É importante ressaltar que dentro das particularidades existentes na atuação dos assistentes sociais nos espaços sócio ocupacional (CFESS, 2010).

As ações e instrumentos utilizados pelos assistentes sociais na unidade hospitalar em suas atividades são, a partir de um documento previamente elaborado para tal fim, o hospital possui um protocolo de serviço social, que se chama POP (procedimento operacional padrão). Onde constam as atividades que o assistente social deve realizar. E quanto às ações, a seguir será elencado.

As principais ações desenvolvidas pelo assistente social no Hospital Materno Infantil são principalmente voltadas para os programas de saúde. Além disso, ao demonstrar que as diversas ações estão interligadas e são complementares, subsidia a ação do profissional com as equipes interdisciplinares e favorece o atendimento de qualidade à população usuária do SUS.

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; • elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p:30).

Os instrumentos na intervenção na enfermaria de pediatria são: entrevistas, escuta qualificada, encaminhamentos internos e externos, relatórios para conselhos e julgados e em algumas ocasiões reuniões de grupo. Há também entrevistas individuais e com familiares onde ocorre uma maior aproximação de sua realidade, podendo assim realizar uma maior intervenção e (SANTOS; BACKX; GUERRA, 2017).

A principal contribuição do assistente social na área da saúde, segundo o CFESS (2010), está na busca pela garantia de direitos dos pacientes por meio do atendimento social, com escuta qualificada e encaminhamentos. Isso significa proporcionar um

atendimento propositivo. Atuando como um mediador e mobilizador, no que se refere a projetos e programas que promovam um atendimento humanizado e integral.

O Hospital Materno infantil referenciado neste trabalho, é um Hospital público, sendo referência em assistência obstétrica humanizada, que recebe mulheres gestantes de alto risco e em trabalho de parto do município onde se localiza e de oriundas da atenção primária e gestantes em situação de rua.

Sendo um Hospital regido pelos princípios do Sistema Único de Saúde, isto é, da universalidade, equidade e integralidade deve impedir a ocorrência de qualquer forma de discriminação quanto à classe, raça, etnia, origem ou outras diferenças.

Além do exposto, deve promover a capacitação e aperfeiçoamento da equipe de saúde buscando uma compreensão sobre os aspectos plurais que constituem a vida dos usuários (Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo, 2020)

Relacionado aos atendimentos às mulheres grávidas que fazem uso de substâncias entorpecentes, lícitas e ilícitas e que estão situação de rua, quando são acolhidas na Instituição, o Serviço Social é acionado para realizar atendimento, e entender a realidade da usuária, buscando dados para encaminhamentos, dentre os quais a localização de familiares e, se for o caso, manter contato com o Conselho Tutelar, Ministério Público ou Poder Judiciário.

Giongo e Goes, 2019.p 11 descreve que,

[...]os atendimentos às puérperas usuárias de psicoativos ilegais necessitam de articulação com rede de serviços e encaminhamentos, demandando agilidade para as definições. Silva (2016, p. 6) alerta para o fato de que a imediatividade das necessidades de respostas profissionais não contribui para uma análise elaborada e cuidadosa dos processos e nessa ação estamos propensos a instituir “[...] fluxos de atendimentos e encaminhamentos de casos que podem contribuir mais para uma regularidade nas intervenções e para o respaldo legal das ações, do que para efetivamente a garantia de direitos das usuárias desse serviço”. Com isso, podemos aferir a importância dos demais serviços da rede no acompanhamento da situação, visto que possuem outras possibilidades de intervenção que não estão limitadas a tempo de internação (BRASIL, 2006)

No caso de ser identificado no atendimento, de qualquer parturiente, seu interesse em entregar o filho em adoção, o assistente social, deve promover as primeiras orientações e sendo confirmada tal decisão, encaminhar o caso para a Vara Especializada da Infância e da Juventude, por meio de relatório, tudo sob os princípios éticos, especialmente da liberdade. Não cabendo, pois, ao profissional persuadir a

usuária a alterar decisão, tão somente, esclarecer sobre consequências e políticas públicas possíveis de serem acessadas.

