



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR
SETOR LITORAL

AMANDA TAINÁ DOS SANTOS

GESTÃO DE RISCO: FATORES DE INFLUÊNCIA E DESAFIOS PARA O
TRABALHO PROFISSIONAL NO MUNICÍPIO DE GUARATUBA-PR

MATINHOS –PR
2025

AMANDA TAINÁ DOS SANTOS

**GESTÃO DE RISCO: FATORES DE INFLUÊNCIA E DESAFIOS PARA O
TRABALHO PROFISSIONAL NO MUNICÍPIO DE GUARATUBA-PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Serviço Social da Universidade Federal do
Paraná (UFPR- Setor Litoral), com requisito à
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): Prof(a). Ane Barabara Voidelo
Mariussi.

MATINHOS – PR
2025

AMANDA TAINÁ DOS SANTOS

**GESTÃO DE RISCO: FATORES DE INFLUÊNCIA E DESAFIOS PARA O
TRABALHO PROFISSIONAL NO MUNICÍPIO DE GUARATUBA-PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Serviço Social da Universidade Federal do
Paraná (UFPR), com requisito à obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Data de aprovação: xxxxxxxx, PR, ____ de _____ de 2025

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Titulação abreviada. Nome completo
Orientador (a)

Prof(a). Titulação abreviada. Nome completo
Examinador (a)

Prof(a). Titulação abreviada. Nome completo
Examinador (a)

Dedico esse trabalho primeiramente a minha mãe Silvana e a minha avó Maria, que durante toda minha vida foram minha fortaleza. Ao meu marido Jansen, que me deu o incentivo e o respaldo para finalizar essa monografia. E por fim, ao meu filho amado Dom, que é a luz em minha vida.

RESUMO

Este estudo originou-se da observação durante o estágio realizado pela pesquisadora na Secretaria de Saúde, por meio do trabalho da Assistente Social no Ambulatório de Gestação de Risco em Guaratuba-PR. A experiência permitiu identificar os fatores de risco que afetam as gestantes atendidas com predominância de mulheres entre 25 e 34 anos, seguidas por adolescentes (até 18 anos) e gestantes com idade avançada (a partir de 35 anos) e analisar como a atuação profissional pode transformar essa realidade, alinhada ao compromisso ético-político e às atribuições da profissão. O objetivo central foi compreender os fatores que influenciam a gestação de risco nessas faixas etárias, bem como avaliar o impacto do trabalho profissional no atendimento a essa demanda. A pesquisa adotou uma abordagem quantitativa, realizando análise dos dados coletados para compreender as questões envolvidas. A metodologia incluiu, relatos de experiência e a coleta de dados da Secretaria de Saúde de Guaratuba, referentes ao perfil das gestantes atendidas (2022-2024), preservando o anonimato. Dados secundários de artigos, monografias e livros (SciELO, Periódicos Capes, PubMed) complementaram a revisão bibliográfica e a análise crítica. Os resultados evidenciaram disparidades socioeconômicas, comorbidades clínicas e lacunas no acesso a serviços, servindo como base para futuros estudos na área do Serviço Social e da saúde.

Palavras-chave: Acolhimento; Assistente social; Gestação de risco; Adolescência; Vulnerabilidade social.

ABSTRACT

This study emerged from observations during an internship at the Health Department, focusing on the work of Social Workers in the High-Risk Pregnancy Clinic in Guaratuba-PR. The experience enabled the identification of risk factors affecting pregnant women with a predominance of women between 25 and 34 years old, followed by adolescents (up to 18 years old) and older pregnant women (aged 35 and above) an analysis of how professional intervention can transform this reality, in line with ethical-political commitments and professional responsibilities. The main objective was to understand the factors influencing high-risk pregnancies in these age groups, as well as to assess the impact of professional work in addressing this demand. The research adopted a quantitative approach, conducting an analysis of the collected data to understand the issues involved. The methodology included experiential accounts and analysis of documentary data from the Guaratuba Health Department, focusing on the profile of pregnant women (2022-2024), while ensuring anonymity. Secondary data from articles, monographs, and books (SciELO, Capes Journals, PubMed) were also used. After data collection, a literature review on high-risk pregnancy was conducted, followed by critical analysis. The findings highlight socioeconomic disparities, clinical comorbidities, and gaps in healthcare access, providing a reference for future studies in Social Work and health-related fields.

