

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA  
SETOR LITORAL

LEONIR DE ARCEGA

POSSIBILIDADE E LIMITES DA INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL  
ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AS ADOLESCENTES GESTANTES NA  
CONSULTA DO PRÉ-NATAL

MATINHOS

2018

LEONIR DE ARCEGA

POSSIBILIDADE E LIMITES DA INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL  
ASSISTENTE SOCIAL JUNTO A ADOLESCENTES GESTANTES NA CONSULTA  
DO PRÉ-NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como  
requisito final da Graduação em Serviço Social da  
Universidade Federal do Paraná – Setor  
Litoral.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Maria Escorsim.

MATINHOS

2018

## TERMO DE APROVAÇÃO

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho só se tornou possível porque recebi muita compreensão da minha família. Agradeço primeiramente a Deus, pela força e sempre presente, mesmo que por muitas vezes acreditei não ser possível conseguir chegar até aqui, e muito menos realizar este trabalho. Mas Deus se fez presente em todo o momento da minha vida, agradeço vários amigos e familiares.

O meu esposo Cláudio Suntack pela força, amor e carinho durante este momento tão delicado que nos torna psicologicamente frágil.

Aos meus filhos Matheus e Larissa que por muitos momentos suportaram a minha ausência, e mesmo diante de tudo recebi carinho, amor e compreensão.

A minha amada mãe que é meu exemplo de mulher, guerreira, forte e com muito otimismo para nos passar, a todo o momento falando que era assim mesmo, tem que haver alguns sacrifícios para conseguirmos algo que almejamos tanto.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, que de alguma forma contribuíram para a minha formação, Melissa Ferreira, Simone Muller Psicóloga, Juliane Gdla Assistente Social e supervisora do campo de estágio, Juliana Mendonça Nutricionista, Renan estagiário de pós graduação em psicologia, as enfermeira Andressa Schlemper e enfermeira Claudia Shimoyama, Karol e Rita obrigada a todos que de alguma maneira contribuíram para este momento.

E a todos os professores que no decorrer destes quatro anos contribuíram com a minha formação, sei que o caminho ainda é longo.

A minha orientadora Silvana Escorsim pelo apoio e paciência, sempre incentivando com muito carinho.

“A gente tem que sair do sertão!  
Mas só se sai do sertão  
Tomando conta dele a dentro” ...  
Guimarães Rosa

## LISTA DE SIGLAS

AIS - Ação Integradas de saúde
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
CAPS - Centro Atendimento Psicossocial
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES – Centro Brasileiro do Estudo da Saúde
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CONTAG - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CUT – Central Única dos Trabalhadores
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EC – Estatuto da Criança
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais
MS – Ministério da Saúde
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
OMS – Organização Mundial da Saúde
PFL – Partido da Frente Liberal
PNAISARI – Política Nacional Atenção Integral Saúde de Adolescente em Conflito com a Lei
PNH – Política Nacional de Humanização
PR - Paraná
SALTE – Saúde, Alimentação, Transporte, Energia
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progreso da Ciência
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SUS – Sistema Único de Saúde
UFPR – Universidade Federal do Paraná

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo compreender as potencialidades e os desafios propostos à profissão do Assistente Social, às demandas das gestantes adolescentes atendidas no alto-risco no ambulatório do Hospital Municipal de Guaratuba, no período do estágio obrigatório na Secretaria Municipal de Saúde no Município de Guaratuba, na perspectiva de levantar subsídios que contribuam a entender os desafios e possibilidades do profissional. A temática gravidez na adolescência vem sendo alvo de discussão dentro do âmbito da saúde, devido a sua relevância, uma vez que a gravidez na adolescência gera risco para a mãe e ao bebê, o abandono escolar, as dificuldades enfrentadas tanto psicológicas como econômicas, a falta de estrutura de moradia, alimentação, a falta de informação, entre outras expressões da questão social que estas adolescentes vivenciam. Diante das questões e considerando a gestação na adolescência um fator preocupante para os profissionais de saúde envolvidos, e para o Ministério da Saúde, mesmo que ainda o SUS de forma embrionária realize os atendimentos, que por sua vez deveria respeitar os princípios da integralidade, equidade e universalidade. O trabalho parte das pesquisas documentais e bibliográfica, levantando dados durante o processo de atendimento da consulta de pré-natal em conjunto com a equipe multiprofissional em período do estágio Curricular obrigatório realizado na Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de compreender as potencialidades e os desafios posto à profissão nos atendimentos das adolescentes grávidas no Hospital Municipal de Guaratuba, estágio realizado na Secretaria Municipal de Saúde. Com isso este trabalho de Conclusão de Curso aborda o trabalho do assistente social na política de saúde junto à gestação na adolescência, e os desafios e possibilidades do trabalho realizado pelo profissional assistente social no âmbito do SUS.

Palavras-Chaves: Serviço Social. Gestante. Gravidez na adolescência.

## ABSTRACT

This paper aims to understand the potentialities and challenges posed to the profession of the Social Worker, profession, the demands of adolescent pregnant women, attended in high risk in the ambulatory of the Municipal Hospital of Guaratuba, in the period of compulsory internship in the Municipal health department in the Municipality of Guaratuba, in order to raise subsidies that contribute to understanding from the perspective of raise issues that contribute to understand the challenges and possibilities posed to the professional. The issue of teenage pregnancy has been the subject of discussion within the health field, due to its relevance, since teenage pregnancy creates risk for the mother and the baby, the abandonment of school, difficulties faced both psychological and economic, lack of housing structure, food, lack of information, among other social issues involving adolescents. Faced with issues and considering gestation in adolescence a worrying factor for health professionals involved, and for the Ministry of welfare, even though the SUS still has embr to carry out the services, which in turn should respect the principles of integrality, equity and universality. The work starts from documentary and bibliographical research raising data during the process of attending the prenatal consultation in conjunction with the multiprofessional team, period of compulsory curricular internship at the Municipal Health Department. With this work, the conclusion of the course addresses the work of the social worker in the health policy together with the gestation in the adolescence, and the challenges and possibilities of the work carried out by the professional social work in the ambit of the SUS.

Keywords: Social Service. Teenage. Pregnancy.



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
1.2.1 OBJETIVO GERAL .....	12
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>1.3 METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>2 POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>15</b>
2.1 A DITADURA MILITAR E A POLÍTICA DE SAÚDE E O PRIVILEGIAMENTO DO.....	20
PRODUTOR PRIVADO .....	20
2.2 A REFORMA SANITÁRIA NO PERÍODO DE 1985 A 1990 .....	22
2.3 O PROJETO NEOLIBERAL NA SAÚDE.....	29
2.4 O SUS E SUA CONSTRUÇÃO.....	31
2.5 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	34
2.6 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DA ADOLESCENTE.....	41
<b>3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.....</b>	<b>44</b>
3.1 O SERVIÇO SOCIAL E OS DESAFIOS POSTO A PROFISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	52
3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NA ATUALIDADE .....	57
3.3 A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE .....	59
3.4 ATRIBUIÇÃO E COMPETÊNCIA DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE .....	62
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	75
<b>4 CONCLUSÃO .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A motivação em realizar esta pesquisa se deu a partir da experiência vivida no estágio obrigatório I e II em Serviço Social turma de 2015-UFPR setor litoral, estágio este ocorrido no 5º e 6º período de 2017, na Secretaria Municipal de Saúde no Município de Guaratuba-PR. Primeiramente vale ressaltar um breve relato histórico sobre o Município de Guaratuba.

Em 20 de outubro de 1838, por força do Decreto Lei Estadual nº 7.573, foi extinto o município de Guaratuba, passando a ser distrito, com território pertencente ao município de Paranaguá. Somente no dia 10 de outubro de 1947, pela Lei nº 02, é que foi restaurada a autonomia municipal, sendo reinstalado no dia 25 de outubro do mesmo ano. Desta nova fase política, o primeiro prefeito municipal foi Berilo da Cunha Padilha.

Guaratuba é um termo de origem tupi que significa "ajuntamento de guarás". Esse nome foi concebido pelos nativos que habitavam essa região de mangues na época do descobrimento do Brasil pelos portugueses. Guará é o nome de uma ave de plumagem vermelha que existia em abundância nesta área e que, mesmo protegida pelas autoridades, desapareceu do litoral paranaense e quase foi extinta. "Tuba" vem do tupi *tyba*, que significa "ajuntamento".

O clima de Guaratuba é subtropical superúmido, sem estação seca definida e isento de geadas. A média de temperatura dos meses mais quentes é superior a 30 graus centígrados e, nos meses mais frios, inferior a 18 graus centígrados.

Sua população, conforme estimativas do IBGE de 2018, era de 36 595 habitantes, Guaratuba é a 2ª mais populosa cidade do litoral paranaense. Segundo ainda o IBGE a renda média dos trabalhadores formais em um percentual de 21% é de 2.1 salário por mês, e de 33% com rendimento per capita por mês é de meio salário mínimo, Guaratuba está na colocação dentro do Estado do Paraná no 58º lugar referente ao mapa da pobreza e desigualdade, comparado com outras cidades do Estado do Paraná.

Durante o processo de estágio, em atendimento às gestantes adolescentes se evidenciavam as mais diversas expressões da questão social, o que me fez provocações diante destas situações foi compreender os desafios e as possibilidades,

que acontece durante o processo de trabalho do profissional Assistente Social na esfera da saúde.

A pesquisa em questão se relaciona à temática gravidez na adolescência e os desafios, atribuições e competências do Assistente social na saúde, procurando através da pesquisa bibliográfica contar um pouco da trajetória da saúde e o surgimento do serviço social no Brasil e na saúde. Para que se entenda o presente trabalho, primeiramente descreverei a historicidade deste processo até os dias atuais, pois o serviço social vem de lutas desde o seu surgimento.

A pesquisa foi realizada a partir de documentos que foram produzidos durante o processo de estágio junto com a profissional assistente social durante os atendimentos, desse modo, será realizada uma pesquisa documental, descritiva e explicativa, referente à temática buscando uma visão crítica sobre a ótica do serviço social, ainda que este trabalho se desenvolva de forma sucinta.

Atualmente, a realidade social tem nos mostrado a fragilidade que estas gestantes adolescentes estão vivendo, e a elaboração desta pesquisa partiu da observação durante o processo de atendimento no pré-natal, realizada com as adolescentes que vem de um contexto familiar por muitas vezes construído pela contradição capitalista, ou seja, na pobreza.

O problema da gestação na adolescência vem crescendo e atingindo a classe mais vulnerável, com isso as políticas públicas atuais, não vêm dando resposta à essa classe que estão vivendo na pobreza e na extrema pobreza. A falta de políticas públicas faz com que a pobreza aumente e com isso as expressões da questão social se evidenciam nas mais variadas formas, na falta de educação, saúde, alimentação, trabalho, lazer e com isso, a falta de conhecimento de seus próprios direitos enquanto adolescentes.

A escolha deste tema como objetivo da pesquisa, busca compreender o trabalho do profissional assistente social na saúde, e se faz necessário, para que possamos analisar, compreender, propor e agir, em uma atuação profissional mais crítica com contribuições nas garantias de direitos, dentro de um processo democrático através de luta de classes.

Com os objetivos proposto referente aos desafios e possibilidades do trabalho do assistente social, procura-se trazer elementos para uma melhor compreensão da realidade profissional na atualidade construída na divisão social técnica do trabalho.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender as potencialidades e os desafios postos à profissão nos atendimentos das adolescentes grávidas no Hospital Municipal de Guaratuba.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as potencialidades da intervenção profissional nos atendimentos junto as adolescentes grávidas no Hospital Municipal de Guaratuba;
- Perceber os desafios identificados pela profissão nos atendimentos das adolescentes grávidas no Hospital Municipal de Guaratuba;
- Refletir sobre o trabalho do assistente social no enfrentamento dos desafios identificados nos atendimentos as adolescentes grávidas, no Hospital Municipal de Guaratuba;

## **1.3 METODOLOGIA**

Esta é uma pesquisa qualitativa, documental, descritiva, coletados no período de estágio de março a novembro de 2017, em atendimentos às gestantes adolescentes, para compor a pesquisa foram coletados dados, os sujeitos da pesquisa são as gestantes adolescentes e a assistente social que realiza o atendimento na primeira consulta do pré-natal do alto-risco no Hospital Municipal de Guaratuba.

A segundo Marsiglia (2009, p.387) diz que nos últimos anos percebeu-se no Serviço Social, uma valorização das pesquisas qualitativas, dos estudos de casos, dos instrumentos e técnicas de entrevistas, principalmente nas entrevistas semiestruturadas, da análise de conteúdo e de discurso.

Sobre a questão saúde e pesquisa a autora cita Turato (2003, p. 387) que fala que o termo “quantitativo” era relacionado à ideia de mensuração e busca a resposta para a pergunta “quanto” e o termo “qualitativo” busca responder a perguntas com “qual e qual tipo”.

A autora afirma que determinados objetos e problemas de pesquisa, conforme o seu caráter contextual, sua complexidade e multicausal, necessitam de métodos e

técnicas diferenciadas de investigação. Marsiglia (2009, p. 388) menciona que os estudos da área de saúde devem usar as metodologias qualitativas para que se possa captar o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Para o alcance dos objetivos proposto dentro deste trabalho, optou-se pela pesquisa de caráter documental, que para Gil (2009) tem uma semelhança com a essência documentos que não receberam analisados ainda, que se divergem somente com a natureza das fontes. Sendo que usamos algumas bibliografias para apresentar o trabalho dentro de um contexto histórico, uma vez que a pesquisa bibliográfica se desenvolve através das ideias de vários autores sobre determinado assunto, enquanto a pesquisa documental ainda não recebeu um tratamento analítico, ou que podem de alguma forma ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa, portanto para este trabalho foi escolhida a forma documental, para que possibilite um conhecimento mais amplo a respeito do tema proposto. Desta forma, utilizou-se os documentos produzidos na Secretaria Municipal de Saúde, no setor do Serviço Social.

Seguindo esta linha, selecionamos um resumo de atendimentos mensais. Em março foram realizados sete atendimentos, quatro no mês de abril, sete no mês de maio, sete no mês de junho, oito no mês de agosto, sete no mês de outubro, três no mês de novembro, três em dezembro, com um total de quarenta e dois atendimentos no decorrer do processo. Estes dados estão registrados em formulário social, aplicados na hora do atendimento do pré-natal às gestantes adolescentes, e algumas destas demandas descritas no diário de campo, e é através destes dados ou relatos que vamos descrever no trabalho, sobre a situação social destas adolescentes.

Vale ressaltar, que no formulário social são feitas algumas perguntas, como: Composição familiar, situação habitacional, planejamento familiar, história de vida, quantidade de gestação, forma de parto anterior, quanto a renda familiar, e se participa de algum programa social. Através destes documentos que podemos de alguma forma contribuir para os questionamentos feitos dentro os objetivos propostos, para um melhor entendimento sobre a forma de pesquisa descritiva e explicativa. Em um trabalho acadêmico o autor GIL (2009) nos traz explicações para que possamos desenvolver, tal pesquisa.

A pesquisa descritiva para Gil (2008, p. 42) fala que a característica principal desta pesquisa é a descrição de determinada população ou fenômeno, também as

variáveis que pode estabelecer uma relação, ainda durante este processo a utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, podendo usar como ferramenta os questionários e a observação sistemática.

Entre a pesquisa descritivas, salientam-se aquelas que tem por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc. Outras pesquisa deste tipo são as que propõe a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc. São incluídas neste grupo as pesquisa que tem por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2008, p. 42).

Ainda o autor fala que a pesquisa descritiva pode ser aquela que visa descobrir a existência de uma associação entre variáveis, tem como exemplo a pesquisa eleitoral e nível de rendimento ou de escolaridade. As pesquisas descritivas por muitas vezes estão junto com as exploratórias, muito usada pelos pesquisadores sociais preocupados com a prática profissional.

Portanto a pesquisa explicativa tem por objetivo central a identificação dos fatores que possam vir a determinar ou contribuir para a ocorrência dos fenômenos, segundo ainda Gil (2008, p. 42, 43) este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas.

Durante o desenvolvimento do trabalho usaremos os diários de campo produzido no processo de estágio, os formulários de atendimentos e relatórios. A partir desta pesquisa procurou-se trazer elementos para compreender a realidade social na qual estas adolescentes grávidas estão inseridas, no contexto da saúde.

Para que possamos obter resultados e realizar a análise crítica da realidade social junto às expressões da questão social, desafios e limites do profissional assistente social na saúde, é preciso conhecer a história dessas gestantes e desta forma contribuir, a pesquisa é de forma qualitativa, documental e descritiva, como já mencionado.

Sendo assim, faz-se necessário durante esse trabalho, um estudo para saber quais as respostas que o serviço social consegue dar diante das demandas sócio assistências pertinentes a gestação na adolescência, partindo do seguinte direito constitucional:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (EC no 26/2000, EC no 64/2010 e EC no 90/2015).

As condições sociais que essas adolescentes grávidas enfrentam, podem se tornar maiores com o nascimento do seu filho ou intercorrências durante o parto. Por isso o atendimento integral à saúde se faz necessário, com ações interventivas do assistente social como parte importante, pois a partir da compreensão do contexto de vida dessas adolescentes, o agir profissional junto com a equipe de trabalho de saúde, é capaz de tornar o contexto mais humanizado.

## **2 POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Para que seja possível compreender e analisar a realidade que se encontra hoje o cenário das políticas públicas, é necessário conhecer o determinante histórico que desenvolveu esse processo até a atualidade. O Brasil passou ao longo do tempo com as influências no contexto político-social, ao se pensar sobre a evolução histórica das políticas de saúde pode-se perceber que a evolução deste processo está relacionada com a evolução político-social e econômica da toda uma sociedade brasileira.

É no século XIX que vão ocorrer modificações no âmbito da medicina, relacionadas com a situação geral da sociedade, inaugurando duas de suas características: penetração na sociedade brasileira e apoio científico indispensável ao exercício do poder do estado. Um novo tipo de indivíduo e de população necessários à existência da sociedade capitalista, antes mesmo das grandes transformações industriais, estão intrinsecamente ligados ao novo tipo de prática médica (BRAVO, 2013, p. 112).

Na metade do século XIX ainda segundo a autora, a questão saúde apresentava-se deficiente, com alto índice de mortalidade e o aumento de várias doenças como: hepatite, lepra, boubá, febre amarela e escorbuto, as condições de saneamento eram péssimas, pois não havia um sistema de esgoto, porém existia abastecimento de água.

Com relação a organização da saúde pública, foram estabelecidas normas para vigilância do exercício profissional e realização de campanhas limitadas.

Em 1850, cria-se uma Junta de Higiene Pública, encarregada da conservação da salubridade, que incorporava os estabelecimentos de Inspeção de Saúde dos Portos de Rio de Janeiro e do Instituto Vanício. Foi criada também a Comissão de Engenheiros, com a incumbência de se ocupar dos melhoramentos sanitários da cidade. Em 1851, foram criadas Comissão de Higiene Pública em cinco províncias e provedores de Saúde Pública nas demais províncias (BRAVO, apud, SINGER et al, 1978, p.114).

Contudo, ainda no período do século XIX, se destacaram as primeiras associações mutuaristas, com características de ações assistenciais que tinham como objetivo os serviços médicos-farmacêuticos, auxílio em caso de enfermidade, invalidez, velhice e funerais, diante disto foi tomando formas de defesa com movimento popular. Dezenas de associações desse tipo foram criadas no século XIX, em todo território nacional (BRAVO, 2013, p. 114).

Com a Proclamação da República alguns trabalhadores se organizaram, entre os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul, tendo os imigrantes como participantes. Os movimentos operários formam-se influenciados por três movimentos durante o período de 1850 a 1920, o trabalhista, o socialismo e o anarquismo.

Soares, citado por Bravo (2013) nos traz em especial as duas correntes que mais abordaram a questão saúde pelo movimento operário.

Os trabalhistas pleiteavam a assistência médica, reivindicando ao Estado a construção de hospitais e a adoção de medidas previdenciárias para a melhoria da situação de saúde dos trabalhadores. Vários projetos de leis foram elaborados na perspectiva de garantia de direitos mínimos à classe trabalhadora, o principal marco dos trabalhistas foi o 4º Congresso Operário, realizado em 1912, no Rio de Janeiro. Este foi considerado pelos anarquistas como “congresso pelego” (BRAVO, 2013, p. 115).

Devido às más condições sociais em que esses trabalhadores viviam, os anarquistas começaram a relacionar a situação como a causa das doenças dos trabalhadores e a reivindicar que as condições de trabalho se tornassem mais digna para que eles pudessem ter com isso uma vida melhor, nesse processo histórico os anarquistas também se opuseram a utilização da força de trabalho infantil nas fábricas, sendo que diante das condições precárias de trabalho resultava na morte precoce do trabalhadores, não se tinha uma segurança adequada para o trabalho e muito menos as estabilidades no empregos.