Outras formas de vulnerabilidade, quando identificadas, e que possam desencadear risco a integridade da criança, o assistente social, deve proceder encaminhamentos, como contato com o Conselho Tutelar, conforme prerrogativa do ECA, que em seu artigo 131, ser o Conselho Tutelar, órgão encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”.

Ainda no que diz respeito ao uso abusivo de álcool ou outras drogas, o assistente social deve buscar a sensibilização quanto à saúde da criança e atendimento para a mãe, com encaminhamento ao CAPS, entre outras ações, tendo em vista a garantia de direito da mulher e da criança.

Não se pode esquecer que a mulher puérpera tem o direito de permanecer com o filho, porém, se for identificado que a convivência familiar é causadora de risco à integridade da criança, o Estado intervém a fim de evitar violação de direito (GIONGO; GOES, 2019).

Com o encaminhamento para o Poder Judiciário, pode ocorrer o acolhimento institucional ou em Programa de Famílias acolhedoras, como forma de garantir a integridade da criança. Desta forma, se observa a interação da política de Saúde com a de Assistência Social.

O Programa de Acolhimento Familiar tem determinação legal recente, o que a faz ainda instituída em poucos Municípios, e segundo Valente (2012) que o Programa de Famílias Acolhedoras é um serviço previsto na Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) dentro da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, que tem a incumbência de organizar e acolher, na residência de famílias acolhedoras, previamente selecionadas o acolhimento de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar, em geral, medida protetiva. Visa assegurar proteção integral às crianças e aos adolescentes até que seja possível a reintegração familiar, em geral, o tempo previsto são de dezoito meses.

Ressalta-se que este Programa não deve ser confundido com a adoção. Trata-se de um serviço de acolhimento provisório, até que seja viabilizada uma solução de caráter permanente para a criança ou adolescente – reintegração familiar ou, [...]. É uma modalidade de acolhimento diferenciada, que não se enquadra no conceito de abrigo em entidade, nem no de

colocação em família substituta, no sentido estrito. As famílias acolhedoras estão vinculadas a um Programa, que as seleciona, prepara e acompanha para o acolhimento de crianças ou adolescentes indicados pelo Programa. Dentro da sistemática jurídica, este tipo de acolhimento possui como pressuposto um mandato formal – uma guarda fixada judicialmente a ser requerida pelo programa de atendimento ao Juízo, em favor da família acolhedora. A manutenção da guarda – que é instrumento judicial exigível para a regularização deste acolhimento – estará vinculada à permanência da família acolhedora no Programa.

Observa-se que o assistente social que atua na linha materno-infantil, tem seu atendimento voltado para as mulheres e suas famílias, no que se refere a atenção durante o processo de gestação, que engloba o parto e pós-parto, tanto diretamente à mulher, quanto a criança recém-nascida.

Não se pode esquecer que são atendidas ainda parturientes adolescentes, e até crianças, que se mostram em situação de vulnerabilidade, que impõe comunicação ao Conselho Tutelar, para remessa inclusive a esfera criminal, por se tratar, em diversos casos, de estupro de vulnerável.

O profissional precisa ficar atento as violações de direitos, para que não se mostre omissos na proteção à infância e juventude.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto foi possível identificar que a política de saúde no Brasil, tem toda uma singularidade, passando pelo Império, República Velha quando o quantitativo de médico no Brasil era esparso e devido à falta de recursos da população procuravam os boticários por serem de valor mais acessíveis e havia uma parcela da população que ia ao curandeirismo. No início do século XX houve uma epidemia de varíola e a saúde pública foi tratada como caso de polícia, também ficou conhecido de período higienista, uma vez que as pessoas eram forçadas a higienizar suas residências e a tomar vacinas compulsoriamente, gerando um movimento que ficou conhecido com o a revolta das Vacinas. No período do Estado Novo e Ditadura Militar a política de saúde era contributiva, ou seja, somente quem trabalhava e fazia contribuições poderia usufruir do acesso a saúde e para a população restante, quando tinha alguma adversidade relacionada a saúde restava buscar amparo através das Santa Casas de Misericórdia.