Keywords: Reception; Social worker; High-risk pregnancy; Adolescence; Social vulnerability.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1 POLÍTICA DE SAÚDE	11
1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL	11
1.1.1 POLÍTICAS, ARTICULAÇÃO SOCIAL E MARCOS HISTÓRICOS DO SUS	13
1.2 DIREITO DA MULHER NA SAÚDE	18
1.3 QUESTÃO SOCIAL (PROBLEMA DA SAÚDE E GESTAÇÃO DE RISCO).....	22
1.4 RESOLUÇÕES E ORIENTAÇÕES DO ESTADO E FATORES DE RISCO	25
2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	28
2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO SETOR DA SAÚDE.....	29
2.2 TRABALHO PROFISSIONAL NA GESTAÇÃO DE RISCO E HUMANIZAÇÃO SUS.....	34
3 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA	38
3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO INSTITUCIONAL	43
3.3 AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO E TRABALHO PROFISSIONAL COM AS GESTANTES.....	47
3.4 TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	47
3.5 PERFIL DAS GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RISCO ATENDIDAS PELO SERVIÇO SOCIAL EM GUARATUBA/PR.....	51
3.6 OS DESAFIOS DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO A GESTANTES DO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE GUARATUBA – PARANÁ - ANÁLISE DO ESTÁGIO.....	58
3.7 ANÁLISE CRÍTICA: LIMITAÇÕES, AVANÇOS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE RISCO	62
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	67

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema a atuação do assistente social no Ambulatório de Gestação de Risco no município de Guaratuba (PR), onde se atende gestantes em risco intermediário e alto. Criado em 2015, o serviço conta com equipe multiprofissional, incluindo serviço social, psicologia, nutrição, enfermagem e obstetrícia. Sua proposta é garantir cuidado humanizado e integral, conforme as diretrizes do SUS e políticas públicas como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

A gestação de risco é caracterizada pela presença de condições que podem comprometer a saúde da mãe, do feto ou de ambos, exigindo cuidados adicionais. Essas condições podem ser de natureza clínica, obstétrica ou social. Do ponto de vista social, fatores como baixa renda, moradia precária, ausência de suporte familiar, violência doméstica e dificuldade de acesso aos serviços de saúde contribuem significativamente para o agravamento do quadro gestacional. Nesse sentido, a gravidez de risco transcende o campo biomédico, exigindo uma abordagem interdisciplinar e intersetorial.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços voltados à atenção à mulher gestante devem considerar os determinantes sociais da saúde, como forma de promover o cuidado integral. As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e da Rede Cegonha reforçam a importância do acompanhamento humanizado desde o pré-natal até o puerpério, com ênfase na prevenção de agravos e na promoção da autonomia da mulher. O ambulatório de gestação de risco, nesse sentido, se insere como um espaço estratégico para a articulação dessas políticas e ações.

A atuação do assistente social nesse ambiente é essencial para a construção de vínculos com as usuárias e para o desenvolvimento de estratégias que minimizem os impactos das vulnerabilidades sociais. O trabalho não se restringe à escuta ou encaminhamento, mas envolve análise crítica da realidade, articulação com outras políticas públicas (como assistência social, habitação, educação e justiça), mobilização de recursos comunitários e fortalecimento da rede de proteção social. Dessa forma, o profissional contribui ativamente para que as gestantes possam exercer seus direitos de forma plena e segura.

A realidade observada no município de Guaratuba revela que, mesmo com a existência de políticas públicas estruturadas, ainda há lacunas no atendimento e barreiras que dificultam o acesso das gestantes em risco a serviços básicos e especializados. Além disso, questões culturais, estigmas e desinformação muitas vezes dificultam o vínculo com os serviços de

saúde. O trabalho do assistente social, portanto, também se volta à educação em direitos, ao combate à desinformação e à valorização das experiências e saberes das mulheres atendidas.

A reflexão sobre a atuação profissional nesse espaço permite compreender a importância da presença do serviço social na saúde pública como parte fundamental da equipe multiprofissional. A análise da prática cotidiana evidencia a necessidade de políticas públicas mais efetivas, integradas e sensíveis às questões de gênero, raça e classe social. O trabalho com gestantes em situação de risco exige, portanto, não apenas competência técnica, mas também compromisso ético, sensibilidade social e capacidade de intervenção crítica.