Negavam o Estado, propondo mudanças profundas no sistema social. Repudiavam o cooperativismo, o mutualismo e as sociedades beneficentes (forma comumente usadas pelos sindicatos e de sua finalidade de resistência e serem consideradas soluções paliativas e amortecedoras dos problemas sociais. Três Congressos Operários realizados em 1906, 1913 e 1920, no Rio de Janeiro discutiram as principais questões que afetavam os trabalhadores e imprimiram uma direção anarcossindicalista ao movimento social. Os seguidores desta corrente eram, em sua maioria, trabalhadores imigrantes. (BRAVO, 2013, p. 116).

Os dois segmentos seguiam linhas diferentes com fortes divergências entre eles, no que diz a questão saúde, a tendência dos trabalhistas era uma reivindicação voltada para, a lei, a ética, a consciência mais humanizada dos grandes representantes do capital, enquanto os anarcossindicalistas não aceitavam a forma da lei e em contrapartida negavam o Estado, e nesse momento eles incentivavam os confrontos entre os operários e os patrões. De acordo com Bravo (2013) as duas tendências lutavam pela redução da jornada de trabalho e com isso achavam que a diminuição resultariam uma melhor qualidade de trabalho e de saúde, dos trabalhadores.

Contudo, nesse período houve a diminuição do índice de algumas doenças que até o momento haviam se tornado epidêmicas. Os órgãos federais e estaduais criaram uma dualidade administrativa, mas não se pôde observar uma definição clara sobre esta dualidade, se tornando sem eficácia nos processos de epidemias de peste que naquele momento assolava o país.

De acordo com Bravo (2013), Rodrigues Alves tomou posse na Presidência da República com uma coligação conservadora, criou vários programas para remodelar o modelo de saneamento do Rio de Janeiro, pois as epidemias e as endemias estavam gerando prejuízos financeiro, devido à grande recusa dos navios estrangeiros que ancoravam no Brasil.

Concordamos com Braga quando afirma (Braga e Paula, 1986, p. 41-42) que a Saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado e assumindo de forma embrionária a característica de política social (BRAVO, 2013, p.118).

Entretanto na primeira década do século XX, são as determinações rurais e urbanas com as atribuições destinadas ao Estado, que determinam a análise da

Saúde, pois, neste período tinha-se pouco conhecimento científico e tecnológico, e com isso os diagnósticos realizados, e também em relação a terapia, e prevenção eram contraditórios. Ainda segundo Bravo (2013), é neste contexto de condutas assistencialistas e filantrópicas que podem entender as políticas públicas de higiene e saúde nas primeiras décadas do século XX.

Sendo a história o princípio para uma melhor análise das condições humanas em tempo atuais, cabe destacar aqui como foi a intervenção do Estado no período de 1930 a 1964.

É no século XX que a “questão social” no Brasil surge, dentro da economia capitalista que exportava café, no surgimento do trabalho assalariado, com reflexões sobre o avanço da divisão do trabalho.

Bravo (2009), fala que a saúde pública da década de 1920, vai adquirir um novo discurso por parte do poder, com tentativas de estender os serviços por todo país, com a reforma Carlos Chagas de 1923, e através do poder central que se tenta ampliar o atendimento à saúde.

O surgimento do sistema previdenciário brasileiro, vem da criação das caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) em 1923, criado a partir da Lei Elói Chaves sendo essa a mais importante, se tornando a base da previdência Social Brasileira.

As CAPS, eram financiadas e paga pela União, empresas empregadoras e pelos empregados, e quem nomeava o presidente das CAPS era o presidente da República, com a participação dos patrões e empregados na administração. Bravo (2009) fala que os benefícios eram proporcionais às contribuições, sendo previstos a assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio- funeral.

As reivindicações das classes operarias tem grande importância às CAPS, pois o Estado tinha que dar uma resposta aos empresários, para o crescimento da questão social. A primeira CAP criada foi a dos ferroviários em 1923, sendo que eles tinham uma importante representação na economia do país, também os estivadores e os marítimos em 1926, e só após 1930 é que outros como bancários e comerciários conseguiram.

Segundo Bravo (2009), a década de 30 tem como alguns indicadores o processo de industrialização, redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores.

Foi durante a década de 30 que surgiram as políticas sociais brasileiras, respondendo algumas das questões naquela época, a saúde se transformando em questão política, o Estado intervindo nas questões, e com isso a efetivação dos direitos dos trabalhadores urbanos.

Bravo (2009) fala que a política de saúde durante este período tinha caráter nacional e era organizada em dois subsetores, sendo o da saúde pública e o de medicina previdenciária.

[...] o subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só vira sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966[...] (BRAVO, 2009, p. 91).

Ainda segundo Braga e Paula citado por Bravo (2009), a saúde adotou algumas alternativas para a saúde pública no período de 1930 a 1940, são elas:

Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos servidores estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo departamento Nacional de Saúde; pelo Departamento Nacional de saúde; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 193, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 193; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de malária da baixada Fluminense, 1940, financiamentos, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller de origem norte-americana); Reorganização de Departamento Nacional de saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicas em saúde pública ( BRAVO, 2009, p.91).

Para Bravo (2009) a medicina previdenciária que surgiu na década de 30, não teve uma cobertura mais ampla, ela só tinha como pretensão um número maior de categorias de assalariados urbanos e os seus benefícios, como formar de antecipar as reivindicações futura categoria.

A Política Nacional de Saúde em 1930, só foi consolidada no período de 1945 a 1950, durante a Segunda Guerra Mundial foi criado o Serviço Especial de Saúde

Pública (SESP), com o patrocínio da então Fundação Rockefeller e em convênio com órgãos do governo americano.

Para Bravo (2009), é no final dos anos 40 que com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, sendo a saúde posta como uma de suas finalidades principais, tinha como previsões de investimento durante 1949 a 1953, porém não foi implementado.

No período dos anos 50, 56 e 63 os gastos com a saúde pública foram um pouco melhor, ocorrendo melhorias no que se refere às condições sanitárias, porém, não conseguiu eliminar o quadro das doenças na época, como doenças infecciosas e parasitárias, e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, assim como a mortalidade em geral devidos as doenças.

Nos anos 50 a estrutura hospitalar privatizada já estava instalada com fins lucrativos com a formação de empresas médicas com ligação capitalista, o que fazia pressão ao Estado para o financiamento. Esta formação médica defendia com bastante clareza a privatização.

Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos institutos. As formas de compras dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta situação vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964[...] (BRAVO, 2009, p. 93).

O regime que instalou no Brasil após 64, possui uma característica diferente da anterior.

## 2.1 A DITADURA MILITAR E A POLÍTICA DE SAÚDE E O PRIVILEGIAMENTO DO PRODUTOR PRIVADO

Bravo (2009) fala que a ditadura teve um significado para a sociedade brasileira como afirmação de uma tendência para o desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo, porém, ainda os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, pelo contrário, com um aprofundamento complicado se tornando mais ampliado e dramático.

Bravo cita Netto (2009), que o processo que forjou esse país novo foi global, e nele imbicaram e colidiram com os vetores econômicos, sociais, políticos, culturais e ideológicos, através de mecanismos basicamente coercitivos, no quadro de uma estratégia de classe implicando alianças e dissensões.

O momento crítico da ditadura se inscreveu dentro do cenário internacional, o que ocorreu vários golpes de Estado, favorecido pelo curso dos anos 1960, pelos imperialistas de centro e sob a hegemonia norte-americana, o regime que se instalou no período de 1964 era repressivo e totalmente ditatorial, fazia uso das forças policiais e a do exército para se impor.

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2009, p. 93).

Ainda segundo Bravo (2009) a junção dos IAPs com a unificação da Previdência Social ocorrida em 1966, com a intervenção do Estado na sociedade, e a exclusão na gestão da previdência, ficando para os trabalhadores o papel de financiadores, com a criação do IAPs em 1966 mostra o papel regulatório do Estado sobre a sociedade.

Para o Estado, a saúde como outros setores, precisava de renovação com característica capitalistas, incorporando modificações tecnológicas que ocorriam no exterior, com a queda da saúde pública no período a medicina previdenciária mostrou crescimento, com a reestruturação do setor principalmente ocorrido em 1966.

A mesma autora afirma que o bloco de poder que foi instalado no aparelho estatal em 1964, ao longo de dez anos, não conseguiu a consolidação a nem a hegemonia, precisando de forma gradual modificar a relação com a sociedade civil. Havendo necessidade de novas formas de mediação, para que a forma burguesa se legitimasse e com isso as consequências políticas, econômicas e sociais.

Durante o período de 1974 a 1979, a política social teve como objetivo maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, e com isso acalmar as reivindicações e pressões populares.

Durante esse período, no modelo econômico, o que se pode afirmar é que não deu certo, pois a pobreza aumentou devido ao grande aumento do desemprego e com

isso os problemas sociais, o que se viu foi um modelo previdenciário que não deu conta de atender uma sociedade que já se encontrava com várias mazelas, consequente do capitalismo burguês.

Ainda segundo Bravo (2009) as reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter as falhas da política de saúde, que era voltadas para ações curativas, sobre o comando do setor privado. Diante disto, o Ministério da Saúde, teve que reaver as medidas de saúde pública, ainda que de forma limitada, e com o aumento das contradições no Sistema Único de Saúde.

## 2.2 A REFORMA SANITÁRIA NO PERÍODO DE 1985 A 1990

Segundo Bravo (2011) a reforma sanitária se mostrou incompleta durante a transição democrática neste período com a morte do presidente Tancredo Neves, pois o vice-presidente Jose Sarney não representava as articulações políticas durante o processo de campanha, não tinha uma representatividade com as forças democráticas e populares que pactuaram, até porque o conjunto constitucional ainda se encontrava no começo o que gerou uma insegurança na instalação ao Estado de Direita.

O Presidente Jose Sarney, encontrou resistência dentro da própria aliança política que era composta por um ministério criado por Tancredo Neves e de sua confiança, ainda havia resquício do autoritarismo, uma nova visão do país via a constituição, com salários baixos, com desemprego e uma população com grande expectativa para participar do processo político.

A “Nova República” foi resultante de uma negociação “pelo alto” entre os dirigentes do bloco autoritário e a principal força partidária de oposição. Para Viana (1986), a “Nova República” se caracterizou pela conclusão do ciclo histórico da revolução burguesa autoritária, a constituição de um mercado capitalista que pretendia redefinir suas relações com a esfera pública, a afirmação do reino do interesse e o esforço emancipatório das classes subalternas no sentido de conquistar uma cidadania livre da tutela do Estado [...] (BRAVO, 2001, p. 95).

As características de transição de regimes autoritários para regime democráticos, podem se caracterizar como dois grupos de países, sendo um que romperam com a ordem constitucional, podendo citar Portugal e Grécia, e também

aqueles países que de forma planejada ou também chamado de forma negociada, como Espanha, Peru e Brasil.

Bravo (2011) descreve que as forças do governo seguiam duas tendências que resultavam em equilíbrio, o centro-direita e a centro- de esquerda. Nas cidades de São Paulo, Mina Gerais e Nordeste, eram apoiados pelos empresários conservadores, e as forças políticas do PFL. Já o centro de esquerda, partia de seguidores do extinto MDB, os partidos comunistas e os que representavam os empresários mais inovadores, menos conservador e progressista.

De uma forma geral, a plataforma da Aliança Democrática era vaga e não havia contradição, a não ser as forças contrárias que divergiam dentro do projeto do governo que tinha três prioridades que a compunham como:

Plena restauração democrática, dentro de uma concepção liberal progressista da sociedade e do Brasil; Saneamento financeiro, com a contenção da inflação e o disciplinamento dos gastos da União, havendo a combinação de restabelecer o desenvolvimento e uma reorientação para o pleno emprego e o atendimento das necessidades básicas da população; Instauração de um regime de equidade social, novo pacto social, orientado para implantar um amplo sistema de “bem estar social”(JAGUARIBE, citado por BRAVO, 2011, p. 95 e 96).

Durante o primeiro momento da tentativa de transição, houve algumas conquistas, com isso a reconstrução de uma autonomia política às capitais estaduais e aos municípios o que antes era considerado de segurança nacional, os partidos comunistas receberam a sua legalização e a criação da Reforma Sanitária, que tinha como objetivo iniciar um processo de acessibilidade para que todos tivessem o direito à terra. O governo tomou como medidas com relação aos operários, o reconhecimento e a legitimação dos direitos civis e políticos dos sindicalistas que antes tinha sido penalizado pelo regime anterior.

Bravo (2011) descreve sobre o Pacto Social como sendo a proposta da “Nova República”, Oliveira citado por Bravo (2011), nos traz que algumas questões eram apontadas pelo pensamento conservador e tecnocrata, fazendo questionamento na proposta do pacto, pois durante esse processo da crise necessitava de resposta com mais urgência às questões, até porque eles consideravam que não podia haver pacto entre as forças contrárias entre capital e trabalho, não podia copiar a forma do governo de Getúlio. Bravo (2011) ainda citando o autor, esse pacto mostrava o desejo para um

momento político novo, com a trégua entre o social e entre os setores de capital e trabalho.

Ainda durante esse processo as forças que faziam parte do regime militar, conseguiram se reorganizar e se articular, contraria aos objetivos que naquele momento fazia parte da transição para a democracia, tentando influenciar os setores de centro, prejudicando o grupo de centro-esquerda. Para Bravo (2011) o projeto neoliberal conservador, que contava com a participação da elite brasileira, foi se consolidando e ganhando adesão.

Já em 1986, um novo plano foi apresentado o chamado plano de Estabilização econômica, na época chamado de plano cruzado, que tinha como objetivo um controle maior sobre a inflação, com o congelamento dos preços e fixar os juros. Porém sua vigência foi curta mesmo tendo apoio popular.

Um dos aspectos que contribuíram para o fracasso do “Cruzado” foi a sua concepção política, sem a participação do legislativo. Uma ação política mais articulada pelos partidos junto a população teria permitido maior distribuição e obtenção de suporte da sociedade ao seu necessário reajustamento, nos meses de junho e agosto de 1986 (DINIZ, citado por Bravo, p. 97). O governo teve dificuldades para estabelecer acordos partidários e suprapartidários em relação à política econômica, e qualquer reajustamento, às vésperas do processo eleitoral, poderia colocar em risco a vitória dos candidatos da Aliança Democrática. É importante salientar que o plano foi desativado logo após as eleições de 1986 em que o vasto volume de votos dados ao PMDB se deveu ao apoio popular a ele conferido, o que marcou, de modo negativo para a população, a credibilidade do plano e do processo eleitoral (SOUZA, 1988, citado Bravo, p. 98).

Bravo (2011) destaca alguns atores que participaram nas diversas fases da constituinte, são os movimentos sindicais, a igreja, alguns setores profissionais, e o movimento feminista. Durante esse período o Brasil constituinte, conseguiu que a sociedade se mobilizasse e colocasse nos espaços públicos da política as ações e opções que seriam essenciais, mesmo ainda a sociedade organizada de forma precária.

Segundo Fernandes (1985, p. 20, 21) citado por Bravo (2011), com relação a “Nova República” ela ainda continuava com fortes características com o passado:

A “Nova República” “não rompeu com o passado, remoto e recente. Não combateu de frente a ditadura. Contornou-a e prolongou-a”. Procurou avançar em direção ao “mudancismo”, mas as mudanças propostas “envelheceram e se esvaziaram depois de mais de 20 anos de calamidade ditatorial”. Buscou



alianças “populistas”, mas foi “manietada por seu conteúdo ambíguo e por suas impulsões conservadoras”. Procurava obter o apoio popular, mas desmobilizava ao mesmo tempo a prática democrática do movimento operário e sindical, bem como de outras forças populares. Confundiu cooptação com democracia. Para agradar o grande capital, pretendeu destroçar as empresas estatais e semi – estatais (BRAVO, 2011, p. 102).

De acordo com Bravo (2011) a partir de 1987 e 1988, os movimentos sociais avançaram de forma muito significativa no país, mesmo com comparações feitas ao período democrático populista. Esse fato implica uma avaliação mais profunda do potencial político dos movimentos sociais na democratização da sociedade e das instituições, na gestão da “coisa” pública e conquista da cidadania, analisando-se suas estratégias, táticas e alianças (BRAVO, 2011, p. 102).

A mesma autora diz que durante o governo da Nova República, houve o comprometimento com o resgate da chamada “dívida social” que se tinha com o passado, vindo de um passado autoritário e devido à crise econômica. Foi criado um plano emergencial para que se fosse combatido a fome, o desemprego, e com isso a miséria que vinha da falta de emprego. Diante da crise precisou pensar em uma Reformulação do Sistema de Proteção Social Brasileiro, com a intenção de realizar reformas em algumas áreas, sendo elas Previdência, a Sanitária, o Sistema Financeiro da Habitação, a Educação e a Tributária. (BRAVO, 2011).

A sociedade reclamava de alguns fatores, que, segundo a autora, foram aceitos e incorporados nos discursos, fazendo parte da estratégia da política social. Alguns fatores destacaram-se como a descentralização, dos serviços e equipamentos sociais em nível local, a população com sua participação nos processos de decisão, o controle as políticas e sua implementação, e a distribuição direta de recursos em dinheiro às famílias. As correlações de forças existentes em relação à questão saúde fizeram com que houvesse avanços e recuos.

Para Bravo (2011) o período que antecedeu a instalação da “Nova República” e o seu início foi palco de debates e contribuições que visavam lançar as bases das políticas de saúde para o governo de transição, mostrando as inquietações e proposições a respeito da realidade sanitária brasileira.

A partir de junho de 1984 foram realizados vários seminários entre as Secretarias de Minas, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo, também durante esses seminários participaram a regional sudeste do Conselho Nacional de

Secretários de Saúde (CONASS); também as discussões durante a reunião que acontecia anualmente da Sociedade brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); a Reunião de trabalhos sobre Ações Integradas de saúde (AIS); a XVII Reunião do CONASS, em Belo Horizonte.

Essas realizações pretendiam acumular propostas e estimular a realização de vários fóruns de debate sobre a política de saúde para um governo de transição democrática, confluindo para um encontro nacional, o V Simpósio sobre Política Nacional de saúde da Câmara dos Deputados, Brasília, novembro de 1984, que contou com ampla participação de técnicos, parlamentares, secretários, estaduais e municipais de saúde, entidades representativas e outras agências da sociedade civil, congregando quinhentos participantes. Vários documentos foram apresentados e discutidos, cabendo salientar (REVISTA SAUDE EM DEBATE, n. 17, citado por Bravo, 2011, p. 106).

Os documentos apresentados foram segundo Bravo (2011) um documento do Centro brasileiro dos Estudos da saúde (CEBES) que era “Assistência a saúde uma sociedade democrática”; os “trabalhadores rurais e a previdência social” proposta da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) e o Financiamento do setor saúde, esta proposta era para a transição democrática, proposta por Hélio Cordeiro (presidente da Associação Brasileira de Pós-graduação em saúde Coletiva, (ABRASCO).

A partir do V simpósio a comissão de saúde da Câmara de Deputados elaborou um documento com a proposta para a política para um programa de saúde. Segundo Bravo (2011) esse documento apresentava um diagnóstico de como a saúde se encontrava, mostrava as desigualdades regionais e se relacionava com os efeitos cruéis do modelo então econômico, que se caracterizava também de uma forma excludente.

Ainda segundo o autor, os princípios que norteiam a política de saúde foram colocados como sendo a saúde um direito do cidadão e dever do Estado, para que o cidadão tenha uma boa saúde se faz necessário uma elevação das condições de vida, para que isso acontecesse, era preciso uma melhor definição das políticas voltadas para o setor, e com isso exigindo um aprofundamento nos debates e com a participação popular.

A política de saúde da “Nova República”, em 1985, estabeleceu como estratégia de ação aprofundar e dinamizar as AIS, em desenvolvimento desde

1983, conjugando os princípios e diretrizes que, a partir da confluência de esforços entre os níveis federal, estadual e municipal, criassem as condições técnico-administrativas e políticas que viabilizassem a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde, fundado principalmente na descentralização e universalização do atendimento. Duas táticas de uma mesma estratégia eram indicadas para atingir o novo sistema: o reordenamento institucional estabelecido por instrumentos legais e o apoio político e mobilização social como base da sustentação de políticas e estratégias de organização de serviços de saúde. (BRAVO, 2011, p. 108).

Em decorrência do orçamento o Ministério da Saúde ficava subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Os sanitaristas ficavam dentro do Ministério da Saúde e já no Ministério da Previdência e Assistência Social, era com o setor privatista. Para Bravo (2011) a conquista inicial se deu ao grupo progressista que foi sofrendo algumas perdas no decorrer do processo, e com isso as forças conservadoras foram ganhando espaço e paralisando as reformas que eram necessárias.

O governo assumiu a proposta sanitária do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, (INAMPS) estava relacionado com o Ministério da Saúde, o que gerou um impasse e não aconteceu por vários motivos. Para Bravo (2011) a luta política circulava entre as diferentes correntes, alguns apoiavam o Ministro da Previdência que na época era Valdir Pires, e alguns o Ministro da Saúde que era Carlos Santana, pois quem ficasse à frente INAMPS teria um fortalecimento político com apoio maior.