Nesse interim, ocorreram muitas mudanças no Brasil, no período do Império ainda não havia terminado com o regime escravocrata e com a pressão política exercida principalmente pela Inglaterra que precisava dar vazão aos seus produtos manufaturados e para tal era necessário que houvesse mercado consumidor e o regime escravocrata adotado pelo Brasil impossibilitava que os produtos tivessem vazão dentro do país, portanto, em 1888 oficializou o fim da escravidão. Ressaltando que não houve uma preocupação com as pessoas que foram “libertas”, principalmente no que tange a questão de habitação ou de pertencimento, foram deixados à mercê de sua própria sorte.

Com a transição do Império para República, houve uma mudança na forma de promover a assistência, e também a pauperização e precarização do trabalho, demandando pelo acirramento da contradição capital x trabalho, a instituição de uma profissão que atendesse os interesses do capital e atenuasse as reclamações da classe trabalhadora. Era a gênese do Serviço Social, que nasceu para dar respostas aos embates antagônicos entre o proletariado e aos donos do capital com aval da igreja católica e do Estado, principalmente no quesito saúde.

Ressaltando que neste período o Serviço Social era apolítico, acrítico e tecnicista, meramente um mediador entre as classes. E diante do contexto político, principalmente no regime militar o Serviço Social se tornou crítico e se aproximou de outras ciências e da corrente marxista e logo o seu projeto ético político começou o processo de transformação e foi refletido, por exemplos nos diversos Código de Ética.

Esse processo foi lento, mas junto com os demais movimentos sociais foi extremamente importante para definir os moldes do Serviço Social contemporâneo. E em se tratando de movimentos sociais, a corrente que pleiteava a Reforma Sanitária procurava acabar com o cooperativismo que era muito forte e contrária a uma política de saúde igualitária uma vez que isso iria afetar os dividendos de quem era beneficiado com essa política de saúde excludente.

Até com a Promulgação da Constituição Federal de 1988, considerada Constituição cidadã, se institui o tripé da Seguridade Social, que possibilitou o nascimento do SUS. Diante da nova ordem social, o assistente social se mostra profissional indispensável a viabilização do acesso aos direitos, especialmente de crianças e adolescentes.

Nessa perspectiva, o Serviço Social articula o contato com diversos serviços, é o que se chama a de intersetorialidade e, a demanda do (a) usuário (a) e sua família seja sanada. Cabe destacar que, as políticas públicas nem sempre são efetivadas pelo Estado, por vezes faltam recursos públicos e recursos humanos, pois a burocratização para ter acesso aos serviços é outro fator que contribui para o não acesso aos direitos dos usuários. Isso quer dizer que por mais que o assistente social se esforce no seu cotidiano, existem barreiras colocadas ao profissional, ou seja, limites e possibilidades que se colocam em meio às tentativas de desenvolver estratégias de ação para dar respostas às demandas postas que, na maioria das vezes, superam a tentativa de

contribuir com o fortalecimento dos direitos sociais, em especial no Hospital materno infantil.

Enfim, é preciso acreditar que através de uma atuação crítica, e uma constante atualização intelectual, e principalmente com a suspensão do cotidiano, superando o aparente e as concepções imediatas cotidianas, fortalece as possibilidades de levar aos sujeitos sociais a avançarem em sua reflexão, encontrando respostas para problemas que rebatem na saúde e na qualidade de vida desses usuários. E com a reflexão do cotidiano é possível fugir da imediaticidade, ou seja, se cada vez que as demandas são apresentadas ao assistente social e se não houver uma reflexão crítica, caso contrário o profissional estar na instituição como um mero gestor do cotidiano.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Antônio Geraldo de. **Serviço Social e Filosofia: das origens a Araxá**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 145-195.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL, ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, 2009. Disponível em < https://www.poteresocial.com.br/livro_para_download-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais/> Acesso em set.2021