O serviço social, inserido nesse contexto, realiza escuta qualificada e busca compreender os fatores que envolvem a gestação de risco, como pobreza, baixa escolaridade, violência, ausência de rede de apoio, racismo estrutural e desigualdade de gênero. A intervenção do assistente social baseia-se no Projeto Ético-Político da profissão, que defende os direitos humanos, a equidade e a cidadania.

A escolha deste tema surgiu da experiência prática vivenciada no estágio supervisionado obrigatório, realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Guaratuba. A observação direta e a participação no cotidiano do ambulatório permitiram refletir sobre os desafios enfrentados pelas gestantes em situação de risco e o papel do profissional de serviço social nesse contexto.

O objetivo geral da pesquisa é analisar os fatores sociais que contribuem para a gestação de risco e compreender o impacto da atuação do assistente social na promoção da saúde das gestantes. Como objetivos específicos, busca-se: Identificar os principais fatores sociais que incidem sobre as gestantes atendidas no ambulatório; compreender o papel do assistente social na equipe multiprofissional de saúde; refletir sobre os desafios enfrentados na prática profissional diante da complexidade dos casos; apontar estratégias de fortalecimento da rede de apoio e enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

A metodologia utilizada é quantitativa com base em revisão bibliográfica, análise documental e relatos de experiência do estágio. Também serão utilizados dados secundários sobre o perfil das gestantes atendidas entre 2022 a 2024, respeitando o anonimato das usuárias.

A pesquisa será dividida em quatro capítulos, o primeiro Capítulo irá abordar sobre a Política de Saúde e Gestação de Risco no Brasil, seu contexto histórico, avanços, definições e diretrizes. Logo em seguida no segundo capítulo será abordado sobre o trabalho profissional do Serviço Social, seu contexto histórico no Brasil, trabalho profissional no SUS e o trabalho profissional na Gestação de Risco, No terceiro capítulo, será apresentado o campo em que a pesquisa foi realizada, contendo a caracterização, da Secretaria de Saúde do Município de

Guaratuba-Paraná, do município de Guaratuba- Paraná, o perfil das Gestantes de Risco e caracterização do Trabalho e os desafios Profissional do Serviço Social nesse contexto, analisando o impacto dessa realidade. No último capítulo, para finalizar, as considerações finais, reforçando a análise da pesquisadora e respondendo à pergunta inicial da pesquisa: quais os fatores de influência e desafios da Gestação de Risco para o trabalho profissional do serviço Social no Município de Guaratuba - Paraná. Sendo este trabalho de conclusão de curso (TCC), requisito parcial para receber o grau de bacharelado em Serviço Social pela Universidade Federal do Paraná- Setor Litoral.

1 POLÍTICA DE SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo apresentar o panorama histórico e político da saúde pública no Brasil, com ênfase nas políticas voltadas à saúde da mulher e, especialmente, àquelas em situação de gestação de risco. Para isso, serão abordados os principais marcos legais, programas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à compreensão da construção do direito à saúde no país e sua relação com as expressões da questão social.

1.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

A história da saúde pública brasileira é marcada por transformações significativas influenciadas por contextos sociais, econômicos e políticos. A construção de um sistema universal, como o SUS, passou por fases de filantropia, previdência social e lutas democráticas. Entender esse processo é essencial para compreender a estrutura atual da política de saúde.

Para tratar sobre a Gestação de Risco e a Saúde Pública, faz-se necessário o estudo do histórico da saúde no Brasil, com avaliação dos aspectos mundiais e nacionais que levaram as modificações de sociedade e governo, para que fosse encontrado o atual cenário. Neste contexto, este primeiro capítulo apresenta um resumo cronológico dos acontecimentos que culminaram na Saúde no Brasil em dias atuais, passando por momentos de importante modificação ou pressão social e econômica.

Com isso, podemos iniciar esse processo com a Medicina Social na Alemanha, França e Inglaterra, em que a assistência de saúde foi assumida pelo Estado, com a conquista de direitos sociais das classes trabalhadores (Bravo, 2001).

No que tange ao Brasil, essa intervenção estatal ocorreu muito tempo depois, no Século XX, especificamente na década de 30. Sendo que no século XVIII essa assistência era de cunho filantrópico, passando por transformações econômicas e políticas, do século seguinte, que resultaram em algumas iniciativas de saúde pública, tais como “vigilância do exercício profissional” e a realização de “campanhas limitadas”, sendo, portanto, um aspecto de reivindicação operária, o que culminou, no século XX no surgimento as iniciativas de organizações de saúde (Bravo, 2001).