Ainda segundo a autora Bravo (2011) a junção dos dois geraria uma burocratização administrativa, em que dificultaria o processo de decisão, ficando paralisado, o movimento sindical naquele momento ainda se encontrava bastante fragmentado, o movimento se opunha a extensão do benefício da assistência médica, para aqueles que não contribuíssem para a previdência social, guiando-se pelo processo de seguro e não seguridade.

A questão saúde no Brasil foi marcada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 em Brasília, por um decreto feito pelo presidente da República em 23 de julho de 1985 com alguns os temas centrais, a saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde, descentralização, universalização e participação, os papéis institucionais das unidades políticas.

Ainda de acordo com Bravo (2011) a conferência representou um marco, a sociedade conseguiu entrar na discussão da saúde. Os debates já não aconteciam

mais somente em fóruns específicos, tomava uma proporção maior com a participação dos representantes da população, como moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e o parlamento. A questão saúde saiu da esfera setor fazendo referência a sociedade sendo que, esta proposta não era somente para Sistema Único, mas de uma Reforma Sanitária, Jose Paulo Netto, Rodrigues, citado por Bravo (2011, p. 111).

Segundo Bravo (2011), após, ocorrem as conferências de temas específicos como: Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Saúde do Índio, também a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), com a participação do setor privado, havendo um confronto entre o movimento sanitário brasileiro. Durante a VII conferência houve algumas divergências, o que não facilitou as propostas, com a derrota do pensamento progressista neste fórum.

Com a realização da conferencia em 1986, o governo assumiu a bandeira da reforma sanitária, assumindo medidas políticas nas áreas de habitação, saneamento, alimentação, entre outras, com essas medidas obteve uma grande melhora nos indicadores de mortalidade e morbidade.

Teixeira, citado por Bravo (2011, p. 114) diz que “a Constituição brasileira em respeito da questão saúde foi discutida de forma superficial e sem vontade, pois não foram definidas as competência e fontes financeiras”.

O texto constitucional, segundo a autora citada, inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender a todas as demandas quando elas se confrontam com interesses empresarias ou de setores do próprio governo. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecida a um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina (BRAVO, 2011, p. 116).

Apesar das grandes conquistas dentro do contexto constitucional, o movimento sanitário, enfrentou dificuldades para que a reforma fosse viabilizada no Brasil. Bravo, apud Teixeira (2011, p. 117) diz que os aspectos fundamentais para a transição, foram com o objetivo de alterar a política de saúde privatizante e fortalecer o setor público, com isso a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

No final da década de 80, as dúvidas referentes à Reforma Sanitária se faziam presentes. O setor público se mostrou ineficiente, gerou uma tensão com os profissionais de saúde, a população descontente com os resultados que não se concretizaram na melhoria da atenção básica, os setores conservadores se reorganizaram contrários à reforma Sanitária, o setor passa a ter uma direção a partir de 1988.

A VIII Conferência foi um acontecimento muito importante, isso aconteceu com os movimentos e articulações para que o processo da Alteração Constitucional fosse feito, abrangendo grande parte das reivindicações da saúde.

Concordamos com Teixeira (1989, p. 53), em relação às dúvidas e incertezas quanto à continuidade da reforma sanitária em função da fragilidade das medidas reformadoras em curso; da ineficácia do setor, público, comprometendo o projeto; das tensões com os profissionais de saúde, aos quais é exigida maior dedicação e compromisso profissional; da redução do apoio em face da ausência de resultados concretos; da reorganização das forças da contrarreforma. Para a autora, a burocracia da reforma sanitária afasta a população da cena política, despolitizando o processo (BRAVO, 2011, p. 117-118)).

Ainda segundo a autora, os desafios postos para os setores progressistas da saúde que deveria ser viabilizado na década de 90, é a construção democrática vinha para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política sendo uma das estratégias, só pode ser superada quando as mudanças se tornem efetivas nas práticas e na qualidade de saúde da população.

### 2.3 O PROJETO NEOLIBERAL NA SAÚDE

O redirecionamento do papel do Estado nos anos 90 acontece influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, o texto continha avanços, mas mesmo assim sofreu fortes ataques por parte do grande capital, que tinham como aliados interessados na queda da Reforma sanitária, e tinha como aliança a Previdência Social e as regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil. Vale destacar que a Constituição de 1988, veio para garantir a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Bravo (2009) destaca que a Reforma do Estado ou podendo ser chamado de Contra- Reforma, caracteriza-se como sendo outra estratégia para desviar a funções

básicas, quando amplia a sua presença no setor produtivo, colocando em desconfiança o modelo econômico vigente naquele momento. O Estado passa a responsabilidade para o setor produtivo e deixa de ser responsável pelo desenvolvimento econômico e social, se tornando o promotor e regulador.

Cabe ressaltar que hegemonia neoliberal no Brasil, é e tem sido responsável pela precarização do trabalho, desemprego, redução dos direitos sociais e trabalhistas, desmonte da previdência pública, e o sucateamento da saúde e da educação.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com objetivo de reduzir os custos. (BRAVO, 2009, p. 100).

No Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Bravo (2009), houve uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral, apesar das declarações feitas oficialmente em adesão ao SUS.

Segundo Bravo (2009), cabe destacar que o avanço do SUS foi comprometido, pois algumas questões como desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos, não aconteceu, como a unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal, o afastamento do princípio da integralidade, o prejuízo das ações de promoção a saúde com prioridade para a assistência médica hospitalar, ainda a proposta de reforma Sanitária do Estado para o setor saúde, era então dividir o SUS em dois, o hospitalar e o básico.

O projeto proposto se caracteriza com o Estado garantindo o mínimo aos pobres e com isso o setor privado recebe usuário que podem pagar. Podemos destacar que as principais propostas desse projeto, eram de caráter focalizado para atender a população mais vulnerável, com um pacote básico para a saúde, a ampliação da privatização, com estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços de nível local e com relação à vinculação das fontes a sua eliminação.

Para Bravo (2009), um dos fundamentos centrais do SUS contido no projeto da Reforma sanitária é a universalidade do direito, diante disso os formuladores do projeto saúde voltados para o mercado criam resistência, dentro destes projetos as

ações são individualistas e fragmentadas da realidade, que se contrapõem com às concepções coletiva e universais do projeto contra hegemônico.

## 2.4 O SUS E SUA CONSTRUÇÃO

Campos, apud, Rosen (1994), fala que para compreender como a política pública vem sendo construída em conjunto, é preciso explanar e esclarecer as relações de vivência dos conflitos que já existem nas estruturas econômica e social, e entre os interesses de cada pessoa, ainda que neste processo, tem que levar em conta os conflitos dentro da sociedade, as mudanças culturais e seus valores, os discursos que a sociedade produz dentro do campo da ciências, da política e da mídia.

No século XIX a resposta a essa questão era simples. A Saúde Pública cuidava dos problemas coletivos, a saber, das epidemias e da vigilância e regularização de aspectos da vida econômica e social que interessassem à coletividade, como eram os casos do controle de alimentos, do meio ambiente, entre outros aspectos. Entretanto, a doença e o seu atendimento eram considerados assuntos privado. Ficava, portanto, sob responsabilidade de cada pessoa, família ou empresa prover atenção sanitária aos seus necessitados. A atenção aos pobres e desvalidos se organizou como sistema filantropia (CAMPOS citado por ROSEN, 1994, p. 134).

No século XX houve o rompimento da maneira que dava a questão da saúde rompendo o consenso de ser tratada de forma privada sendo a família responsável pelo cuidado. Com as revoluções comunistas, o socialismo real, o surgimento dos partidos trabalhistas, socialista e social- democratas, realizaram-se por vários países na Europa iniciativas e projetos que propunham a distribuição de renda e buscavam através de políticas públicas o bem-estar social. De acordo com Campo (2006) neste contexto, a saúde passou a ser considerado por interesse público. Sendo que a saúde pública ganhou abrangência maior, com o Estado assumindo os problemas coletivos e também a saúde de cada pessoa em particular.

Para dar concretude a essa concepção, construíram-se grandes sistemas públicos de saúde, financiados com orçamento estatal, ordenados segundo a lógica da eficácia e eficiência em confronto com interesses corporativos que tradicionalmente haviam se incorporado ao mercado da saúde. Este esforço produziu uma nova cultura, inaugurando outro modo de realizar gestão, planejamento e atenção à saúde. Este movimento teve sua primeira sistematização, em 1920, com o relatório Dawson, elaborado na Inglaterra. Suécia, União Soviética, Grã-Bretanha, a maioria dos países europeus, além do Canadá, Chile, Cuba, Austrália, entre outros, trataram de organizar sistemas nacionais de saúde ao longo do século XX (NOVAES,1990). Havia

alguns princípios comuns que ordenavam a organização e o funcionamento desse sistemas (CAMPOS, 2006, p. 134).

Campos (2006), nos relata que a organização desse sistema se deu através do financiamento público pelo Estado, a organização de uma rede de serviço, a hierarquização e regionalização do atendimento. Esse sistema acabou se organizando por regiões sanitárias, conforme a complexidade, foi dividido como atenção primária à saúde que se localizava em bairros, e em seguida atenção secundária que é composta por hospitais. Vários países aderiram essa organização, uma observação a ser feita foi que o Estados Unidos não aderiu, ainda preferiu a separação entre saúde pública e mercado médico.

O Brasil adotou esse modelo somente a partir de 1988, com a nova Constituição. O sistema Único de Saúde foi regulamentado pela lei 8080 de 1990 (Brasil, 1988), (Brasil, 1990). Um dos fatores que tornaram essa política possível, sem dúvida, foi a existência dessa tradição claramente filiada ao pensamento que advogava a necessidade de reformas sociais, articuladas de modo deliberado, sem o que o crescimento econômico jamais promoveria bem-estar. Socialistas, trabalhistas, desenvolvimentista do Terceiro Mundo, vários movimentos políticos incluíram o ideário dos Sistemas Públicos de Saúde em seus projetos (CAMPOS, 2006, p. 135).

Conforme a Constituição República Federativa do Brasil de 1988 que foi promulgada em 5 de outubro, reconhece o direito à saúde como o bem estar, satisfação como o bem do coletivo e direito, mas historicamente não foi assim, não fazia parte da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, sendo os movimentos sociais um grande precursor para essa mudança, diante do descontentamento com a grande desigualdade social, os movimentos sociais antes da constituição de 1988 na área da saúde, começaram a ter um novo olhar para a questão da saúde da população de uma forma que contemplasse o coletivo e o individual, vindo de uma forma que todos teriam o direito a saúde.

Durante o final do século XX espalhou-se a polêmica que o sistema não era eficaz e nem eficiente dentro de um sistema socialista, nos vários setores do setor público, sendo criticados a respeito das políticas públicas sociais, caracterizando uma queda deste sistema em vários países.

A construção do SUS sofreu com a globalização neoliberal segundo Campos (2006).



A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia. Quando já havia um declínio das concepções socialistas ou de estado de bem-estar em todo o mundo, houve no Brasil o apego do reformismo em saúde. Em todo o mundo se falava e se praticava o neo-reformismo liberal e, aqui, no campo da saúde, afirmou-se, política e gerencialmente, o que viria a se construir em um sistema público de saúde com várias características consideradas ultrapassadas e incapazes de assegurar eficiência e equidade ao sistema de saúde (CAMPOS, 2006, p. 136).

Netto (2012), refere que o grande capital fomentou e participou da divulgação em massa para uma ideologia que se juntasse sob uma designação do neoliberalismo, através de teses conservadoras sendo essas defendidas desde os anos quarenta do século XX.

[...] o que se pode denominar *ideologia neoliberal* compreende uma concepção de homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na ideia da *natural e necessária desigualdade* entre os homens e uma nação rasteira da liberdade (vista como função da liberdade de *mercado*). Vulgarizando as formulações de Hayek, a ideologia neoliberal, maciçamente generalizada pelos meios de comunicação social a partir dos anos oitenta do século passado, conforme uma espécie de *senso comum* entre os serviços do capital (entre os quais de contam engenheiros, economistas, administradores, gerentes, jornalistas etc.) e mesmo entre setores da população dos países centrais e periféricos. (NETTO, 2012, p. 238).

Durante esse processo, buscou-se a focalização de um sistema que centra-se em programas sociais, por sua vez o SUS tem uma abrangência de cunho universal, com o novo Sistema Único de Saúde aumentou a demanda de servidores públicos em todo o território do país. Campos (2006) refere que o Estado se reservava o papel de regular o mercado e na prestação de apenas alguns serviços considerados estratégicos, em geral no campo antes denominado de Saúde Pública.

O que antes parecia impossível, agora se encontrava com o discurso liberal hegemônico que despertou o interesse de diversos atores sociais. A reforma sanitária brasileira para alguns autores se mostrava bem-sucedida pela intervenção do Estado na saúde. Segundo Campos, que cita Fleury (2006) buscava-se garantir o direito universal à atenção integral a saúde por meio de um sistema descentralizado e com importante grau de democratização quando da formulação e execução de políticas.

Entretanto, não havia como não pagar um preço à época e à sua cultura e aos seus costumes. E esse preço vem sendo pago ao longo dos últimos vinte anos, obrigando o SUS a explicar-se a cada dia, como se sempre estivesse começando de novo, como se estivesse obrigado a justificar o porquê de

adotar um figurino tão démodé quando a maioria dos convivas já aderiu ao novo modo de ser e de proceder; considerado coetâneo e adequado ao terceiro milênio (MATOS, 2006, p. 136).

Segundo o Ministério da Saúde, OMS (2006), o processo participativo exige uma mudança nas relações de poder, implicando uma dimensão que politiza tanto o diagnóstico como as ações de saúde, repolitizando assim, criticamente as políticas, o modelo proposto pelos Estados Unidos no século XX, que considerava a saúde como algo que se relacionada com doença, diagnóstico feito por especialistas com saberes acadêmicos sendo reconhecido em lei, e passa a ser a garantia de vida.

Novos direitos foram emergindo e se configurando, como os direitos humanos das mulheres, dos negros, das pessoas portadoras de necessidade especiais, das crianças, dos idosos, com articulação de relações de poder que não se restringem mais à eleição de representantes que falam pelo povo, em nome do povo, mas que, não raramente, o esquecem. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p, 18, 19).

Para Franzese (2011), políticas públicas podem ser redefinidas como as somas de atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, entende-se que desta forma o governo não atua sozinho, sim com colaboradores para que seja promovida as políticas públicas, sendo uma forma mais direta e simples pode-se dizer, que é o Estado em ação.

A trajetória da política de saúde brasileira é marcada pela realização das Conferências de Saúde, cujo primeiro evento ocorreu em 1941. Da mesma forma, a história das conferências acompanha a história da democracia brasileira. Prova disso é que uma das mais importantes Conferências Nacionais de Saúde foi 8.<sup>a</sup>, realizada logo após a redemocratização, em 1986, que apresentou propostas de mudanças fundamentais na forma como era estruturada a política de saúde no Brasil (FRANZESE, 2011, p. 30).

O que se torna interessante é que diante de um contexto democrático, a política acaba se tornando verdadeiramente pública no Brasil, o que não pertence apenas ao gestor governamental, a democracia acaba trazendo para o dia a dia do gestor de pessoas que opinam, resistindo ou apoiando, com propostas ou votando as ações governamentais, como a regionalização e hierarquização.

## 2.5 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Nas últimas décadas, a gestação na adolescência vem se destacando como sendo um assunto de extrema importância para saúde pública. Durante a fase da adolescência, o adolescente, de forma geral, desperta o desejo de conhecer novas experiências, podendo sucumbir ao uso de bebidas alcoólicas, cigarros, iniciação da vida sexual precoce, e a gestação.

A constituição Federal Brasileira de 1988, diz ser dever do Estado a política social, concretizado nos princípios de universalidades, equidade, e integralidade de ações, fundamentos da seguridade social.

O Sistema Único de Saúde, como integrante e protagonista incansável deste processo político, assumiu os princípios constitucionais e ampliou a visão de saúde reconhecendo que determinantes sociais, políticos e econômicos se associam sinergicamente a outros fatores diretos ou indiretos no processo saúde-doença. Assim, a integração do setor saúde com as outras políticas sociais e com os setores organizados da sociedade, passou a ser uma ferramenta básica no esforço de assegurar a oferta de bens e de serviços para todos e na melhoria da qualidade de vida da população (OMS, 2010, p.14).

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA trouxe o enfoque de proteção integral para as crianças e os adolescentes que, sem distinção de raça, cor, ou classe social, são reconhecidos como sujeitos de direitos. O artigo 11 do ECA, reformulado pelo Excelentíssimo Senhor Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, assegura o atendimento integral à criança e ao adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Estatuto da Criança e Adolescente, em seu Art. 2º refere ser adolescente indivíduos entre doze e dezoito anos, ele também assegura à gestante, ao Sistema Único de Saúde, e no seu Art.7º os encaminhamentos aos diferentes níveis de atendimento, seguindo segundo o critério médico específico, obedecendo aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

Vale ressaltar que ainda no seu Art. 2º a parturiente seja atendida pelo mesmo médico que realizou seu pré-natal, é papel do Poder Público possibilitar apoio alimentar para à gestante e ao nutriz que dele necessitar, também ainda o Poder Público tem que oferecer assistência psicológica a gestante e à mãe, no pré-natal e pós- parto, e a assistência quando a mãe manifestar a vontade em entregar os seus filhos para adoção.

Segundo OMS (2010) a sexualidade é um componente intrínseco da pessoa e fundamental na saúde de adolescentes e jovens, que transcende o aspecto meramente biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade.

O Ministério da Saúde (2017) destaca que o aspecto da sexualidade não é só apenas um fenômeno da natureza, não se remete apenas à reprodução biológica, é também um fenômeno decorrente das combinações de fatores para um resultado, com aspectos biológicos, psicológicos, culturais, históricos e sociais, essas questões influenciam e resultam de uma certa forma a maneira de ser, compreender e de viver como homem e mulher.

Netto (2012) fala que entre os homens e os animais à reprodução biológica, está vinculada às pulsões que se diriam instintivas, sem as quais a reprodução seria impensável. Entre os homens, essas pulsões são mediatizadas por escolhas, valores, normais, e rituais, a pulsão natural é mudada ou individualizada por componentes que articulam um tipo de relação sexual que se distancia do comando biológico.

Os direitos de cidadania precisam ser respeitados para que a sexualidade seja exercida nas relações pessoais de maneira igualitária, respeitando os direitos humanos que estão estabelecidos na Constituição Federativa do Brasil de 1988, esses direitos são inerentes as pessoas que vive em sociedade, são os direitos à vida, à alimentação, à saúde, a moradia, à educação, ao afeto e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

O direito de viver a sexualidade com respeito pelo próprio corpo e do(a) parceiros(a), de escolher o(a) parceiros(a) sexual sem medo, culpa, vergonha ou falsas crenças, de escolher se quer ou não ter uma relação sexual sem fins reprodutivos, de expressar livremente sua orientação sexual, de ter acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva, entre outros que possibilitam a expressão livre da sexualidade, são direitos sexuais (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2017, p. 138).

Dentro deste contexto vale ressaltar que com os direitos reprodutivos da pessoa são evidenciados a forma das pessoas decidirem, de forma livre e responsável se querem ou não ter filhos, também dá o direito de exercerem a sua sexualidade sem discriminação, preconceitos, coerção ou violência.

Mendonça (2006) fala da linguagem sendo prática de fortalecimento do usuário como sujeito de sua saúde, não tem como pensar na socialização referente as informações com relação aos processos saúde e doença sem ter interesse no que o sujeito pensam, sentem, no lugar de onde estão falando.

“Ao indagarmos como sujeitos se apropriam, constroem e expressam uma dada realidade no movimento de interpretação e simbolização de um objeto, não podemos tomar a linguagem como mero instrumento de comunicação, de transmissão de informação, já que as palavras, embora sejam um traço de união entre o interlocutores no processo de comunicação vão ter sentidos diferentes, conforme nossa visão de mundo, construída com referência ao lugar e posição de classe, e ao conjunto de experiências dadas por um modo de vida particular” (MENDONÇA, 2006, p. 200).

A linguagem se torna uma barreira quando não se atenda aos sentidos, o profissional que faz a escuta se posicionar como autoridade institucional, a fala do profissional constitui uma posição, que por muitas vezes gera erros e acaba por culpar e inibir o usuário ou usuária.

O desconhecimento, o silêncio sobre a sexualidade não é um vazio. É um silêncio simbólico, na mediada em que transmite um modelo do “ser mulher”, a um modelo de conformidade. O desconhecimento amplia o significado dessa sexualidade feminina, enquanto uma espécie de tabu, cercada de interdições, de regras de comportamento, de exigências, que definem não apenas a atuação mulher como sua própria essência, a sua própria “natureza”. É visto como algo “natural”, próprio ao comportamento adequado à condição feminina, e, conseqüentemente, atua como um dos elementos do poder exercido sobre a sexualidade feminina[...] (MENDONÇA, 2006, p. 202).

Ser mulher, dessa forma, é ser antes de tudo despossuída de um saber sobre si.