_____. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009Barros, A.J.S.; Lehfeld, N.A.S. 2000. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica**.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Fundamentos éticos do Serviço Social**. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e pesquisa social. **Serviço Social: Direitos e competências profissionais**. n760.Brasília: CFESS/ABESS, 2009. p. 165-184 2ª Edição ampliada, MAKRON Editora, São Paulo, SP. (001.8 B277f - BSCED e C.A)

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social – fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo. Cortez, Biblioteca Básica de Serviço Social, 2011.

BRASIL <://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf> Acesso em 10 abr.2021.

_____. **PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS: Ministério da Saúde** < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf >Acesso em: 10 de abr. 2021.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**; Brasília; 1988; disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 23 NOV. 2020.

_____. **Lei 8.080** disponível

em<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 13 abr. 2021.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília : CONASS, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Saúde**, 4 ed. São Paulo, Cortez, 2007.

_____. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** 4 ed. São Paulo, Cortez, 2009.

_____. **Saúde, Serviço, Movimentos sociais e conselhos: Desafios atuais**. 1 ed. São Paulo, Cortez, 2009.

CASTRO, Manoel Henrique. **História do Serviço Social na América Latina**. 12.ed; São Paulo; Cortez, 2011. p. 27-109.

CEFESS: **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão< http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf> Acesso em 10 de abr. 2020.

_____. **Instrumentos para A Fiscalização Do Exercício Profissional do ASSISTENTE SOCIAL** disponível em<

http://www.cfess.org.br/arquivos/brochura_cofi2007-atribuicoes.pdf> Acesso em 17 de jun.2021

_____. **Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde** 2009.

DUARTE, Marco José de Oliveira et al. **Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais**, 1ed; São Paulo: Papel Social, 2020.

ESPIRITO SANTO. HEIMABA - Hospital Estadual Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves. SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESPIRITO SANTO. Disponível em<<https://saude.es.gov.br/Contents/Item/Display/26666>>Acesso em 07 de jul.2021

_____. **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023**. Secretária Da Saúde Do Espírito Santo. Disponível em<

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>>Acesso em 07 de ago.2021.

_____. **MANUAL DE ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO ECONÔMICO- FINANCEIRO DOS CONTRATOS DE GESTÃO COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE**. Secretária Da Saúde Do Espírito Santo.

Disponível em<<https://www.portaldasos.com.br/wp-content/uploads/2020/11/ES-Manual-de-acompanhamento-e-monitoramento-economico-financeiro-dos-contratos-de-gestao.pdf>>

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber Profissional e Poder Institucional**, 11. Ed; Cortez, 2015.

FERNANDES, Fernanda da Vitória; LAUVERS, Sueli. **A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ALA DE PEDIATRIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESPÍRITO SANTO**.2012. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Serviço Social. FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO.

FILHO, Claudio Bertolli. **História em movimento**: História da Saúde Pública do Brasil, 5 ed; São Paulo, Ática 2011.

FLEURY, Sonia; OUVREY, Assis. **O sistema único de saúde brasileiro**: Desafios da gestão em rede, Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão, Lisboa, Portugal, vol. 11, núm. 2-3, jul., 2012, p. 74-83.

Fundação Nacional de Saúde; FUNASA . Disponível em <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica> >Acesso em: 30 de no. 2020.

FURTADO, Celso; Formação **Econômica do Brasil**, 32 ed.,2005, São Paulo: Companhia das Letras.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIONGO, Carmel Capitani; GOES, Jaina da Conceição. **ATUAÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL COM MULHERES PUÉRPERAS USUÁRIAS DE PSICOATIVOS ILEGAIS**: um olhar a partir da residência integrada multiprofissional em saúde. In:III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 3., 2019.Anais eletrônicos...Florianópolis:Disponível em:https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/203204/Giongo_etal_atua%C3%A7%C3%A3o%20da%20assistente%20social%20com%20mulheres%20pu%C3%A9rperas%20usu%C3%A1rias%20de%20psicoativos%20ilegais.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Acesso em:03 dez. 2021.