Logo, é possível compreender que a Assistência de Saúde emergiu de uma demanda social atrelada à economia capitalista exportadora cafeeira. Nesse mesmo contexto, pode-se destacar a “Reforma de Carlos Chagas”, em 1923, com a ampliação do atendimento de saúde

do poder central, bem como a implementação de questões de higiene e saúde do trabalhador, medidas primárias do sistema previdenciário brasileiro (Bravo, 2001).

A partir de 1930, surgiram políticas sociais nacionais como resposta às modificações econômicas, sendo que as questões de saúde foram organizadas em dois setores: a pública e a medicina previdenciária. Sendo a primeira predominante até a década de 60, com a criação de medidas sanitárias mínimas, com sobrepujar da saúde previdenciária a partir de 1966.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram segundo Braga e Paula, 1986:53-55: Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte- americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (Bravo, 2001, p. 04).

No período de 1945 a 1950 foi consolidada a Política Nacional de Saúde, como resultado de processo iniciado na década de 1930. O Serviço Especial de Saúde (SESP) foi criado durante a Segunda Guerra Mundial, em colaboração com os Estados Unidos e apoio da Fundação *Rockefeller*. O Plano Salte de 1948, que abordava saúde, alimentação, transporte e energia, priorizou a saúde como área central. Entretanto, apesar dos esforços do Estado, os problemas de saúde da população não foram plenamente resolvidos, especialmente devido à crescente urbanização e à complexificação das necessidades de saúde dos trabalhadores urbanos (Campos, Barros, Castro, 2004).

A industrialização acelerada nos anos 1950 promoveu a migração do centro econômico para as cidades, gerando uma força de trabalho que demandava um sistema de saúde voltado para a manutenção e restauração da capacidade produtiva, em vez de apenas saneamento básico. Nesse cenário, emergiu uma estrutura hospitalar privada com fins lucrativos, associada aos interesses capitalistas, que pressionava por financiamento estatal. Contudo, até 1964, a assistência médica previdenciária era ainda oferecida pelos próprios Institutos (Campos, Barros, Castro, 2004).

Aprofundando a estrutura da saúde previdenciária mencionada, é fundamental destacar sua evolução. O embrião desse modelo foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), instituídas a partir da Lei Eloy Chaves em 1923, que inicialmente atendiam aos trabalhadores de empresas específicas, como as ferroviárias. Na década de 1930, as CAPs foram gradualmente

substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ampliaram a cobertura ao organizar os trabalhadores por categorias profissionais (marítimos, comerciários, industriários, etc.). Esse modelo, no entanto, consolidou uma assistência à saúde de caráter contributivo e segmentado, beneficiando apenas os trabalhadores formais e seus dependentes, o que excluía grande parte da população que não possuía vínculo empregatício formal (Bravo, 2001).

Durante o período da ditadura militar no Brasil, a política de saúde adotou um modelo que privilegiou a iniciativa privada. O regime instaurou uma nova configuração política e econômica, caracterizada pela exclusão das camadas populares, pela desmobilização social e pela criação de uma tecnocracia dotada de ampla autonomia decisória.

Como demonstrado, o modelo de saúde brasileiro consolidou-se por meio de lutas sociais e avanços institucionais, culminando no SUS. No entanto, os reflexos históricos de desigualdade ainda persistem, demandando constante aprimoramento das políticas públicas e fortalecimento da rede de proteção, especialmente para públicos como as gestantes em risco.

1.2 POLÍTICAS, ARTICULAÇÃO SOCIAL E MARCOS HISTÓRICOS DO SUS

Este tópico destaca em percurso histórico as principais políticas públicas de saúde que estruturam o SUS e definem ações estratégicas voltadas ao cuidado integral à população. Serão abordadas políticas como a Rede Cegonha, a Rede Mãe Paranaense e os programas de humanização do parto.

No contexto do regime militar instaurado em 1964, o Estado passou a adotar uma postura repressiva e assistencialista, com o intuito de ampliar seu poder regulatório sobre a sociedade, atenuar as tensões sociais e assegurar a legitimidade do regime, ao mesmo tempo em que se configurava como um agente de acumulação de capital (Silva, Baptista, 2015).

A partir de 1966, o Estado intensificou o processo de centralização do poder regulatório, culminando com a unificação da Previdência Social e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que substituiu os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's). Esse movimento assumiu um caráter autoritário, com o aumento da intervenção estatal e a exclusão dos trabalhadores do controle sobre a Previdência Social. Contudo, essa crescente intervenção estatal também possibilitou a privatização da política pública, favorecendo interesses privados dentro da estrutura de políticas sociais, especialmente no setor da saúde (Silva, Baptista, 2015).