[...] é isolar e se conformar com sua impotência, proibida do exercício da sua sexualidade de forma livre, prisioneira de um conjunto de interdições, que, em última instancia, estariam ligadas a um destino “ser biologicamente inferior”. Todo esse silêncio, desconhecimento, ocultamento entram supostamente em contradição com a função social que cabe à mulher exercer, função essencialmente calcada na sua condição de sexo, no biológico. (MENDONÇA, 2006, p. 203).

Ainda a autora refere que parece contraditório, pois a mulher tendo a vida definida pelo exercício da reprodução, a sexualidade seja silenciada e ocultada, porem ela explica que é compressível esta situação, sendo que ocultamos, a cargo de tabus, preconceitos, restrições e regras de conduta que a acompanham, o que se transforma em uma verdadeira estratégia do silêncio, sendo o meio que a sociedade exerce controle sobre o corpo da mulher.

Segundo o Ministério da Saúde, ainda diferentes grupos têm seus direitos humanos negados em função da sexualidade, como lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, as pessoas que trabalham como profissionais do sexo e pessoas que vivem com HIV/AIDS, também sofre algum tipo de preconceito e discriminação. Portanto de alguns grupos ainda não são reconhecidos os direitos do exercício da sexualidade como os idosos e as pessoas com deficiência, tem alguns segmentos que acham que a reprodução não deve acontecer, como no caso das pessoas com deficiência, em situação de prisão, adolescentes e pessoas com orientação sexual não heterossexuais.

Para que uma sociedade seja justa e igualitária, os direitos humanos têm que ser assegurados, respeitando e aceitando as diferenças humanas. Para que se tenha uma expressão da sexualidade livre e compartilhada entre as pessoas, se faz necessário compreender diante das relações humanas, o conceito de gênero que é construído socialmente.

Conforme o Estatuto da criança e adolescente no seu Capítulo II sobre o Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, vale ressaltar que seu Art. 15 refere que toda criança e adolescente tem como garantia estes direitos como pessoa humana em processo de desenvolvimento e como sujeito de direitos civis, humanos e sociais, com garantias dentro da Constituição e nas leis.

Diante disso podemos construir mudanças nas políticas sociais considerando os direitos humanos básicos, para que garantam a promoção e o exercício livre e com igualdade desses direitos.

Não podemos deixar de citar que diante dos princípios do Projeto Ético – Político do Serviço Social, segundo Matos (2013) está o empenho na eliminação de todas as formas de preconceitos, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças.

Segundo o Ministério da Saúde (2017) a gravidez está posta como uma questão polêmica por ligar aspectos relacionados ao exercício da sexualidade e da vida reprodutiva às condições materiais de vida e às múltiplas relações de desigualdade que se apresentam na vida social do País.

Tendo em vista que tradicionalmente a gravidez na adolescência é vista como não planejada, indesejada e sem informações sobre métodos anticoncepcionais, vale

dizer que nem sempre estes aspectos se encontram presentes, observa-se a existência outras motivações, que sinalizam uma gestação entre as adolescentes como, fatores sociopolíticos, culturais e psicológicos que por muitas vezes implicam no desejo de ser mãe.

Segundo o Ministério da Saúde (2017) a gravidez na adolescência tem sido um desafio, tendo em vista que muitas destas gestações terminam em abortos provocados, realizam-se em condições com vários fatores adversos colocando em risco a vida das adolescentes, como a evolução para a hemorragia, infecção ou até perfuração uterina, o que contribui para o aumento da mortalidade materna neste grupo etário.

Faz-se necessário um enfrentamento maior diante destas situações, dos profissionais da saúde, para que possa propor através de reuniões, discussões com os envolvidos uma propostas que venham dar resposta e soluções para estes problemas posto no cotidiano dos profissionais e da situação vivida por estas adolescentes, com resposta que venham dar conta das demandas, e não como um mero número para estatísticas.

Por muitas vezes estas adolescentes gestantes sofrem pela rejeição pelo parceiro e pelos pais da própria adolescente, gerando assim uma situação de desamparo para a mãe, criando uma situação de vulnerabilidade social muitas vezes maior ao qual se encontra.

O atendimento nessas circunstâncias negativas, demanda cuidados que devem ser prestados por profissionais de saúde capacitado que busquem estabelecer vínculos com a adolescente e por intermédio de uma reflexão com ela, seu companheiro e familiares tentem encontrar estratégias que possibilitem a equação desses impasses. O apoio à adolescente, para que ela possa se estruturar em seu novo papel de mãe, tendo ou não um companheiro, constitui-se em um em um suporte fundamental, que favorece inclusive que ela possa retomar seus estudos e projetos pessoais. Para as adolescentes de 10 a 14 anos que engravidam, é imprescindível um olhar diferenciado que resguarde seus direitos e garanta o acesso a instrumentos de proteção e de apoio institucional e social (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2017, P. 163).

No que diz respeito ao seu estudo, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) fala no Capítulo IV que todos têm o Direito à Educação, à Cultura, Esporte ao Lazer, cabe no seu Art. 53 que a criança e adolescente têm direito à educação, que viabilize o pleno desenvolvimento de sua pessoa, que prepare para o exercício da cidadania e

qualificação para o trabalho. Vale dizer que o ECA foi implantado no Brasil em 13 de julho em 1990, sancionada a lei nº 8069, o ECA é um documento que dispõe sobre os direitos das crianças e adolescentes.

De acordo com Heilborn, citado pelo Ministério da saúde (2017) o contexto social por sua vez marcados pela desigualdade de gênero e de classe social contribui, de uma certa forma, para que estas adolescentes por sua vez tente encontrar um lugar social que se valha a pena ser vivido, mesmo que de maneira ilusória, ao tomar decisão de ser mãe pode ser as poucas formas que lhe resta.

E ainda durante o contexto social, muitas destas adolescentes não estão inseridas profissionalmente e nem na escola, para que possam estar no mundo como sujeitos sociais dentro de um determinado grupo social, para que se tenha um sentimento que pertença à sociedade se torna fundamental para que se sinta segura e confiante em si mesma para que esta adolescente cuide de si e do seu bebê.

Cabe também dizer que é preciso reconhecer que os homens, principalmente adolescentes, não exercem a paternidade, isso acaba refletindo em uma construção de sociedade que é regida pela divisão sexual do trabalho, o que historicamente era delegada a mulher a esta atribuição de cuidado infantil e com a responsabilidade pela vida reprodutiva.

O Ministério da Saúde (2017) que cita Lyra, refere que a ideia parte da não participação masculina na vida doméstica não decore exclusivamente do “machismo” de cada homem, mas das condições de compreensão que são criadas pela sociedade com isso facilitando ou dificultando o envolvimento de homens na vida familiar.

Entende-se que isto precisa ser discutido, o que acarreta o direito de ser pai e o direito de o filho ter um pai, que possa cuidar ao lado de sua mãe diante desta empreitada de vida, mesmo que eles não estão mais juntos como companheiro de forma marido ou mulher.

Entender que este processo já abordado é este fenômeno da gravidez na adolescência se torna importante, pois há necessidade de uma compreensão maior dentro de um conjunto de fatores causais, que apontam para uma atenção integral e no cuidado com a saúde desse segmento populacional, que diante destes fatores haja a integração de políticas sociais e de saúde que visam as iniquidades sociais e seus fatores constitutivos que estão presentes, e respeita sua trajetória de vida e suas decisões.



O Ministério da saúde (2017) fala que só através de políticas integradas e Inter setoriais é que haverá uma repercussão positiva no seu crescimento e desenvolvimento saudável desse grupo populacional, garantindo seus direitos e de proteção, com a contribuição para um pleno desenvolvimento de suas potencialidades enquanto pessoas e cidadãos, o que pode levar aos adolescentes fazerem escolhas de forma esclarecida e responsável de acordo com cada projeto de vida.

## 2.6 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DA ADOLESCENTE

O acompanhamento do pré-natal é de muita importância, para que estas adolescentes tenha um suporte maior durante a sua gestação, por se tratar de um momento de fragilidade emocional, social e por muitas vezes de fragilidade familiar.

Para o MDS (2017) a redução do acompanhamento do pré-natal da adolescente para apenas um conjunto de procedimentos técnicos sem uma maior abordagem dos aspectos econômicos, sociais e familiares se torna empobrecido todo o processo e se perde a oportunidade de refletir com a adolescente, com o parceiro e com seus familiares sobre as implicações da situação em que estão vivendo.

A situação se torna diferente para cada família, cabe a equipe de saúde atuar de forma à garantir um atendimento que integral, físico, emocional e social, e é neste sentido que a equipe tem que buscar recursos que aumentem a possibilidade e capacidade dos envolvidos para que possam lidar com a situação de melhor forma possível.

Ainda segundo o MDS (2017), é preciso conhecer e identificar no território todas as gestantes que estão grávidas em especial as que estão em situação de maior vulnerabilidade como em situação de rua, em conflitos com a lei, que faz uso de álcool e outras drogas, os, as indígenas, quilombolas, ribeirinhas de família beneficiada pelo programa bolsa família<sup>1</sup>, para que sejam acolhidas e recebam cuidados diferenciados de acordo com a demanda de saúde e necessidade de cada um.

---

<sup>1</sup> Segundo MDS é pago as família com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoas que tenham gravidas em sua composição, são repassadas 9 parcelas mensais, o benefício só é concedido se a

Há vários aspectos importantes para serem abordados pela equipe de saúde, entre elas estão ações educativas, principalmente para as adolescentes 10 a 16 anos, segundo o MDS (2017) isto: focam a importância do pré - natal, as modificações ocorrida em seu corpo e o emocional durante a gravidez, realizar orientações sobre o hábito saudável de nutrição na gravidez, cuidados pessoais, tratar sobre os medos que estas adolescente por muitas vezes sente durante a gestação e ao parto, fazer orientações sobre a atividade sexual, incluindo a prevenção de DST/HIV/AIDS entre outros.

Pela possibilidade de vulnerabilidade em adolescentes grávidas na faixa etária de 0 a 14 anos, deve-se promover assistência qualificada, com abordagem diferenciada, considerando a necessidade de um maior número de consultas e as questões ética e legais. Nesta faixa etária, as principais comorbidades a serem rastreadas são as doenças hipertensivas específicas da gravidez, da anemia, de infecções e da prematuridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017 cita, BOUZAS, CADER, LEO, P. 167).

É necessária a articulação com as Unidades de Saúde específicas para adolescentes grávidas em cumprimento de medidas socioeducativas, com os gestores do sistema socioeducativo e assistência social, conforme a Portaria MS/GM nº 1082, de 23 de maio de 2014, da Política Nacional de Atenção Integral à saúde de Adolescentes em conflitos com a Lei (PNAISARI) e o plano de ações para esse atendimento de cada município.

Art. 8º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados os seguintes eixos: I – promoção da saúde e prevenção de agravos; II – ações de assistência e reabilitação da saúde; e III – educação permanente. Art. 9º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados: I – o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; II – a saúde sexual e a saúde reprodutiva; III – a saúde bucal; IV – a saúde mental; V – a prevenção ao uso de álcool e outras drogas; VI – a prevenção e controle de agravos; VII – a educação em saúde; e VIII – os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas.

---

gravidez for identificada pela área de saúde para que a informação seja inserida no Sistema Bolsa Família na Saúde o valor de 41,00.

Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/beneficios> Acesso em 05 nov, 2018

Ainda segundo a Portaria nº 1082 fica garantido o direito da amamentação, as adolescentes puérperas, mães em situação de privação de liberdade, seguindo as diretrizes da Rede Cegonha.

Segundo o Ministério da saúde (2011) Portaria nº 1459, a Rede Cegonha assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, com atenção humanizada à gravidez, ao parto, abortamento e puerpério, e as crianças um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável, e tem como objetivo um novo modelo de atenção ao parto, rede que garanta acesso e acolhimento e resolutividade, redução da mortalidade materna e neonatal, que tem como diretrizes: Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia da gestação à unidade de referência e ao transporte seguro, garantia à saúde na atenção ao Parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; garantia da ampliação ao acesso ao planejamento reprodutivo.

Sendo assim, pode-se ressaltar a importância do atendimento integral à estas adolescentes focando em sua necessidade e as demandas da saúde, um acolhimento voltado a humanização, escuta, respeito, um acolhimento que garanta e proteja seus direitos e apoio a sua trajetória de vida, com rumo a realização pessoal e social, com igualdade de oportunidades e não menos ao respeito aos direitos humanos.

Sendo o atendimento humanizado primordial para um trabalho em equipe de saúde, vale falar sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) que foi lançada em 2013, que busca por em prática o princípio do SUS, na rotina dos atendimentos na saúde, promovendo mudanças no modo de agir e pensar.

Segundo A PNH (2013) estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Vinculada a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma

compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 4).

### **3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE**

Com a instauração da ditadura militar no pós-guerra, que ocorreu em 1964, teve com isso a derrota das forças democráticas, segundo Matos (2006) o Estado vai intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência, com isso conseguir legitimidade para o regime, e regulação da sociedade.

A política de saúde se desenvolveu nos privilégios do setor privado no período de 1964 a 1974 já articuladas com políticas econômicas implantada, Matos (2006, p. 27) cita Oliveira, Teixeira, 1986, que explana ser principais características: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela.

Já a partir de 1974, ao longo de dez anos o bloco de poder não conseguiu se consolidar, o que fez com que mudasse a sua relação com a sociedade civil, neste período a política de saúde enfrentou tensões entre os interesses dos setores estatais e empresarial e a emergência do movimento sanitário (MATOS, 2006, p. 27).

O serviço social aparece a partir das implantações, desenvolvimento e alterações da política da saúde no Brasil, durante 1930 a 1979, durante o processo que se iniciou a intervenção do Estado na década de 30, e durante o golpe militar em 1964, o golpe a ditadura, e com isso a saúde teve um modelo de privilegiamento do produtor privado, e algumas mudanças na década de 80 e com isso a promulgação da Constituição de 1988, com a inauguração de um novo sistema de proteção social, que foi pautada na Seguridade Social com a universalização dos direitos sociais com isso direito a saúde.

Bravo e Matos (2006) o surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social no período de 1930 a 1964, bem como a ação profissional na área da saúde, mostram algumas evidências significativas.

A conjuntura de 30 a 45 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil, com influência européia e a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à saúde. (BRAVO; MATOS, 2006, p. 28).

Segundo Matos e Bravo, (2006) Com o término da segunda guerra mundial a expansão do serviço social ocorreu a partir de 1945, relacionadas a exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo brasileiro. Durante esse período o setor saúde foi que mais absorveu os assistentes sociais. A influência europeia agora substituía pela norte americana.

Bravo e Matos (2006) fala que a formação profissional tinha influência norte americana, os assistentes sociais brasileiros começam a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização, e na ação profissional, o julgamento moral com relação à população-cliente era substituído por uma análise de cunho psicológico.

O serviço Social surge na América Latina na década de 1920, com influência europeia. A saúde foi o primeiro setor que contou com a presença do assistente social. A própria categoria médica contribuiu para a criação das primeiras escolas. Em vista à Europa e Estados Unidos, seus agentes perceberam que poderiam contar com profissional que os auxiliariam em suas tarefas, através do controle do tratamento médico prescrito, administração de normas de higiene aos pacientes, visitas domiciliares etc. a primeira Escola de Serviço Social na América Latina foi fundada por um médico-Alejandro del Rio, em 1925, no Chile (BRAVO, 2013, P. 97, cita CASTRO, IAMAMOTO, 1979).

Com a solidificação da Política Nacional de Saúde no país que ampliou seus gastos com as assistências médica, pela previdência social, o que gerou uma contradição. As demandas que se tinha e o caráter excludente e de forma seletiva, segundo Matos e Bravo (2006) os assistentes sociais atuaram nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios.

A partir da década de 50 surgem propostas mais eficazes na saúde, em específico nos Estados Unidos, com uma medicina integral e medicina preventiva, e a partir dos anos 60 como a medicina comunitária. Segundo Matos e Bravo (2006) não teve repercussão no trabalho dos assistentes sociais na saúde no Brasil. Naquele momento os profissionais eram lotados em hospitais e ambulatórios, ainda de forma higienista.

Matos e Bravo, (2006) fazem uma indagação do porque os assistentes sociais na saúde ainda priorizavam o trabalho de forma curativa e hospitalar, e levantam algumas alternativas para aquele momento.

[...]a exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Nos centros de saúde, os visitantes conseguiam desenvolver as atividades que poderiam ser absorvidas pelo assistente social[...] (MATOS; BRAVO, 2006, p. 30).

Ainda segundo os autores outra alternativa levantada era a falta de afirmação do desenvolvimento da ideologia do trabalho profissional na saúde. O serviço social viabilizou a participação popular nas instituições e programas de saúde, e o serviço social no pós 1964 sofreu transformações que influenciaram seu trabalho neste campo.

Netto (2009) fala que a luta pela democracia na sociedade brasileira, formou um novo cenário para que o Serviço Social rompesse com o monopólio e com conservadorismo, é durante a derrota da ditadura que surgiu a primeira condição política para um novo projeto profissional.

Como todo universo heterogêneo, o corpo profissional não se comportou de modo idêntico. Mas as suas vanguardas, na efervescência democrática, mobilizaram-se ativamente na contestação política- desde o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (1979, conhecido como “o Congresso da Virada”), os seguimentos mais dinâmicos do corpo profissional vincularam-se ao movimento dos trabalhadores e, rompendo com a dominância do conservadorismo, conseguiram instaurar na profissão o pluralismo político, que acabou por dimensionar amplamente não só a organização profissional (dando vida a nova, por exemplo, a entidades como ABESS, depois renomeada ABEPSS e, posteriormente, ao CEFSS) como, sobretudo, conseguiram inseri-la, de modo inédito, no marco do movimento dos trabalhadores brasileiros, como ficou constatado na análise de Abramides e Cabral (1995) (NETTO, 2009, p 150).

Já nos anos 80 e 90 houveram algumas alterações na política de saúde e com isso a alterações no Serviço Social também.

Segundo Matos e Bravo (2006), o movimento sanitário, que vem sendo construído desde meados dos anos 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo que tinha como privilegio produtor privado.

Segundo o CFESS (2010), pode-se entender que o projeto privatista para o trabalho do assistente social, faz exigências como a seleção socioeconômica dos usuários atendidos, atendimento de caráter psicossocial de maneira a aconselhar o usuário, além disso, inclui-se a fiscalização para quem usa os planos de saúde, o assistencialismo como forma de trabalho.

Pode-se dizer que a Reforma Sanitária já traz para os profissionais de serviço social, a democratização como ao acesso as unidades de saúde, aproximação com a realidade com o trabalho interdisciplinar, com foco nas abordagens de grupos, e estímulo a participação da população.

Portanto a conferência que ocorreu em 1986, sendo esta a 8º Conferência Nacional de Saúde, foi de extrema importância para o serviço social, nesta Conferência reuniram-se aproximadamente 4.500 pessoas, entre elas 1000 eram delegados, esse encontro foi para discutir o rumo da saúde naquele momento, os segmentos sociais representavam a bandeira da Reforma Sanitária.

Segundo Matos e Bravo (2006), a Constituição Federal e a mais progressista, em relação à proteção social, e também referente à Assistência Social e à Previdência Social, e com isso a saúde ganhou 5 artigos durante a Conferencia, o resultado ficou como entendimento da saúde como, saúde direito de todos e dever do Estado, a saúde ganhou um novo sistematizado regionalizado e hierárquico, criando-se assim um sistema único

Em relação a essas conquistas não foi fácil, houveram discussões que se dividiram em dois blocos com direções contrárias, uma delas era a Federação Brasileira de Hospitais e Farmacêutica Internacionais que defendia a privatização, já em contrapartida o Plenários Nacional da Saúde, saia em defesa da Reforma Sanitária. A vitória das proposições da Reforma Sanitária deveu-se à eficácia da Plenária, por sua capacidade técnica, a pressão sobre os constituintes e mobilização

da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades (MATOS et al., 2006, p. 33).

O Serviço Social recebe influência diante desta conjuntura, pois o Estado brasileiro entra em crise, a atenção em saúde passa pelo processo de falência, e o rompimento com a política de saúde vigente, a construção da reforma sanitária brasileira, portanto a profissão do serviço social também passa por um processo interno de revisão.

Matos (2006) refere que o processo de renovação do serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas, por ter sido um movimento de revisão interna. Matos (2006) cita Bravo que destaca que essa análise são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde.

Matos (2016, p. 34) cita Netto e Bravo que para entender a profissão hoje tem que compreender o processo do serviço social na saúde nos anos 80, que havia uma intenção de ruptura e aproximação maior com o marxismo. No entanto, os profissionais desta vertente se inserem, na sua maioria, nas Universidades, onde, dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervêm nos serviços.

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posição, a saber: postura crítica dos trabalhadores em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 3 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congresso Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela ABESS, ANAS e CFAS para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde (MATOS, 2006, p. 34 cita BRAVO 1996).

Mesmo com os avanços, ainda se considera insuficiente, o Serviço Social chega da década de 90 na área da saúde, ainda com a prática institucional, mesmo como categoria encontra-se desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária, não se organizando e nem ocupando os setores progressistas da profissão, e a produção sobre as demandas posta a prática da saúde são insuficientes.