GUEDES, olegna de souza. **Expressões do conservadorismo nos códigos de ética dos assistentes sociais de 1947e 1965**. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 28 - 42, jul. 2016.

GUERRA, Yolanda Guerra. **INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL**. 10ªed.Sao Paulo. Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 38.ed. São Paulo, Cortez, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela: **O Serviço Social na Contemporaneidade**: Trabalho e formação profissional. 26ª Ed. São Paulo. Cortez, 2015.

_____ Marilda Villela: **Serviço Social Em Tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro e questão social. 9ª Ed. São Paulo. Cortez, 2015.

MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 6ª edição, São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 21ª Edição. Petrópolis – RJ: Vozes. 2002.

LUKÁCS, György. **Ontologia do ser Social:** os princípios fundamentais de Marx. São Paulo. Ciências Humanas 1979.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social:** Identidade e alienação. 16.ed. São Paulo. Cortez, 2011.

MOROSINI, Marcia Valéria G.C; CORBO Anamaria DíAndrea. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social:** Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 16ª.ed. São Paulo. Cortez, 2011.

OLIVEIRA; André Luiz de. **História da saúde no Brasil:** dos primórdios ao surgimento do SUS, 2012.

OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. **80 anos do Serviço Social no Brasil:** marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão, Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 128, p. 143-163, jan./abr. 2017.

OLIVEIRA CARVALHO, Leandro Rodrigues; RODRIGUES, Hellbia S.M. de C.; ROSA, Chennyfer Dobbins Paes. **Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira:** perspectiva de 1950 até 2019, Revista Educação em Saúde, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 161-177, jul.2020.

RAICHELIS, Raquel; **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas,** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010

PAIM, Jairnilson silva. **O que é SUS:** Rio de Janeiro. Fio Cruz, 2009.

REBOUÇAS; Bianca dos Santos. **Manual de Serviço Social na Saúde.** Ed 2B Ltda, 2019.

SANTOS, Mônica dos; BLACX, Sheila; GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnica-operativa do Serviço Social.** 3ª ed. São Paulo. Cortez, 2017.

Seibert; Deise.Mangini; Fernanda da Rosa.Kocourek; Nunes Sheila. **ALTA SOCIAL COMO DISPOSITIVO DE PROTEÇÃO INTEGRAL NA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL,** Revista do Departamento de Ciências Humanas, Barbarói, Santa Cruz do Sul, RS, n. 53,p. 272-290, jun.2019.

SILVA, José F. S da. **Serviço Social:** resistência e emancipação. 1. Ed. São Paulo. Cortez, 2013.

SILVA, Letícia Batista da; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. **SERVIÇO SOCIAL E RESIDÊNCIA EM SAÚDE**. Trabalho e Formação. 1. ed. São Paulo Papel Social. 20.

SILVA, Salyanna de Souza .**Fundamentos éticos e projetos profissionais do Serviço Social brasileiro e italiano**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 138, p. 283-301, ago. 2020 20.

SODRÉ, Francis; **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento**, Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A/O Assistente Social na Luta de Classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas**. 1.ed. São Paulo. Cortez, 2015.

SILVA, Maria de Oliveira e. **Serviço Social no Brasil: Histórias de resistência e de ruptura com o conservadorismo**. 1. ed. São Paulo. Cortez, 2016.

VASCONCELOS, Ana M. **A/O Assistente Social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas**. 1.ed. São Paulo. Cortez, 2015.

VALENTE, Jane. **Acolhimento familiar: validando e atribuindo sentido às leis protetivas**, Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, p. 576-598, jul. /set. 2012.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 6º. ed. São Paulo: Atlas, 2005.