Dentro desse projeto de Reforma Sanitária o serviço social recebe demandas como a democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, artifícios de aproximação das unidades de saúde com a realidade posta, com um trabalho



interdisciplinar, com foco nas abordagens de grupos, e o acesso democráticos as informações e buscando estimular a participação da população.

Segundo Matos (2006) vale salientar que o Serviço Social nos anos 90 estava passando pelo momento da implantação do sistema e ideologia do projeto neoliberal no país, o Fernando Collor de Mello foi o primeiro a tentar implantar. O autor destaca que houve duas mudanças de direção, sendo esta com plano real e a outra é a contra-reforma do Estado defendida pelo então governo Fernando Henrique Cardoso juntos com seus intelectuais.

Nos anos 90 o projeto neoliberal confronta-se com a profissão do serviço social, com o projeto profissional hegemônico, que vem-se construído desde a década de 80, Matos (2009) fala que a partir das contradições algumas questões são questionadas, como construir e concretizar uma prática que garanta em Estado participativo, formulador de políticas sociais com equidade, universais, não discriminatórias, dentro de um processo que a conjuntura política que se mostra adversa.

Nas proposições referentes à política de saúde, o projeto da reforma sanitária é questionada e consolida-se, na segunda metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a concentração dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se, o caráter focalizador para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso. (MATOS, 2009, p. 36).

Nos anos 90 os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, eram o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária que apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social, a autora afirma que a tais disputas continuam presentes (MATOS apud Bravo, 2009)

Portanto ainda vivemos em um processo privatista, que ainda requisitam aos profissionais assistentes sociais, demandas para selecionar os usuários pela sua condição socioeconômica, atuação psicossocial através de aconselhamentos, fiscalizando os usuários dos planos de saúde, o assistencialismo através das ideologias do favor e predomínio das abordagens individuais.

Matos (2006) afirma que o Conselho Federal de Serviço Social, é o que representa a categoria. Estudar as frentes de ações política também é identificar qual é a bandeira que a profissão se organiza, ele também cita as frentes que foram: o

“Trabalho, direitos e a democracia, com resistência ao neoliberalismo”, com a defesa das políticas públicas, sendo a centralidade a seguridade social pública, essa articulação se deu com outras categorias de trabalhadores, onde o controle social é essencial.

O CFESS se fez presente em diversos espaços entre eles o Conselho Nacional de Saúde, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, II Encontro Nacional dos Conselhos de Saúde, da Plenária Nacional de Saúde, Plenária dos Conselhos de Saúde e das Conferencia Nacionais de Vigilância Sanitária e de Saúde Mental. Para Matos e Bravo (2006) o CFESS na arena da saúde, tal nas outras áreas das políticas sociais públicas, criou estratégias para o fortalecimento da política pública, com um viés da democratização do estado e da sociedade brasileira como um todo.

Durante esse processo, houve uma grande necessidade de romper com o Serviço Social tradicional, pois este projeto já não dava mais conta das demandas e desafios posto a profissão, pois havia que romper para a construção de um novo e atual projeto ético político profissional, e com avanços para o trabalho profissional do assistente social.

Netto (2009) fala que o projeto tem como reconhecimento o valor central a liberdade, essa liberdade foi construída historicamente, tornou-se um compromisso com a autonomia, emancipação e expansão dos indivíduos socialmente ditos. Este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração dominação de classe, etnia e gênero (NETTO, 2009, p. 155).

Sendo assim, o Serviço Social está inserido em uma divisão social e técnica do trabalho, sendo que as expressões das questão social é matéria prima de seu trabalho. Matos (2013 p. 53) cita Netto, 2001 sobre o termo “questão social”, que surgiu aproximadamente em 1830, devido à grande pobreza evidenciada pela industrialização na Europa, essa questão era usada pelos conservadores da época, pela sua crescente naturalização e não fazendo parte do pensamento revolucionário, é a partir do pensamento de Marx que pode ser desmitificada, e podendo ser entendida como uma consequência da própria ordem burguesa.

Iamamoto e Carvalho (1991) citado por Matos (2013, p.53) nos fala que é nesse sentido que Iamamoto considera a questão social como a “a manifestação, no

cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão”.

Também vale ressaltar que para Iamamoto que não existe várias questões sociais e sim o que muda são expressões.

Considerada como expressão das desigualdades inerentes ao processo de acumulação e dos efeitos que produz sobre o conjunto das classes trabalhadoras e sua organização que se encontra na base da exigência de políticas sociais públicas questão social não é um fenômeno recente, típico do esgotamento dos chamados trinta anos gloriosos da expansão capitalista. Trata-se, ao contrário de uma “velha questão social” inscrita na própria natureza das relações sociais capitalistas, mas que, na contemporaneidade, se reproduz sob novas mediações históricas e, ao mesmo tempo, assume inéditas expressões espalhadas em todas as dimensões da vida em sociedade[...] (IAMAMOTO, 2014, p. 161).

As bases históricas sofrem alterações através da produção e reprodução das grandes desigualdades como internacionalização da produção e é sobre o comando do capital financeiro que essas lutas são desiguais.

A questão social é a base do trabalho do assistente social, é através do meio do trabalho sócio assistências que se torna inseparável de uma dimensão educativa, as expressões da questão social estão ligadas com os indivíduos no trabalho na saúde, na assistência pública, entre outras, Iamamoto (2014, p. 163) cita Ianni e Guimarães, que fala que atualmente, a questão social passa a ser objeto de um violento “processo de criminalização” que atinge as classes subalternas.

Atualmente no Brasil a questão social vem sendo enfrentada de forma repressiva e focalizada, com apoio coercitivo do Estado, em prejuízo ao consenso do regime democrático.

A questão social não é se não as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operaria e seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão[...] (IAMAMOTO, 2014, cita Idem, 77, p 168).

Netto (2012) faz referência de que a questão social vem da acumulação geral do capital, e que não tem como acumular uma riqueza se não através da exploração do trabalho pelo capital que produz uma pobreza social, a evolução do capital sofreu várias transformações durante o tempo, e com isso também as mudanças entre riqueza

e pobreza sociais, e cresce o exército de reserva, pois o capital necessita desses homens e mulheres para a exploração do trabalho.

Quanto maiores as riquezas sociais, o capital em funcionamento, o volume e a energia de seu crescimento, portanto também a grandeza absoluta do proletariado e a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva cresce, portanto com as potências da riqueza. [...] quanto maior, finalmente, a camada lazarenta da classe trabalhadora e o exército indústria de reserva, tanto maior o pauperismo oficial. (NETTO, 2012, cita MARX, 1984, p 151).

### 3.1 O SERVIÇO SOCIAL E OS DESAFIOS POSTO A PROFISSÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Diante da trajetória do serviço social principalmente nos anos 90, alguns desafios ainda são postos para a profissão nos dias atuais, vale ressaltar as eleições de 2002, para a presidência da República que como candidato o então Sr. Luís Inácio da Silva, foi resposta do povo brasileiro ao descontentamento das medidas implantadas anteriormente.

Em seu plano de governo tinha como meta a saúde entendida como direito fundamental, e o discurso como acesso universal de todos, com igualdade e integralidade as ações e serviços da saúde.

Segundo Matos e Bravo (2006) os desafios pontuados pelo Ministério da Saúde sendo os principais: a agenda da Reforma Sanitária Ético-política; tendo como base fazer a saúde na integralidade, a intersetorialidade e a atuação da equipe, o controle social e a extinção das modelos assistências verticais e voltados somente para a assistência médica. A atual gestão também tinha como diretrizes a ampliação do SUS, no combate as endemias, e um melhor acesso aos medicamentos.

Contudo ainda a política anterior foi mantida, com isso as políticas sociais se mostraram fragmentadas com subordinação à lógica econômica, a seguridade social não teve uma valorização esperada. Ainda dentro deste processo houveram aspectos positivos e os aspectos negativos que Matos (2006) ressalta e são descritos a seguir:

Um dos aspectos positivo foi: a Reforma sanitária e sua concepção; o Ministério da Saúde com alterações na forma organizacional; escolhas de profissionais qualificados para assumir o segundo escalão do Ministério; participação do Ministro da Saúde nas reuniões dos Conselhos de Saúde; um representante da Central Única

dos Trabalhadores (CUT) que assumiu a secretaria executiva do Conselho nacional de Saúde.

Já os aspectos negativos são: a seguridade social que estava inscrita na constituição de 1988 e que foi só mencionada no programa de governo não tendo uma efetividade maior, a falta de implantação do Conselho de Seguridade Social, a destinação da verba que foi pouca, ainda com cortes, e a falta da articulação com as Políticas de Assistência e previdência Social.

Podemos ver que os dois projetos ainda andam em disputas, o privatista e o sanitário.

Na década de 90 o serviço social passa pela intenção de ruptura, mas as críticas são referentes às tendências marxistas que não apresentam respostas para o conjunto dos desafios postos à profissão pela contemporaneidade (BRAVO; MATOS 2006, cita Neto, 1996, p. 42) diante disso o que se apresenta é as lacunas desta tradição no âmbito do serviço Social.

No processo da saúde a profissão passa pelo embate entre a teórica e a intervenção profissional, o que na realidade é a falta de credibilidade nas políticas públicas, e uma construção específica na área da saúde para o profissional. Matos (2006) fala que ainda tem segmentos de profissionais, que quando tem uma formação na saúde pública, acabam não mais se identificando como sendo assistentes sociais, ainda traz a reflexão que o problema não está na busca por conhecimento na saúde, mais em outras atividades, como em direção de unidades de saúde, gerência, entre outros.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO, MATOS, 2009, p. 2013).

Para Bravo e Matos (2009) não há uma fórmula pronta para que se construa um projeto democrático e a defesa não pode ser exclusiva de uma categoria profissional. Não se pode deixar acuar frente aos obstáculos que são postos na atualidade, e procurar alternativas para um fazer profissional. Os assistentes sociais vão encarar desafios em defesa da democracia, das políticas públicas e construir um

trabalho com os sujeitos que partilhem deste princípios, e que confronte o neoliberalismo, pois este vai contra direitos e conquistas.

Segundo Netto (2012) a ideologia neoliberal, sustenta a necessidade de “diminuir” o Estado e cortar as suas “gordurinhas”, justifica o ataque que o grande capital vem movendo contra as dimensões democráticas de intervenção do Estado na economia.

O objetivo do capital monopolista é a diminuição das funções do Estado na forma coesivas, Netto (2012) fala que ao proclamar a necessidade de um “Estado mínimo”, o que pretendem os monopólios a seu representantes nada mais e que um Estado mínimo para o trabalho e o Estado máximo para o capital.

Para Netto (2012) o ataque do grande capital às dimensões democráticas da intervenção do Estado começou tendo por alvo a regulamentação das relações de trabalho[...] e avançou no sentido de reduzir, mutilar e privatizar os sistemas de seguridade social.

Portanto Netto (2012) cita Chesnai, (1996), que fala que atualmente é no movimentos de transferência, para a esfera mercantil, que até então eram estritamente regulamentada, ou administrada pelo Estado, onde o capital encontra as maiores oportunidades de investimento.

Neste processo histórico não podemos deixar de falar das particularidades do serviço social na saúde. Matos (2013) refere que para compreender e refletir sobre esse trabalho é preciso entender como os assistentes sociais lidam com as políticas de saúde, até porque o serviço social não desenvolve no exercício profissional um trabalho apenas interventivo ou conhecimento que só sirva e se explique para a atuação direcionada na área de saúde. Vamos tentar desvendar as suas particularidades:

O profissional assistente social atua nas mais diversas e diferentes expressões da questão social, que vem se apresentando e se transformado em falsos problemas, que por muitas vezes é caracterizado o indivíduo como culpado por uma sociedade, não sendo observado que a desigualdade é produzida por um modo de acumulação capitalista.

Sendo a expressão da questão social apresentadas ao profissional de diferentes formas na sociedade, exigindo do profissional um melhor estudo de cada

situação, a saúde apresenta suas particularidades como qualquer campo de atuação profissional. Conhecer e compreender o que determina as políticas de saúde e no desenvolvimento profissional se torna imprescindível para o trabalho neste campo.

Matos (2013) cita Costa, identificando que uma parte bem significativa dos profissionais assistentes sociais realizam um discurso com imprecisão técnica e deslegitimando o seu trabalho, ele afirma que é uma contradição frente a realidade, sendo que o serviço social é, na esfera do SUS uma categoria maior em termos numéricos. O que mostra uma contradição, sendo que o serviço social está inserido na divisão social e técnica do trabalho social.

O serviço social está inserido no SUS para realizar um trabalho frente às lacunas de um sistema que não vem dando conta das demandas, a fragilidade que se encontra o Sistema Único de Saúde faz com que os profissionais busquem caminhos e alternativas para que seja efetuado o fazer profissional.

Também sabemos que os desafios da profissão são os mais diversos possíveis, sendo o SUS um grande empregador também fazem exigências aos profissionais. Nogueira e Miotto (2009) falam que diante das políticas sociais de saúde, o trabalho do profissional assistente social está voltado para o campo da promoção a saúde, sobre a visão que das atividades e ações desenvolvidas e que vem desempenhando no sistema nacional de saúde.

“adquirir um significado estratégico, na medida em que se constitua como um dos referenciais que ajudem a retomar e atualizar o conjunto de propostas do projeto da reforma sanitária, cujo escopo ultrapassa o processo de construção do SUS e pressupõe a formulação e a implantação de políticas econômicas e sociais que tenham como propósito a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos sociais, de modo a reduzir desigualdades sociais, promovendo a equidade e justiça no acesso às oportunidades de trabalho, melhoria dos níveis de renda e garantia das condições de segurança e acesso à moradia, educação, transporte, lazer e serviços de saúde” (NOGUEIRA; MIOTTO, 2009, p.238).

Ainda segunda as autoras, o serviço social vem seguindo um caminho de desdobramentos amplos na área da saúde, da trajetória histórica do social e saúde, o que por muitas vezes recai na prática clínica, Miotto (1996 p. 238) cita Bravo. E com isso contribuir para o teórico e metodológico na área de saúde através das suas experiências no decorrer de todo do processo histórico.

“As conclusões, prudentemente, são provisórias e cobram continuidade, como se espera de todo o trabalho científico responsável, em particular num campo conceitual e de prática novo, que, entretanto, vem se firmando como um espaço de esperança, diante de tantas iniquidades e esforços muitas vezes vãos e caros para melhorar a saúde individual e coletiva nas sociedades contemporânea” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 239).

Os serviços de saúde ainda têm a visão e estrutura para que o atendimento seja para a doença e não na prevenção de tal, mas a realidade vem apontando que outras demandas sociais vêm surgindo e sendo um desafio aos profissionais.

Segundo Matos (2013) os profissionais deparam-se com as condições de vida da população usuária do sistema, cita como exemplos a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares, se tornando um problema para os serviços de saúde, o que tem como demanda e responsabilidade exclusiva do serviço social.

O serviço social também é requisitado nas altas médicas, porém muitas vezes esta alta conta com a dificuldade de autonomia do sujeito que está estruturado dentro do modelo capitalista, entre eles são crianças, idosos, muitos deles usuários sem nenhuma renda, como a população em situação de rua. Matos (2013) fala que essa responsabilidade é passada para o profissional assistente social, que para ele a cobrança vai expressar duas reduções: a primeira de pôr para o/a assistente social a resolução de um sistema que por sua vez é do próprio capitalismo isto é gerado pelo capital, e a segunda ele fala que ainda acredita-se que estes problemas estruturais podem ser resolvidos através de políticas sociais do capitalismo.

Dentro de um país como o nosso onde se tem grande desigualdade social, as políticas sociais são extremamente importantes para a defesa de diversos segmentos como os trabalhadores e usuários que fazem parte da constituição de 1988. O que não se entende é que diante de tanta riqueza produzida e acumulada no Brasil, acreditar que somente as políticas públicas vão resolver e dar conta das demandas de desigualdade e crescimento da pobreza sendo essa produzida pelo mesmo acúmulo do capital.

Matos (2013) refere que tais desigualdades só se podem ser superadas com a supressão do capitalismo.

Portanto, na dureza de trabalho dos serviços de saúde, onde “problema” originados pela contradição da acumulação capitalista são posto como alvo de “resposta dos assistentes sociais, é previsível que estes não queiram aceitar essa demanda como trabalho. Contudo, ao negarem-na, não apreendem em suas raízes o que essa demanda significa e nem desvelam a



função que ocupam no trabalho coletivo. É encarando essa realidade que será possível ao assistente social construir novas estratégias de trabalho (MATOS, 2013, p. 66).

Para que possamos refletir sobre o trabalho do\da assistente social em um coletivo dentro da saúde, podemos observar os limites e desafios posto a profissão, esses limites podem ser dentro de estrutura política e dos serviços da saúde, procurando entender todo esse processo, pode-se criar mecanismo diferentes para que os direitos dos usuários do SUS seja garantido.

### 3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NA ATUALIDADE

Matos (2013) cita Vasconcelos (2002) que identifica que os\as assistentes sociais que verbalizam um compromisso com os direitos da população usuária afirmando seu compromisso com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em direção do seu projeto ético-político.

O projeto ético-político da profissão basicamente se origina na busca rompimento com o Serviço Social conservador, com uma perspectiva da profissão voltada para o reconhecimento da liberdade como valor ético central, e compromisso com a liberdade humana e total expansão dos indivíduos sociais, o projeto tem como proposta uma nova ordem social, como a não exploração de classe, gênero, orientação sexual e etnia, esse projeto construído por assistentes sociais, porém não se encerra a preocupação com a corporação profissional.

Ainda segundo o autor acima citado, o exercício profissional dos assistentes sociais na saúde apontam para uma ação pouca crítica e distante do projetos citados, quando inseridos em qualquer unidade de saúde para trabalho, ou em centro de saúde ou em hospitais de alta ou complexidade, acabam aderindo as mesmas rotinas, geralmente essas rotinas são: contato com usuário para levantamento das necessidades após atendimento médico para que o profissional assistente social providencie encaminhamentos e orientações sobre consultas.

Independente em que tipo de unidade de saúde os assistentes sociais estão inseridos, seguem uma lógica de organização do seu trabalho e formulando estratégia de ação, se organizando como plantonistas ou em programas dentro das próprias instituições. Pode-se entender esta postura profissional como passivas, tornando-se submissos e subalternos aos movimentos das unidades de saúde.

Independente das mudanças ocorridas no âmbito dos serviços de saúde e na qualidade de vida e saúde da população usuária, o que certamente ocasionariam mudanças nas demandas dirigidas ao Serviço Social e na própria dinâmica institucional, o Serviço social tem mantido na estrutura de sua organização, por anos; A organização do Serviço social toma relevância, não pelas atividades em si, mas pelo caráter das mesmas, estruturadas com base no Plantão[...] (Vasconcelos, 2009, p. 246).

Ainda segundo a autora, o serviço social trabalha muitas vezes em local precário dentro da instituição, em um local pequeno com péssima localização e instalações ruins, vários profissionais assistentes sociais no mesmo ambiente, o que caracteriza uma espera passiva dos usuários ou encaminhamentos dos outros profissionais ao setor. O serviço social no plantão recebe o usuário \a, ouvindo procurando estabelecer os motivos dessa procura, e após o atendimento fazer os encaminhamentos necessários tanto externo como interno, usando como parâmetro o “bom” andamento institucional.

Matos apud Vasconcelos (2013), os profissionais atuantes nas instituições seriam os profissionais longe das Universidade e com isso desarticulados dos debates profissionais.

Durante sua pesquisa a autora fala que parte dos profissionais e muito expressiva dos assistentes sociais, tinham pouco tempo de formação, com um currículo mínimo na graduação em serviço social vigente desde 1982, mesmo com lacunas, esse currículo foi importante para o rompimento da profissão que antes tinha uma visão tricotômica do serviço social.

E outro argumento, ainda segundo a autora, foi o da análise a comunicações sobre saúde apresentada no “Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais” que ocorreu nos anos 90, o que se destacou foi a pouca produção de artigos e comunicações referente ao tema e que refletiam sobre experiências concretas de trabalho.

O autor acredita que os dados produzidos sobre o exercício profissional na saúde mostram um descompasso, mesmo diante do enorme avanço do projeto ético político profissional, ele cita dois fatores importantes:

O primeiro se refere à dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza, bem como à forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, e com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objetivo de suas ações a doença e não saúde propriamente dita. Esta problemática não atinge só o trabalho dos assistentes sociais, mas, sim, o coletivo dos trabalhadores da saúde. O outro fator refere-se à nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, e também dos outros trabalhadores da saúde, sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS (MATOS, 2013, p. 62).

Mesmo diante dos avanços ocorridos no decorrer do processo histórico do Serviço Social, com o projeto ético político da profissão, podemos encontrar vários obstáculos nas mais diversas esferas onde o profissional assistente social está inserido. É importante caminhar em direção ao projeto ético político dos assistentes sociais, em uma perspectiva que possibilite aos profissionais a enfrentar o grande desafio que a profissão enfrenta diariamente dentro do projeto capitalista neoliberal, se faz necessário promover junto com outros profissionais de outros setores organizado pela sociedade que visam a democracia, e juntos procurar a superação da organização social capitalista.

### 3.3 A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A prática dos assistentes sociais na maioria das vezes está subordinada as condições políticas institucionais que limitam as suas escolhas, e não ao projeto hegemônico da profissão.

Vasconcelos (2009) fala que por muitas vezes a atenção prestada pelos profissionais assistentes sociais, faz com que os usuários se sintam respeitados, e na maioria das vezes encontra no interior das instituições um lugar para aliviar suas tensões, o que contribui para que os mesmo sejam impedidos de utilizarem estes espaços na sua mobilização.

O que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é, partindo da definição clara e consciente de suas referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo, e politizante, que só pode ser empreendido na relação de unidade entre teoria e prática[...] (VASCONCELOS, 2009).

O valor da liberdade tem que ser entendida como sendo o centro da ação profissional fundadas no princípio da democracia e no pluralismo, e com posicionamento crítico às contradições de uma sociedade capitalista. Com posicionamento sempre em favor da igualdade, equidade e da justiça social.

Segundo Vasconcelos (2009) ressalta-se que o distanciamento da prática profissional com os conteúdos teóricos da realidade da ação profissional, torna a leitura do movimento da realidade superficial, o que revela um desperdício de oportunidade dos profissionais assistentes sociais e outros profissionais na saúde. É diante das possibilidades de prática que são captadas da realidade que pode-se propor melhores ações, com o objetivo de direcionar para as políticas públicas dos interesses dos usuários.

Historicamente o Brasil vem produzindo a questão social, através de políticas econômicas voltada ao grande capital, que dá privilégios a uma minoria, dentro dessa perspectiva do mínimo para as políticas sociais, tem-se política pública que se torna regressiva, o que historicamente não contribui para a diminuição das desigualdades sociais, os profissionais assistentes sociais trabalham com o enfrentamento das “expressões da questão social” e com a particularidade de cada sujeito atuam junto a eles. Falar da questão social é dizer que as expressões históricas e dentro da atualidade personalizam o aumento das desigualdades sociais e da pobreza na sociedade capitalista no Brasil.

A busca de humanização das relações no capitalismo é improvável. O fato de, isoladamente, ser possível humanizar relações pessoais, não significa que isso pode resultar na humanização das relações sociais dominantes, relações que tem como base a exploração do homem pelo homem. Assim, uma prática que objetiva humanizar organização social capitalista resulta numa prática conservadora visto que, em última instância, contribui para conservar a ordem vigente (VASCONCELOS, 2009, p. 255).

Vasconcelos (2009) menciona que o profissional assistente social caminha em direção ao projeto ético político da profissão, vai muito além do senso comum mas sim um conhecimento da realidade, que compreenda a lógica e as leis fundamentais da forma que se organiza uma sociedade capitalista, é primordial que se tenha um conhecimento da sua complexidade e as contradições na geração da questão social, e de forma essa lógica provoca impactos nas relações sociais. A categoria é trabalho e não a esfera da subjetividade.

Ainda nesse sentido o movimento da realidade social tem que ser entendido como um processo produzido pela formação generalista e crítica, o que aos profissionais assistentes sociais como um aprender contínuo, dentro e fora das instituição de ensino.

Vasconcelos (2009) fala que: organizar a atenção aos direito e o acesso ao Serviço Social, realizar e publicitar estudos socioeconômicos, identificar e priorizar as necessidades sociais de saúde e demandas dos usuários, para além das demandas espontâneas, priorizar como assegurado na proposta do Sistema Único de Saúde, ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, sendo assim cabe ao profissional assistente social, os princípios e os objetivos para sua ação profissional.

Sendo o planejamento um passo importante para que se possam desenvolver estratégias futuras, pensadas para a realização da pratica na saúde, para uma contribuição que amplie e facilite a sua realização dentro do processo de trabalho na saúde e junto com outros profissionais, e com isso procurar facilitar o acesso aos direitos dos usuários.

Vasconcelos (2009) destaca que o planejamento do Serviço Social e das ações é que prepara os profissionais para o trabalho, sendo que o planejamento é um instrumento de luta, pois cabe junto com outros profissionais as discussões, entre elas as negociações, a formação profissional tem que oferecer o instrumento teórico para que se possa captar o movimento da realidade social, e com isso transformar em recurso vivo, para que o profissional possa contribuir com os usuários de uma forma de transformar as condições de vida e de trabalho, promovendo a saúde.

São requisitos para planejar, realizar levantamentos, estudos e pesquisas sobre a questão social, objetivo da ação profissional, potencializando a análise e crítica dos dados com a produção teórica acumulada sobre suas expressões para compreendera realidade trabalhada, contribuindo para a identificação e divulgação dos fatos condicionantes e determinantes da saúde, subsidiando e sendo subsidiado pelos serviços de vigilância sanitária,(meio ambiente), vigilância epidemiológica(prevenção ou controle das doenças e agravos) e saúde do trabalhador. Como afirma lamamoto, tomar “banho de realidade” (Vasconcelos, 2009, p. 258).

Baptista (2007) fala do planejamento em uma perspectiva lógica-racional, em um processo permanente.

O termo “planejamento”, na perspectiva lógico-racional, refere-se ao processo permanente e método de abordagem racional e científica de questões que se colocam no mundo social. Enquanto processo permanente, supõe ação contínua sobre um conjunto dinâmico de situações em um determinado momento histórico. Como processo metódico de abordagem racional e científica, supõe uma sequência de atos decisórios, ordenados em momentos definidos e baseados em conhecimentos teóricos, científicos e técnicos. (BAPTISTA, 2007, p. 13).

Ainda no início dos tempos o homem fazia um reflexão sobre as questões que o desafiavam, fazia estudo das diferentes alternativas para que pudesse encontrar uma solução e a partir daí organizava a sua ação de maneira mais lógica. Segundo Baptista (2007) a dimensão política do planejamento vêm do fato que é um processo de continuidade de tomadas de decisões, que se inscreve nas relações de poder, sendo assim caracteriza um envolvimento e uma função política.

No entanto, tradicionalmente, ao se tratar de planejamento a ênfase era dada aos seus aspectos técnicos-operativos, desconhecendo, no seu processamento, as tensões e pressões embutidas nas relações dos diferentes sujeitos políticos em presença. Hoje, tem-se a clareza de que, para que o planejamento se efetive na direção desejada, é fundamental que, além do conteúdo tradicional de leitura da realidade para o planejamento da ação, sejam aliados à apreensão das condições objetivas o conhecimento e a captura das condições subjuntivas do ambiente em que ela ocorre, o jogo de vontades políticas dos diferentes grupos envolvidos, a correlação de forças, a articulação desses grupos, as alianças ou as incompatibilidades existente entre os diversos segmentos[...] (BAPTISTA, 2007, p. 18).

O serviço social tem como desafio enquanto categoria profissional, compreender o projeto ético político profissional e o que representa para a profissão, e trazer para o cotidiano os princípios éticos e construir de alguma forma estratégias que se concretize e facilite o fazer profissional, quem sabe a partir disso consiga ter um posicionamento ético no fazer profissional quanto na vida pública ou privada.

### 3.4 ATRIBUIÇÃO E COMPETÊNCIA DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

De acordo com CFESS (2010) os parâmetros de atuação profissional na saúde buscam referenciar a atuação profissional do serviço social na área da saúde. Para que possamos ter uma melhor compreensão da atuação profissional e entendimento da ação profissional, é preciso conhecer a realidade e os sujeitos, para se tenha os objetivos defendidos nas suas abordagens e com os instrumentos apropriados para tal.

Segundo o CFESS (2010) o projeto ético político da profissão que vem sendo construído nos últimos anos, tem como perspectiva da totalidade social, e na sua fundamentação a questão social. Por sua vez, tem alguns conceitos que são fundamentais para a intervenção dos profissionais assistentes sociais na saúde, como concepção de saúde, integralidade, intersetorialidade, participação social e a interdisciplinaridade.

Ainda segundo o CEFSS (2010) na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 evidencia as expressões da questão social quando fala que “saúde é direito de todos e dever do Estado” seguindo que:

Garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF, 1988, artigo 196) e indica como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre 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; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

A dimensão histórica do trabalho ganha relevância na determinação social, nas condições de saúde do trabalhador, com sua complexidade na realidade atual, as condições precárias dos trabalhadores, com o aumento dos trabalhos na informalidade, os direitos são restringidos.

A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento neste processo. Exige o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde, de fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo diferentes atores. (CFESS, 2010, p. 40).

Os profissionais assistentes segundo o CFESS (2010) trabalham com vários desafios no seu cotidiano, apesar dos avanços ocorrido até aqui, com a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, muito ainda tem que se construir para a implantação da política e no combate a atuação nos diferentes órgãos e instituições, como na saúde e em órgãos públicos da saúde, previdência social, no trabalho e emprego, poder judiciário, empregadores, pesquisadores, movimento dos trabalhadores, com destaque para a organização sindical, entre outros seguimentos.

A saúde, é um dos espaços de atuação dos assistentes sociais. A profissão seguiu nas últimas décadas com parcerias outras categorias profissionais e movimentos sociais que dividem os mesmos princípios e diretrizes defendido pelo projeto ético político, e com isso contribuindo para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo.

Cabe ressaltar segundo o CFESS (2010) que os assistentes sociais trabalham em quatro grandes eixos, sendo no atendimento direto aos usuários, na mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, como já citado no capítulo anterior, assessoria, qualificação e formação profissional, os eixos tem que ser compreendido como sua totalidade e não de forma segmentadas.

## ATENDIMENTO DIRETO AOS USUÁRIO

O atendimento direto aos usuários se dá em diversos espaços de atuação profissional na saúde e vai da atenção básica até os serviços em ações de média e alta complexidade.

Segundo o CFESS (2010) os espaços ganham materialidade na estrutura de área dos serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial que são os CAPS, Hospitais Universitários, independentes da instância. É por essa direção que o atendimento ao direito dos usuários da saúde se materializa.

São considerados atendimento direto as ações socioassistenciais: Essas ações de articulação interdisciplinar, são compostas pelo processo coletivo de trabalho em saúde, pois elas se completam e são indissociáveis.

O CFESS (2010) ressalta que as ações são fundamentais para investigação, ao planejamento, mobilização e a participação social dos usuários para que garanta o direito a saúde e assessoria para que aconteça melhoria de qualidade dos serviços oferecidos e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social.

## AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS



O CFESS (2010) cita Costa, que fala que as ações socioassistenciais têm se constituído como as principais demandas profissionais de Serviço Social. Desta forma, a incorporação dos assistentes sociais na saúde é medida pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolve no Brasil.

A implementação do SUS, a partir dos 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário, onde são exemplos a universalização, a descentralização e a participação popular.

Apesar de alguns avanços com a reforma na saúde, houve críticas, pois não contribuiu de forma positiva para a implementação do SUS constitucional, no seu cotidiano a forma de operacionalização gera demora no atendimento, também a precariedade dos recursos, burocratização, ainda a assistência médica curativa, a qualidade e quantidade de atendimento com problemas, e o não atendimento aos usuários.

Com relação ao trabalho dos profissionais de saúde não havia uma valorização salarial, o trabalho era precarizado havendo o aumento da demanda e atividades, e com carga horária de trabalho excessiva pela redução de pessoal para o trabalho, as reais condições dos usuários também estavam em evidência, como a condição de vida, como o desemprego e subemprego, falta de moradia, violência urbana, e entre outras questões que se evidenciavam no momento.

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental (CFESS, 2010, p. 43).

## ACÇÕES E ARTICULAÇÕES COM A EQUIPE DE SAÚDE

O trabalho dos profissionais assistentes sociais tem que ficar bem explicado para a equipe de saúde, o trabalho em equipe é fundamental para o desenvolvimento de um bom trabalho, mas para isso é preciso que todos envolvidos tenham clareza as

suas atribuições, mantendo sempre a interdisciplinaridade como uma perspectiva de trabalho defendido na saúde.

CFESS (2010) cita lamamoto que afirma ser necessário desmitificar a ideia que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva a diluição de suas particularidades profissionais.

Ainda segundo CFESS e o que lamamoto ressalta é que ela considera que são as diferenças de especialização que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e ao mesmo tempo preservando aquelas diferenças. Sendo assim o trabalho coletivo não irá atrapalhar ou acabar com as competências e atribuição de cada profissional, e sim, exigir um esclarecimento da equipe de trabalho, ou seja, entre os profissionais que ali estão envolvidos.

O que se identifica em relação do trabalho dos profissionais do serviço social, ainda é que o mesmo ainda é distorcido por outros profissionais inserido no mesmo espaço ocupacional ou já na mesma instituição.

O CFESS (2010, p. 47) apresenta algumas demandas que são direcionadas ao serviço social, mas que não é de sua atribuição como:

Marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como, a disposição destes.

A alta médica e a alta à pedido também são demandas que chegam ao profissional assistente social dentro da unidade hospitalar. A alta médica e a alta social são ações que devem ocorrer juntas, e irão depender das condições de alta deste usuário, e o profissional deve realizar o registro no prontuário, assim como a sua intervenção e atribuições junto ao usuário e sua família.

O CFESS (2010) refere que o usuário, na condição de sujeito protagonista de sua história, deve ser autônomo para decidir sobre os rumos do tratamento de saúde a ser adotado e a que procedimento deve ser submetido.

Segundo CFESS (2010) cita o código de ética médica o artigo 46, que os médicos só podem se recusar a dar alta a pedido ao usuário no caso de iminente risco de vida, caso contrário, deve ser respeitada a decisão do usuário.

Assim sendo, cabe ao assistente social fazer as orientações e esclarecimentos junto aos usuários e seus familiares, e também junto à equipe de saúde envolvida, assim como procurar de maneira clara e objetivas informar a equipe o que demanda o pedido do usuário ou a alta a pedido. Cabe deixar claro que o procedimento e a alta é de responsabilidade do profissional médico e não ao profissional assistente social.

“No âmbito da saúde, é fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana. Os indivíduos em sua diversidade expressam diferenças quanto às relações de gênero, étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras questões que revelam a singularidade, o modo de constituir a individualidade em sua relação dinâmica e contraditória com a sociabilidade. No entanto, “na sociabilidade do capital, a tendência prevalecente é que os indivíduos se reconheçam diversos na vivência da opressão que é determinada pelo não reconhecimento ético-político e jurídico da sua diferença. Ou seja, o processo inicial de identificação com sua diversidade é permeado pela violação dos direitos, pela negação da liberdade e extravio da igualdade” (SANTOS, citado pelo CFESS 2010, p. 49).

A diversidade humana ainda tem seus direitos desrespeitados, o que se observa é um conjunto de violação de direitos, e a reprodução de opressão na sociedade, e nas instituições, esta forma de opressão afeta a vida no cotidiano, e é a negação da diversidade humana, que se transformação em violência contra as mulheres, jovens, crianças, e pessoas com orientação sexual LGBT.

A diversidade sexual é cotidianamente negada nos espaços institucionais, de lazer e em praticamente todos os espaços da vida social. Quais as implicações disso na saúde dos indivíduos? Nas últimas décadas com o fortalecimento do movimento feminista e do movimento LGBT, inclusive com maior visibilidade de suas agendas políticas, tem sido possível verificar que as situações de preconceito e de discriminação vivenciadas pelos indivíduos LGBT, assim como as situações decorrentes do machismo e do sexismo em relação às mulheres têm levado esses indivíduos a processos de adoecimento (CFESS, 2010, p. 49).

Diante dessas violações de direitos e desrespeito com a diversidade o CFESS (2010) afirma que a partir dessa realidade se fez necessário a criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transvestis (CISPLGBT), entendo que a garantia equidade se faz necessário, sendo este um dos princípios do SUS.

O CFESS (2010) fala da homofobia institucional sendo como incapacitada técnica de determinado espaço sócio-ocupacional para prover um serviço de qualidade e humanizado pela equipe de atendimento, para as pessoas por causa da sua orientação sexual e de gênero. A homofobia institucional pode ser identificada em processos, atitudes, comportamentos que manifestam discriminação a usuários LGBTs, resultado de preconceito, ignorância, negligência e estereotipação homofobia que causa negação de acesso aos direitos dessa população.

Neste sentido a Resolução CFESS (2010) nº489/2006 constitui um instrumento estratégico para resguarda direitos da população LGBT Os artigos 3º, 4º e 5º<sup>2</sup> dessa mesma resolução orientam a intervenção ética e política dos assistentes sociais nas unidades de saúde com vistas à reflexão crítica e à superação da homofobia institucional.

As demandas para o profissional do serviço social são as mais variáveis possíveis, entre elas que aparecem para a equipe está as violências contra a mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência física ou mental. Cabe ao serviço social intervir e colaborar com a equipe de trabalho, mediante as políticas públicas voltadas para cada situação, as legislação pertinentes, para que consiga recursos e mecanismo para efetivar a intervenção junto aos usuários.

CFESS (2010) a humanização é outro assunto que surgiu com destaque no final de 1990 e início dos anos 2000, com isso a legitimação a partir da 11ª Conferência Nacional de

---

<sup>2</sup> Essa comissão foi instituída pela Resolução CNS nº 410, de 12 de fevereiro de 2009. Na Gestão 2006-2009 do CNS, é coordenada pelo movimento LGBT, por meio da Liga Brasileira de Lésbicas (LBL). Cabe informar que nesse mesmo período, o CFESS também atuou nessa comissão na condição de suplente. Para uma melhor compreensão dessa orientação, reproduzimos os artigos 3º, 4º e 5º da Resolução CFESS nº 489/2006. "Art. 3º. O assistente social deverá contribuir para eliminar, no seu espaço de trabalho, práticas discriminatórias e preconceituosas, toda vez que presenciar um ato de tal natureza ou tiver conhecimento comprovado de violação do princípio inscrito na Constituição Federal, no seu Código de Ética, quanto a atos de discriminação por orientação sexual entre pessoas do mesmo sexo. Art 4º. É vedado ao assistente social a utilização de instrumentos e técnicas para criar, manter ou reforçar preconceitos, estigmas ou estereótipos de discriminação em relação à livre orientação sexual. Art. 5º. É dever do assistente social denunciar ao Conselho Regional de Serviço Social, de sua área de ação, as pessoas jurídicas privadas ou públicas ou pessoas físicas, sejam assistentes sociais ou não, que sejam coniventes ou praticarem atos, ou que manifestarem qualquer conduta relativa a preconceito e discriminação por orientação sexual entre pessoas do mesmo sexo"[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)  
Acessado 01-11-2018 as 11h 30 hm

Saúde, que foi realizada em Brasília no ano de 2000, na Conferência o tema “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”.

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/o residual da atuação. “A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão” (CFESS, 2010, p. 52).

Tendo como referência o Projeto da Reforma Sanitária a Política Nacional de Humanização não pode estar separada dos fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS. Vale ressaltar algumas ações de articulação dos assistentes sociais na saúde segundo CFESS (2010 p. 52):

Esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde; elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros; construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário ;Garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde; Identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida; realizar em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros), o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito.

Ainda segundo o CFESS (2010) planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito e avaliar as questões sócio familiares que envolvem o usuário e/ou sua família buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe; participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária.

A prática reflexiva crítica se faz necessário a profissão, é através dela que os usuários podem fazer uma análise da situação que vivem, estimulada pelo profissional assistente social intervindo no processo da transformação da realidade.

## AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS

A ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e o repasse de informações segundo CFESS (2010).

Devem-se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular (CFESS, 2010, p. 55).

As ações socioeducativas e educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. (CFESS, 2010 cita Berlinguer).

Entende-se que a pratica reflexiva do usuário faz com que ele analise e entenda a situações que vivenciam, através de uma reflexão crítica, essa reflexão que é estimulada pelo profissional do serviço social, compreendendo sua realidade social é capaz de intervir de forma consciente nesses processos de transformação da realidade.

Segundo Berlinguer citado pelo CFESS (2010) a consciência sanitária e entendida como a tomada de consciência, que coloca como a saúde como dever do Estado e um direito da comunidade como um todo. As forças sindicais e políticas têm um papel relevante na formação da consciência sanitária.

## MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Segundo Sá e Porto (2011), o Controle social pode ser exercido individualmente ou coletivamente, ou seja, realizado por alguém que não seja agente público no exercício da função ou órgão do Estado. Vale destacar que o controle social permite a participação e atuação da sociedade civil no controle das ações do Estado e dos gestores públicos, seguindo o viés democrático.

No Brasil o tema do controle social partiu do processo de democratização na década de 80, com a participação nas políticas públicas da Constituição de 1988, e posteriormente nas leis orgânicas, nos conselhos e as Conferências, a partir dos setores progressista da sociedade civil com perspectiva de controle social nas ações do estado.

Correia (2009) diz que a área de saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 70 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária, que congregou movimentos sociais. Também durante este processo participaram os intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura.

No eixo da mobilização, participação e controle social o CEFSS traz um conjunto de ações que são voltadas para a mobilização e participação social dos usuários, familiares, trabalhadores da área da saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social como conselhos, conferências, fóruns de saúde, entre outros, na luta em defesa da garantia do direito à saúde.

As atividades têm como objetivo incentivar e facilitar na organização da população e também dos usuários, considerando que todos são sujeitos políticos, e diante disso reivindicar na agenda política de saúde.

A ouvidoria do SUS foi um espaço criado para que os usuários possam comunicar-se com as instituições.

A ouvidoria no SUS é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados. Entre suas atribuições estão: receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes. Algumas reflexões devem ser levantadas sobre esse canal de comunicação direto entre o usuário e a instituição. As críticas e sugestões são apresentadas individualmente, sem levar em consideração que as dificuldades e impasses vividos pelos usuários são coletivos, resultante da não efetivação do SUS e, portanto, exige respostas coletivas (CFESS, 2010, p. 57).

Cabe ressaltar que a ouvidoria do SUS não é uma atribuição do privativa do profissional assistente social e sim de qualquer profissional e outras áreas, também como profissional ligado a gestão.

De acordo com o CFESS (2010) ao assumir a ouvidoria, o profissional deve considerar que o assistente social, deve consolidar os dados obtidos nos atendimentos

por meio de relatórios e coletivizá-los no conselho diretor da unidade e ou direção da unidade e estabelecer articulação com os conselhos de saúde, assim, analisar as demandas coletivamente e as respostas que poderão ser revertidas em um melhor funcionamento da unidade e na política de saúde, através de mudanças necessárias, para um melhor atendimento as demandas. Se o profissional assistente social não tiver essa noção irá apenas mediar tensões e não na mobilização e organização popular.

Segundo CFESS (2010) destaca-se a importância na mobilização popular e sua participação, o profissional deve estar articulado com esses movimentos sociais, tanto para fortalecer os fóruns ou conselhos, e tanto para estabelecer relações com determinadas demandas institucionais e discutir a política de saúde e com isso buscar alternativas para a garantia de direitos sociais. Vale ressaltar que o profissional assistente social está inserido em contexto de correlação de forças e, portanto, não depende apenas do querer do profissional.

As ações desenvolvidas na Estratégia de Saúde (ESF) da Família são muito importantes, apesar do Assistente Social não ter obrigatoriamente que fazer parte da equipe, porém é cada vez mais comum a sua contribuição com a equipe, para que possa contribuir para a promoção da saúde, com ações socioeducativas e Inter setoriais.

O CEFSS (2010) nos traz algumas contribuições do profissional assistente social no ESF.

Estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde, mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas, contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde, articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos, participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva, participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde, contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais; estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica,



estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático.(CFESS, 2010, p. 59, 60).

É preciso que se tenha uma atitude ampliada, com crescimento da rede de comunicação entre os profissionais envolvidos, pensando em três níveis, o Federal, Estadual e o Municipal, trabalhar de forma Intersectorial, explorar espaços subalternizado, tanto o profissional quando a população participar dos espaços reguladores deste direito, participar dos Conselhos de saúde, Conferências entre outras, estimular a população a assumir responsabilidades, só assim pode conseguir fazer um modelo diferenciado de saúde, com a participação de todos.

## INVESTIGAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO

Este eixo segundo o CFESS envolve um conjunto de ações com uma perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa, que consigam produzir em equipe e entre a intersectoriedade propostas que facilitem e potencializem a gestão em favor aos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

O CFESS (2010) refere que o processo de descentralização das políticas sociais demanda aos profissionais de Serviço Social uma atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Os estudos voltados para pesquisa que demonstrem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora com estudos voltados para o perfil e situação de saúde dos usuários e na coletividade. O objetivo da investigação é alimentar o processo de formulação implantação monitoramento do serviço social, da política institucional, e a política de saúde local regional, estadual e nacional.

Para Baptista (2007) o objetivo do planejamento da intervenção profissional é o segmento da realidade que lhe é posto como desafio, é o aspecto determinado de uma realidade total sobre o qual irá formular um conjunto de reflexões e de proposições para intervenção.

A realidade social é dinâmica, e para apreende-la, são necessárias várias aproximações, não tem como ter a certeza da sua perfeita delineação e delimitação do objetivo da intervenção. Baptista (2007) fala que ele vai se construindo e se

reconstruindo permanentemente no decorrer de toda a ação planejada, ele se constrói em suas relações com o contexto que o produziu, se modificando permanentemente.

Os impactos da reestruturação dos processos de trabalhos e das formas de gestão geram impactos nas instituições de saúde, com ampliação nos movimentos dos espaços ocupacionais, característica criada pelas mudanças macroscópicas. É nesse viés que as novas formas de terceirização com novos modelos de gestão que estão contidos na contrarreforma do Estado, estão sendo propostas, e sendo contrária ao SUS constitucional.

O CFESS (2010) fala que é de extrema importância o assistente social nos espaços de gestão e planejamento, e investigação, tendo como diretriz o projeto ético político da profissão.

## ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Neste eixo mostra-se especificamente como a equipe de serviço social, e os demais profissionais da saúde, contribuem na qualificação da equipe de saúde em uma perspectiva a ser realizada dentro de um trabalho interdisciplinar.

Segundo o CFESS (2010) as atividades de formação profissional envolvem a criação de campo de estágio, com supervisão do profissional assistente social, com a criação e participação nos programas de residência multiprofissional ou uniprofissional e a preceptoria de residência. Sendo a articulação profissional com as unidades de formação acadêmica fundamental para que estas sejam desenvolvidas.

Os princípios do SUS que são a universalidade, integralidade, participação social e o trabalho interdisciplinar, deve ser o norte para a formação profissional. Também vale ressaltar que o debate com relação ao modelo assistencial, que visa a centralidade doença e o debate a revisão sobre este tema, com relação ao modelo assistencial voltado a saúde se torna fundamental, para o modelo democrático de gestão, pública e universal.

A assessoria é uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento da área que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alterá-la. O assessor pode estar vinculado a uma proposta que vise à emancipação desses trabalhadores e à ampliação da ação do Estado com relação às políticas sociais, ou a dominação destas e a redução da esfera estatal. Defende-se a primeira perspectiva, em face da direção assumida pela

profissão de Serviço Social. A assessoria pode ser prestada ao profissional, à gestão para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais (CFESS, 2010, p. 64).

Segundo no CFESS a assessoria pode ser uma atribuição privativa ou competência do assistente social, dentro da atribuição privativa só pode ser desenvolvida pelo profissional com formação na área de serviço social.

O CFESS finaliza estes quatro eixos sendo eles, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional e afirma a importância para o conjunto de ações a serem desenvolvidas e efetivadas pelos profissionais assistentes sociais.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A rotina de atendimento às adolescentes no Hospital Municipal de Guaratuba acontece de duas formas, elas podem marcar consultas via unidade de saúde ou via secretaria de saúde, a primeira consulta se dá na unidade de saúde, onde o médico da Estratégia de Saúde da Família atende junto com a enfermeira. Após o atendimento é realizado o pedido de exames, porém todas as gestantes adolescentes são encaminhadas para o ambulatório de gestantes de risco, pois são consideradas como gestantes de risco intermediário.

No ambulatório, o atendimento é realizado pela equipe de médico obstetra, enfermeira, técnica de enfermagem, nutricionista, psicólogo e assistente social, visto que na primeira consulta todos os profissionais atendem a gestante adolescente e após o primeiro atendimento ela fica vinculada ao pré-natal do risco intermediário juntamente com o atendimento da Unidade Básica de Saúde.

Durante a gestação e durante o puerpério, quando houver necessidade de um acompanhamento, a mesma também pode ser atendida pelo profissional de referência do pré-natal, como é o caso do atendimento psicológico. Quanto ao serviço social, esta procura-se realizar o acompanhamento através de visitas domiciliares à estas gestantes adolescentes.

O CFESS (2009, p, 23) fala que o profissional assistente social ao participar do trabalho em equipe na saúde possui particularidade de observação, interpretando as condições de saúde do usuário, e competência distinta para os encaminhamentos das ações, o que diferencia dos demais profissionais.

A partir do exposto, identifica-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem distintas competências e habilidades para desempenhar suas ações. Concorde-se com Yamamoto (2002) que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996) (CFESS, 2009, p 24).

A gravidez na adolescência é um tema que se apresenta com pouco acúmulo de sistematização teórica no debate do serviço social. Com relação aos desafios que são imposto ao serviço social pelas contradições da sociedade capitalista estas são as mais variadas possíveis.

Os sujeitos aqui relatados durante o processo de estágio e produção de documentos refere às adolescentes entre 13 a 18 anos, no período de estágio durante os atendimentos realizado no pré-natal. Durante este processo foi possível observar que a maioria das adolescentes grávidas estavam inseridas em um contexto familiar complexo, eram provenientes de famílias baixa renda, o que será visto mais adiante, com as descrições sobre o seu modo de vida.

O que podemos observar durante este processo de estágio foi que acontece várias transformações que decorrem durante a gravidez, que acabava refletindo no seu cotidiano enquanto adolescente, da família e do parceiro sendo ele pai do bebê, durante este período transcorreram várias situações, entre elas, a dificuldade financeira, a questão da aceitação da família, do parceiro e a própria questão emocional adolescente.

Desta forma, tais desafios posto ao profissional assistente social, dentre eles o de situações que aparece subjetivada dentro deste contexto, começando com um olhar além do que já está apresentado.

A análise da abordagem familiar e comunitária exige sua apreensão para além de uma ferramenta de trabalho, mas como expressão de um conjunto de determinações. Assim, tomamos como princípio a relação entre teoria e prática no processo de trabalho, considerando que suas dimensões estão intrinsecamente articuladas, em uma relação de unidade na diversidade, expressando uma visão de homem e mundo que aponta uma direção social e ética para as práticas profissionais (GUIMARÃES, 2017, p.3 cita Santos, 2011).

Contudo podemos citar as categorias de análise como uma abordagem para algumas respostas à demandas existentes, posta ao profissional.

#### CATEGORIA DE ANÁLISE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A categoria de análise usada neste trabalho nos possibilita conhecer um pouco mais a história de vida, o levantamento de sua condição social, permite e alguma forma revelar sentimentos, valores e concepções, pode-se através do formulário usado no processo de atendimento analisar de que forma apresenta-se a situação ao profissional como possibilidade de intervenção, e como isso se coloca como um desafio para realizar seu trabalho. Permite que o profissional tenha mais clareza sobre os encaminhamentos a serem realizados, os acompanhamentos a serem feitos, seja para a adolescente ou a família.

O contexto sócio histórico faz parte do processo de trabalho do assistente social, para uma maior reflexão da maneira como este trabalho vai ser planejado, para uma resposta à demanda, ainda que por muitas vezes estas resposta se torne imediata. E como essas adolescentes se colocam à frente dos problemas naquele momento, de que forma elas conseguem lidar com tudo isso, sua perspectiva de vida. Podemos citar aqui as duas categorias usadas neste trabalho, através dos relatos nos documentos analisados.

#### CATEGORIA DE ANÁLISE Nº1: POSSIBILIDADE DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

As seguintes descrições foram organizadas por datas do dia de atendimento, idade e identificação por ordem alfabética.

No dia 09 de junho de 2017, foi relatado no diário de campo, sobre uma adolescente (A) de 18 anos, que quando começou seu pré-natal estava com 17 anos, durante o atendimento ela se queixou sobre o seu patrão, que não aceitava faltas ao trabalho, mesmo que fosse para a consulta de pré-natal, e também sofria forte discriminação referente a sua vida conjugal, com gestação de 4 meses, sendo primeira gestação como mostra o documento, mora em uma casa cedida com renda de 1200,00 mensal, em sua fala ela disse:

“Meus pais não aceitam a minha gravidez, eles moram em outra cidade, não planejei a gravidez, meu patrão não aceita porque não estou casada no papel, sou da mesma igreja que ele, escondi a gravidez do meu patrão, mas agora não dá mais, preciso fazer consultas e exames, ele desconta do meu salário os dias que venho na consulta”. (W.A.R., 17 anos).

Durante este atendimento, observou-se várias questões, sendo elas: a discriminação pelo fato de ser mulher, o descumprimento da lei trabalhista pelo patrão e intolerância religiosa. Diante das questões se fez necessário orientar sobre o seu direito enquanto mulher, enquanto adolescente grávida, e como cidadã, o qual ela não tinha ideia de como funcionava, e percebeu-se a violência psicológica sofrida pela mesma dentro do espaço de trabalho. A intervenção profissional foi através de encaminhamentos, um dos encaminhamentos foi para acompanhamento psicológico, orientações feitas sobre seus direitos previstos na Constituição.

No dia 02 de outubro de 2017 foi realizado o atendimento da adolescente (B) de 16 anos, descrito no diário de campo, gestante com HIV positivo, segunda gestação, com um aborto anterior, pré-natal irregular, gestação de aproximadamente 4 semanas, não toma os medicamentos para o HIV corretamente, mora com o companheiro de 26 anos pescador. Sua mãe morreu quando ela tinha 10 anos devido as complicações do HIV. Tem uma irmã que ficou cuidando dela após a morte da mãe, aos quinze anos teve ela sua primeira gravidez e devido à gravidade da doença ocorreu um aborto espontâneo. Possui casa própria com renda do seu companheiro de um salário mínimo, mensal, durante o processo de atendimento a mesma falou que:

“Quero muito ser mãe, o pai do bebê sabe que eu tenho a doença e não se importou, a minha irmã chama a minha atenção, disse que sou irresponsável, pega muito no meu pé, mas agora vou me cuidar para segurar o bebê, o meu marido está muito feliz”. (R. S. L, 16 anos).

Diante desta demanda a possibilidade de intervenção se mostra bem complexa, demanda de um trabalho em equipe com toda a rede de apoio, como Conselho Tutelar, vigilância epidemiológica, CRAS, e equipe da unidade de saúde, para que este trabalho se torne o mais humanizado possível, diante disto foram realizados todos os encaminhamentos necessários e acompanhamentos com visita domiciliar, o atendimento também foi realizado para toda a família, o seu companheiro era pescador, portanto, ela passava o maior tempo sozinha em sua casa. Após os

atendimentos a irmã levou a adolescente para morar junto com ela e sua família, fez com que a adolescente tomasse como responsabilidade seu pré-natal e assim a adolescente se sentiu acolhida pela irmã.

Atendimento realizado a adolescente (C) de 16 anos na data 09 de março de 2017, aproximadamente 13 semanas de gestação no dia do atendimento, primeira gestação, não planejou a gravidez, fazia uso de preservativo, namora há um ano com o pai do bebê, mora com os pais, na casa mora a mãe, pai, irmã, cunhado e seus três sobrinhos, a renda familiar é de um salário e meio mensal, está no primeiro ano do ensino médio.

“Fiquei com muito medo quando descobri a gravidez, e continuo com medo”, não queria engravidar, quero terminar meus estudos, mas meu namorado reclamava de usar preservativo, ele tem 17 anos” (C) (16 anos).

A intervenção profissional se deu através de orientação sobre a gravidez e os desafios da maternidade, colocando que este processo é natural, as incertezas de como será depois, sobre o parto, e orientações sobre como o planejamento familiar, a importância dos estudos para sua autonomia.

Atendimento realizado em 16 de março de 2017, com a adolescente (D) de 17 anos, gestante de aproximadamente de 29 semanas, residia em Paranaguá com os pais, após o falecimento do pai vieram morar em Guaratuba, estão faz três meses, está namorando faz um ano, parou de estudar no primeiro ano do ensino médio, fazia uso de anticoncepcional, fez uso de maconha algum tempo atrás.

“Parei de tomar anticoncepcional porque desregulava a menstruação, não gosto de usar preservativos, fiz uso de maconha agora não uso mais, estou estressada com tudo, meu namorado ainda usa maconha” (J. K. M. 17 anos).

O trabalho do profissional foi realizado através da articulação com a rede de apoio do CAPS, tanto para a adolescente gestante como para seu namorado. Ambos aceitaram bem o encaminhamento, bem como o acompanhamento da equipe de saúde em conjunto com atenção básica, devido a todo processo de uso de “maconha” como ela relata, se faz necessário um olhar diferenciado para cada situação, estando ela passando pelo processo de gestação que deixa, por muitas vezes, a mulher abalada emocionalmente, se fez necessário então, um acompanhamento da equipe

especializada para realizar o trabalho em conjunto, torna primordial para a efetivação de um trabalho de humanização.

Adolescente (E), 16 anos, atendida no dia 24 de outubro de 2017, aproximadamente 34 semanas de gestação, primeira gestação, cursando o 3º ano do ensino médio, mora com os pais e o irmão, o pai da criança não aceitou a gravidez, ele com 20 anos, não fala com a adolescente.

“Só tive relação com ele depois de 4 meses de namoro, mais mesmo assim ele não quer o filho” ((E) 16 anos).

O processo de intervenção profissional demandou uma orientação e acompanhamento junto com a escola para que esta adolescente não abandone a estudo durante este processo de gestação. A intervenção também é necessária com o pai da criança, com o objetivo de tentar sensibilizá-lo de que ela não é culpada e que ele entenda que o filho é uma responsabilidade dos dois e não só da adolescente, o trabalho se deu de uma forma intensa, realizado acompanhamento através de visita domiciliar para ambos, acompanhamento psicológico também. Foi percebido um resultado positivo referente a conscientização do pai referente ao seu filho.

Em vinte de abril de 2017, atendimento realizado a adolescente (F) de 16 anos, grávida de aproximadamente 24 semanas, parou de estudar na sétima série e não pretende voltar, mora com os sogros e os quatros irmãos do namorado, conheceu o pai da criança na saída da escola, ele com quinze anos, renda da família 700,00 reais no total mensal, não fazia uso de preservativo e nem outro método, não sabia responder quanto tempo estavam juntos.

“Não gosto de estudar, não quero voltar, quero ficar com meu namorado, a minha mãe vai ajudar a cuidar do bebê.” ((F) 16 anos).

Foi acompanhada através de visita domiciliar, realizadas orientações sobre a importância do estudo em sua vida, também foram realizados atendimentos com os familiares para que os mesmos tivessem uma maior compreensão sobre os estudos e expectativa após o nascimento do bebê.

Ainda na mesma data, adolescente gestante (G) de 13 anos, veio morar no município faz 01 ano, antes morava em São José dos Pinhais, estudante está na 6ª



série, porém, não frequenta a escola corretamente, reside com a mãe, padrasto, dois irmãos e o namorado de quinze anos, a única renda vem da mãe que trabalha como diarista, a família recebia o bolsa família, porém, devido à falta de frequência escolar por partes dos irmão e da própria adolescente foi cortado o benefício.

“Eu gosto muito dele, vamos ficar junto, minha mãe ficou triste queria que eu estudasse”, eu reprovei na escola.” ((G) 13 anos).

Foi realizado encaminhamento para o CRAS e Conselho Tutelar, e acompanhamento através de visitas domiciliares em conjunto com a Unidade de Saúde. Diante desta situação precisou realizar um trabalho com a família toda, principalmente com sua mãe para que a mesma compreenda a importância destas crianças na escola, também foi feita a articulação com escola, para que juntos possamos diminuir a evasão escolar.

Atendimento realizado dia 17 de outubro de 2017, gestante adolescente (H) de 16 anos, residente no município há dois meses, antes morava em São José dos Pinhais. Planejou a gestação junto com seu namorado, que tem vinte e dois anos, com renda de 1.000,00 trabalha como vendedor, pagam aluguel no valor de 450,00 reais, estão junto a oito meses, recebe apoio da família.

“Queríamos muito ter um bebê, ficamos felizes com a notícia, a minha família está me apoiando, a minha mãe vai vir para Guaratuba para me ajudar depois do parto, estamos bem ansiosos para ver a carinha do bebê, já compramos tudo para o bebê, nossa bem bacana este trabalho de vocês, gostei muito de ter conversado e falado um pouco da minha vida, estou me sentindo importante”, quando nascer vou trazer para vocês conhecerem o meu bebê.” ((H) 16 anos).

Durante o atendimento a percepção foi que eles estavam recebendo um suporte positivo da família, foi então realizada as orientações sobre o direito de um acompanhante antes durante e após o parto, pois relatou o medo de que não pudesse ficar ninguém acompanhando, durante as orientações foi deixado claro que ela poderia escolher qualquer pessoa de sua confiança, sendo homem ou mulher.

Atendimento realizado dia dezenove de dezembro de 2017, adolescente (I) grávida de aproximadamente 29 semanas, 16 anos primeira gestação, está estudando no 9º ano, escondeu a gravidez da mãe, o namorado foi embora para Santa Catarina, a mãe não sabia que ela estava namorando, no momento do atendimento a

mãe relatou que a filha mentia que ia para a escola e ia para a outra cidade encontrar com o rapaz, que é traficante de drogas, e pediu que não fosse incomodado com a gravidez da adolescente, a adolescente não conheceu o pai biológico, que foi embora quando ela nasceu.

“Eu não sabia que eu podia engravidar, não quero que ele assuma meu bebê”.  
(I) 16 anos).

Em contato com a escola, a mesma relatou que a adolescente estava faltando as aulas há duas semanas, foi questionado o do porquê a escola não avisou a mãe da adolescente, mas não foi dada uma resposta concreta sobre a situação. Na visita domiciliar após o nascimento do bebê, a adolescente relatou que casou com o compadre do padrasto que tem aproximadamente 43 anos, ao ser questionada da possibilidade de ter sido coagida por alguém, a mesma relatou que não, que gostava dele.

“A minha mãe falou que ele é um homem bom, pelo menos não vou criar meu filho sozinha que estava feliz com ele. (I) 16 anos).

Atendimento no dia 23 de junho de 2017, adolescente (J) 15 anos, aproximadamente 19 semanas de gestação, moradora na área rural, parou na 7ª série, mora com seu companheiro de 25 anos. Está morando com ele desde os seus 12 anos, a mãe morreu de câncer quando ela tinha 02 anos, quando foi morar com a sua tia até os 09 anos, depois foi morar com o pai, até conhecer o seu namorado, que tinha uma filha de 01 ano, da qual ela ficou responsável pelos cuidados.

Diante desta situação, a atuação profissional foi a de tentar uma maior aproximação com a adolescente e o seu pai, ainda que na área rural é relativamente “comum” as meninas na idade de brincar tornaram-se esposas e mãe, percebe-se um comportamento cultural da região. Segundo ela, a situação não lhe causa sofrimento, porque com a sua tia foi assim e com ela não seria diferente (sic), não foi possível uma aproximação com o parceiro, pois sempre estava viajando. A tia se propôs a estar mais próxima para que receba maior apoio familiar.

Podemos então perceber que o trabalho do assistente social requer um maior planejamento das ações, as demandas são postas ao profissional, nas mais variadas formas, este trabalho nunca vai se dar sozinho, para que o trabalho se concretize, é

necessária uma rede bem articulada, para que os encaminhados não se percam no caminho, ficando só no imediato da questão.

Os assistentes sociais não aceitam o conformismo e derrota, o que contradiz a cultura da indiferença, do medo e da vontade que conduz à naturalização das desigualdades sociais, como a dos preconceitos, raça e etnia. Iamamoto (2009, p 166) refere que diante de tudo, a profissão conseguiu manter viva a capacidade de se indignar, ao desrespeito aos direitos humanos e sociais de homens e mulheres, crianças, jovens e idosos das classes subalternizadas com as quais os profissionais assistentes sociais trabalham no seu cotidiano.

Sendo assim, o profissional assistente social tem como respaldo o seu código de ética para a atuação, neste trabalho realizado e questões expostas durante o atendimento, foi percebido que o profissional tem como subsidio a Constituição Federal 1988, que no seu artigo 205 fala “ que todos tem direitos a educação, e tem como dever do Estado e da família, que será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, para que o desenvolvimento da pessoa seja pleno, e com isso o preparo para a plena cidadania e a qualificação para o trabalho.

Tem como ferramenta de trabalho a visita domiciliar como instrumental técnico operativo, que mostra a realidade por muitas vezes mais ampla, sendo observado as condições sociais, que por muitas vezes não ficam evidentes no primeiro atendimento, é a partir deste momento que pode-se de alguma forma dar respostas as demandas postas a profissão, para a realização de um trabalho mais eficiente e que traga respostas aos usuários.

A categoria profissional desenvolve uma ação de cunho socioeducativo na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-lo, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidade na cena pública e possam, de fato, serem reconhecidos (IAMAMOTO, 2006, P. 167).

Ainda, a autora nos fala que a profissão assumiu o compromisso com os direitos e que tenham como perspectiva a defesa da qualidade dos serviços prestados, mesmo se contrapondo com a herança conservadora da profissão.

Importante investimento acadêmico profissionais foram realizados no sentido de se construir uma nova forma de pensar e fazer Serviço Social, orientadas por uma perspectiva teórica-metodológica apoiada na teoria social crítica e

em princípios éticos de um humanismo radicalmente histórico, norteadores do projeto de profissão no Brasil (IAMAMOTO, 2006, P. 167).

Ainda podemos considerar o serviço social na contemporaneidade, o seu processo histórico para um fazer profissional diferente do conservador, mesmo diante de uma política com característica neoliberal, o que torna o fazer profissional com estratégias para o enfrentamento das questões sociais, tendo como base o trabalho profissional o seu referencial teórico metodológico, ético político, o seu projeto profissional, e tem como criar mecanismo ao enfrentamento da questão social, o que se torna um desafio para a formação e para a realização do trabalho profissional.

Iamamoto (2006, P. 167) explicita de que é preciso romper com a visão endógenas da profissão, que pode torna-la prisioneiras em seus muros internos.

A profissão é tanto um dado histórico, indissociável das particularidades assumidas pela formação e desenvolvimento da sociedade brasileira quanto resultante dos sujeitos sociais que constroem sua trajetória e redirecionam seus rumos (IAMAMOTO, 2006, P. 171).

Pode-se considerar a história da profissão condicionada às relações sociais entre o Estado e a sociedade, sendo criado pelas condições macrossociais, que por muitas vezes estabelecem limites e possibilidades a forma do exercício profissional que está inscrito na divisão social e técnica do trabalho, que se sustentam nas relações de propriedade.

## CATEGORIA DE ANÁLISE Nº 2: DESAFIOS COLOCADOS À INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O profissional assistente social se depara à desafios a todo momento em seu exercício profissional, no cotidiano diante das demandas que atende, dentro de um sistema capitalista e que excluiu, sendo o Estado mínimo para os usuários, em uma política pública que vem se reduzindo aos poucos, colocando o sujeito como culpado por sua condição social, portanto, durante a problematização desta que trata categoria sobre os desafios postos ao profissional, são descritos alguns relatos durante os atendimentos no pré-natal das adolescentes grávidas, as descrições foram organizadas por data do dia de atendimento, idade e identificação por ordem alfabética .

Na data do dia seis de agosto, o atendimento foi referente a adolescente (K) de 16 anos, primeira gestação, de aproximadamente 21 semanas, mora com a mãe, dois irmãos e dois sobrinhos, casa própria, contendo três peças, porém está em uma ocupação, renda mensal no valor de 1.800,00 reais, somando a renda da mãe e de sua irmã. Iniciou a sua vida sexual aos 14 anos, durante este período teve três parceiros, estava namorando fazia 04 meses e terminou o relacionamento ao saber que estava grávida, faz uso de cigarro e maconha desde os 12 anos, não pretende parar de usar, não quer realizar o pré-natal.

“Acho uma bobeira isso, é só ter o bebê e pronto, com minha mãe foi assim, maconha não faz mal, tenho uma amiga que fumou a gravidez e não aconteceu nada, o filho dela é bem forte.” (K).

No dia seis de agosto, atendimento a adolescente (L) de 13 anos, no momento não sabia a idade gestacional, sem exames, sem pré-natal, mora na casa alugada de madeira com cinco peças, e na casa mora a mãe, companheiro e o padrasto, a renda familiar provém da mãe que é diarista e do padrasto que trabalha como cuidador de carros na praça, com renda mensal aproximadamente de mil reais. Está morando no município há uma mês, não está estudando, e não pretende voltar, foi morar junto com o namorado pela primeira vez quando tinha 11 anos, com quem viveu dois anos, ele tinha dezoito anos na época, depois foi viver com um outro que tinha vinte e três anos, que ficou por sete meses, e depois foi morar com um adolescente que tinha dezesseis anos, ficou com ele dois meses, e atualmente está morando com um de dezessete anos faz um mês, não sabe quem é o pai do bebê, portanto aonde ela mora é dentro de um bairro que é comandado pelo tráfico de drogas e difícil acesso.

Feitos encaminhamentos para o Conselho Tutelar e unidade de saúde, portanto com respostas ao trabalho para todo os profissionais envolvidos complicados, por envolver tantas questão social dentro de um mesmo contexto.

No dia treze de agosto atendimento realizado adolescente (M) 17 anos, segunda gestação, a primeira gestação ocorreu aos treze anos, atualmente com 14 semanas aproximadamente de gestação, mora com os pais, filho e três irmãos, reside em uma casa de madeira, com quatro peças, renda da família provem do pai que trabalha como pedreiro renda mensal no valor um salário e meio, o pai do primeiro filho está em regime fechado em sistema prisional em outra cidade com 26 anos, foi detido por fazer uso do tráfico como fonte de renda, tanto ele como a adolescente faz

uso de maconha diariamente em torno de três vezes ao dia, faz uso de maconha desde os onze anos, está esperando na fila para colocar o seu filho na creche.

No dia 16 de setembro adolescente atendida (N) de 17 anos, primeira gestação, idade gestacional aproximadamente de sete semanas, parou na sétima série, mora com companheiro de vinte um anos, casa alugada no valor de quinhentos e cinquenta reais mensal, trabalha em um determinado supermercado e ganha mil e cem reais por mês, e seu companheiro como auxiliar de serralheiro e tem como renda 880,00 reais mensal, está com seu companheiro há 7 meses, saiu de casa porque tinha um relacionamento difícil com a mãe, quando tinha 12 anos foi abusada sexualmente pelo padrasto, o padrasto foi denunciado e posto a julgamento, porém foi assassinado antes do julgamento, atualmente a mãe veio morar no município e agora estão se relacionando melhor.

Segundo Caldeira et. al. (2006) a maternidade na adolescência não se restringe a um grupo social, segundo alguns estudos, porém, nas classes desfavorecidas que sua frequência é alta e bem significativa, se considerarmos a gravidez como sendo um fenômeno social, pode-se dizer que a adolescente traz consigo as “marcas” dos grupos que são particulares. Se faz importante a observação e o lugar onde mora, para que possamos ter uma melhor compreensão como a gravidez e a maternidade são compreendidas pelas adolescentes.

O serviço social encontra-se de frente com grandes contradições da vida social destas adolescentes, procurar uma melhor articulação para tal, se torna desafiador ao profissional, envolve grandes dilemas, tais como, a educação, a violência doméstica, a falta do afeto paterno, o diálogo entre familiares, pobreza, ocupação referente a moradia o que por muitas vezes de forma precária, e sem saneamento básico, falta de trabalho, baixos salários, falta de creche para as crianças, entre outras evidências da questão social.

Reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação

de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos (CFESS, 2009, p. 17).

O profissional assistente social se depara com um processo neoliberal que contradiz os direitos garantidos na Constituição, este projeto de política que restringem meios financeiros, meios humanos e meios materiais, com redução de despesas, e é claro redução com gastos sociais, as políticas de caráter com acesso universal é substituída por programas que selecionam as pessoas, através de cadastro que comprovem a pobreza, o constrangimento burocrático e moral pelo qual o usuário passa.

Os assistentes sociais, por meio da prestação de serviços sócio assistenciais nas organizações públicas privadas, interferem nas relações sociais cotidianas no atendimento às mais variadas expressões da “questão social” vividas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia e pela terra, na saúde, na assistência social pública. (IAMAMOTO, 2009, P. 176).

O indivíduo, dentro deste processo da desigualdade que está evidenciado na questão social, também cria resistência e expressa o seu inconformismo com tal desigualdade. Sendo assim, é nesta tensão entre a desigualdade e a rebeldia e da resistência, que os profissionais assistentes sociais trabalham, desafiado a todo momento diante das demandas.

Por isso, decifrar as novas mediações através das quais se expressam a “questão social” na cena contemporânea é de fundamental importância para o Serviço Social em uma dupla perspectiva:

Para que se possa apreender as várias expressões que as desigualdades sociais assumem na atualidade e os processos de sua produção e reprodução ampliada; e para projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida. Formas de resistência já presentes, por vezes de forma parcialmente ocultas, no cotidiano dos seguimentos majoritários da população que dependem do trabalho para a sua sobrevivência. Assim apreender a “questão social” é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de reinvenção da vida, construídas no cotidiano. (IAMAMOTO, 2009, P. 177).

Sendo a expressão da questão social que demonstra a desigualdade econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por relação de gênero, características étnicas raciais e formação regionais, vale ressaltar que segundo

Iamamoto (2009) é em uma luta aberta e silenciosa pela cidadania que a vida do sujeito é atingida pela “questão social”, na luta pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos.

Atualmente a “questão social” passa a ser objeto de um violento processo de criminalização que atinge as classes subalternas (Ianni, 1992; Guimaraes, 1979). Recicla-se a noção de “classes perigosas”, não mais laboriosas, sujeitas à repressão e extinção. A tendência de naturalizar a “questão social” é acompanhada da transformação de suas manifestações em objeto de programas assistenciais focalizados de “combate à pobreza” ou em expressão da violência dos pobres, cuja resposta é a segurança e a repressão oficiais. (IAMAMOTO, 2009, P. 172).

Nos remetemos ao passado quando a pobreza era concebida como caso de polícia, e não como forma de uma ação sistemática de Estado que deveria intervir nas necessidades básicas da classe operária e entre outros seguimentos dos trabalhadores, ainda que na atualidade as propostas se mostrem imediatista para o enfrentamento a “questão social”, no entanto no Brasil as atualizações e as articulações são de forma assistencial, focalizada e repressiva, com o Estado apoiando de forma coercitiva, prejudicando a construção do consenso necessário ao regime democrático de direito, o que gera uma inquietação.

O trabalho do serviço social vive em constante contradição com o fazer profissional e as demandas postas, dentro de um processo de políticas com retrocessos, garantindo o mínimo aos usuários, as políticas sociais selecionam as pessoas para que comprovem pobreza, e com essa seleção provoca o constrangimento social, o desafio ao profissional se torna grande, pois se no código de ética profissional que foi regulamentado por Lei em 1993, que estabelece atribuições e competência IAMAMOTO 2009, cita CRESS 7º Região ( 2000, P. 184, 185) sendo elas:

O reconhecimento da liberdade como valor ético central, que requer o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais e de seus direitos, a defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de arbítrio e autoritarismo; a defesa, aprofundamento e consolidação da cidadania e da democracia, da socialização da participação política e da riqueza produzida; o posicionamento a favor da equidade e da justiça social, que implica a universalidade no acesso a bens e serviços e a gestão democrática; o empenho de todas as formas de preconceitos, e a garantia do pluralismo; o compromisso com a qualidade dos serviços prestados na articulação com outros profissionais e trabalhadores.



Iamamoto (2009, P. 189) fala sobre um Governo com ações públicas em sua abrangência universal, tratando as necessidades sociais em benefício a de sua privatização, tendo como critério a forma de seleção no atendimento aos direitos sociais, com esse meio de atendimento ele condiciona as necessidades da esfera pública para a esfera privada, em detrimento das lutas e das conquistas sociais, o que historicamente foi construído como direitos e conquistados nos últimos séculos, está sendo desmontado pelo sistema neoliberal, com regressão expressiva da cidadania social, o que acaba transferindo para vários segmentos da sociedade civil, portanto prejudicando diretamente os espaço ocupacional de várias categorias profissional e entretanto as quais os assistentes sociais fazem parte.

## **4 CONCLUSÃO**

Este trabalho abordou um tema de suma importância para a atualidade, a gravidez na adolescência e as consequências para a vida dessas meninas.

A trajetória deste trabalho percorreu a história, o que proporcionou descobertas e aprendizados, não podemos deixar de falar que se tornou uma aventura entender todo este processo de contradições que as políticas de saúde vêm sendo construída, mesmo que este trabalho traga ainda elementos histórico sucinto diante de todo o processo da história.

Ao longo deste trabalho procuramos analisar os relatos das adolescentes para compreender as possibilidades e desafios posto a profissão do serviço social em meio a tanta desigualdade social, produzida pelo capitalismo, e como dar continuidade ao trabalho dentro deste contexto.

Percebemos que ao longo da trajetória a luta dos profissionais da área da saúde vem sendo cada vez mais sufocada pela política neoliberal, com políticas sociais voltadas para o grande capital, e com consequência os usuários do sistema único de saúde tendo seus direitos deixados de lado.

Com a atual conjuntura das políticas sociais, essas adolescentes sofrem com a falta de estruturas, alimentação, saúde, moradia, educação, lazer, saneamento básico, empregos, e para toda a sua família, entre tantas outras expressões da questão social que surge durante os atendimentos.

Pode-se compreender a importância do profissional assistente social, para que as efetivações dos direitos sejam respeitadas e para toda a classe trabalhadora, para que consiga realizar o seu trabalho diante dos desafios postos à profissão observou-se que este utiliza de várias ferramentas e articulações com outros profissionais da área da saúde ou da assistência como Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, CAPS, e a educação, para que consiga a efetivação destes direitos.

Portanto o desafio atribuído ao profissional inserido da saúde ainda é a expressão da questão social, um aprofundamento maior, o desafio da contemporaneidade não é somente intervir nas garantias de direitos, mas uma luta constante para que os direitos já adquiridos não sofram retrocessos.

Na atualidade podemos ver a forma do retrocesso do Sistema Único de Saúde, com a sua reformulação e os congelamentos, o Estado Mínimo e a forma como o Estado transfere a responsabilidade aos usuários do sistema, com uma política privatista, ainda que podemos compreender a reforma sanitária através de lutas.

O que foi proposto no trabalho é a compreensão das possibilidades e desafios da profissão que são os mais diversos possíveis, até porque a “questão social” não vem sendo reduzida, pois a mesma é produzida pela forma excludente do capital.

Diante deste trabalho, concluímos que não podemos nos enganar, pois a luta é diária, precisamos estar sempre alertas e realizar um enfrentamento crítico aos golpes que o capitalismo impõe a classe trabalhadora, a empurrando para a linha da pobreza. Vale ressaltar que a nossa profissão está na luta para a garantia a população direitos sociais, emancipação das pessoas, reconhecimento como sujeito de sua própria história. Lutamos por um modo de vida mais justa e igualitária, e é através destas lutas que podemos conquistar a emancipação humana.

## REFERÊNCIAS

- ALONSO; M; O; C. et al. **Serviço Social e Saneamento**. Tese de Doutorado: PUC. Rio de Janeiro, p. 33. 2016.  
<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/27913/27913.PDF>
- BRAVO, M. I. S.; **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 4ªed. 2011.
- BRAVO, M.I. S.; MOTA, A. E. [et al.], (orgs); **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 4ªed. 2009.
- BRASIL, **Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa: a construção do SUS**. Brasília: MS. 2006
- BRAVO, M. I. S. [et al], organizadoras: **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2ªed. 2006.
- BRAVO, M. I. S.; **Política de saúde no Brasil** file:///C:/Users/Cliente/Downloads/politica-de-saude-nobrasil-por-maria-ines-souza-bravo- Acessado em 11/10/18 as 20:44 hm
- BRAVO, I. S.; **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio- históricos**: São Paulo: Cortez, 1ªed.2013-biografia ISBN 978-85-249-2118-6
- BAPTISTA, M, V.; **Planejamento Social: intencionalidade e instrumento**. São Paulo: Veras, 2ªed. 2007.
- CAMPOS, G. W. S.; **Serviço Social & sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXVII-n. 87. 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetro para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Serie Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº2, Brasília: CEFSS, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL: **Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde**; Brasília, 2010  
[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)  
 f. Acesso 01/11/2018 as 16:00 hm
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL: **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**: março 2009  
[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para Atuacao de Assistentes Sociais na Saude ver\\_sao\\_preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_ver_sao_preliminar.pdf)  
 Acesso 25/10/2018 as 19: 40 hm
- CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88 Livro EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)  
 Acesso 25/10/2018 as 21:30 hm
- FRANZESE, C.; **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, n.212. 2011.
- GIL, A. C.; **COMO ELABORAR PROJETO DE PESQUISA**: São Paulo, Atlas, 4ªed 2002  
[https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod\\_resource/content/1/como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf)  
 Acesso 25/10/2018 as 22: 00 hm
- IAMAMOTO, M. V.; **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social: São Paulo: Cortez, 8ª ed. 2014.
- Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 130, p. 564-582, set./dez.  
<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/01016628-sssoc-130-0564.pdf>

MINISTERIO DA SAUDE: **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Brasília: 2017[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf): Acesso em 03/11/2018

NETO, J. N.; BRAZ, M.; **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 8<sup>o</sup>ed. 2012.

SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE-5<sup>o</sup>Reimpressão-1984-revista quadrimestral de serviço social ano I – nº 1- setembro de 1979

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do serviço social**: São Paulo: Cortez,10<sup>o</sup> ed.2014.

Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 130, p. 564-582, set./dez.

<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/01016628-sssoc-130-0564.pdf>

CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO

BRASIL[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)

Acesso 25/10/2018 as 21:30 hm

MINISTERIO DA SAUDE: **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção e Recuperação da Saúde**.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf) Acesso em 02/11/2011 as 15:00 hm

MINISTERIO DA SAUDE: **Portaria nº 1082 de 23 de maio de 2014**

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA\\_N\\_1082\\_de\\_23\\_05\\_14\\_PNAISARI.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_1082_de_23_05_14_PNAISARI.pdf) Acesso em 05/11/18

MINISTERIO DA SAUDE: **Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011**

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)

Acesso em 05/11/18

POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: Brasília, 2013

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf) Acesso em 05/11/2018