A partir da década de 1970, o Brasil experimentou um modelo de saúde voltado para a promoção da iniciativa privada. Esse modelo se caracterizou pela ampliação da cobertura previdenciária, com ênfase na prática médica curativa e especializada, em detrimento de medidas preventivas e educativas. A intervenção estatal propiciou a formação de um complexo médico-industrial, impulsionando grandes empresas monopolistas internacionais no setor de medicamentos e equipamentos médicos. (Silva, Baptista, 2015).

Entre 1974 e 1979, observou-se uma tentativa de abertura política gradual, com a inserção de novos atores sociais no processo decisório, visando atender às pressões populares e enfrentar as questões sociais acumuladas durante o regime autoritário (Silva, Baptista, 2015). Seguindo para a década de 1980, houve a construção do Projeto de Reforma Sanitária, com um cenário nacional de democratização da política superando o regime ditatorial de 64. O campo da Saúde, neste período teve interferência de novos sujeitos sociais, deixando de ser interesse de técnicos, assumindo uma dimensão política, associada à democracia (Bravo, 2001).

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas essa temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (Bravo, 2001, p. 08-09).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco importante nesse processo, reunindo representantes da sociedade civil, profissionais de saúde e gestores públicos. A Conferência teve como um dos principais objetivos a reformulação do sistema de saúde, com a proposta de democratizar o acesso à saúde e promover uma abordagem universal e equitativa. A participação ativa da população e das organizações sociais na 8ª Conferência foi um reflexo do momento político de mobilização popular, impulsionado pelo movimento da redemocratização e pela pressão por reformas estruturais no Brasil. A Conferência resultou na proposta de criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo seria garantir saúde para todos os cidadãos, como um direito fundamental (Buss, Carvalho, 2009).

A Constituição de 1988 representou uma mudança paradigmática na organização e nos direitos do sistema de saúde brasileiro. Conhecida como a "Constituição Cidadã", ela incorporou a saúde como um direito universal e estabeleceu que o Estado deveria ser o responsável por promover o acesso a serviços de saúde a toda a população, sem discriminação. O artigo 196 da Constituição consagrou o direito à saúde, afirmando que "a saúde é direito de

todos e dever do Estado", criando as bases legais para a implementação do SUS. Além disso, destacou a importância da participação popular na gestão do sistema, refletindo as demandas da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Buss, Carvalho, 2009).

Contudo, a efetivação desse marco legal enfrentou desafios estruturais. Autores como Lima (2010) e Paim (2013) argumentam que, apesar do avanço normativo, a implementação do SUS esbarrou em contradições históricas, como subfinanciamento crônico, pressão do setor privado e desigualdades regionais. A participação social, embora institucionalizada em conselhos e conferências, frequentemente esbarra em assimetrias de poder que limitam sua capacidade deliberativa (Souza *et al.*, 2018). Assim, o projeto universalista da Constituição convive com um sistema fragmentado, onde o acesso integral e equânime permanece uma meta não plenamente alcançada.

A Assembleia Constituinte de 1987-1988 desempenhou papel fundamental na definição do novo modelo de saúde no Brasil. Durante os debates constituintes, as questões de saúde foram amplamente discutidas, com destaque para a necessidade de se garantir acesso universal, integral e gratuito aos serviços de saúde. A pressão popular e as mobilizações sociais, como as que ocorreram nas Conferências de Saúde, influenciaram decisivamente as deliberações. Representantes de movimentos sociais, sindicatos e entidades da saúde exerceram forte influência no processo, promovendo a ideia de que a saúde deveria ser uma política pública estruturante, que transcendesse a lógica do mercado e da assistência social. O impacto da Assembleia Constituinte foi crucial para a concretização do SUS e para a definição da saúde como direito de cidadania, consolidando o conceito de saúde pública como uma responsabilidade do Estado (Buss, Carvalho, 2009).

A Constituição de 1988 também teve um papel crucial ao estabelecer a descentralização da gestão do sistema de saúde, permitindo maior autonomia para estados e municípios na administração dos recursos e serviços. Essa medida visava garantir que a saúde fosse universal e acessível em todas as regiões do Brasil, incluindo áreas remotas e socialmente vulneráveis. A criação do SUS, consolidada pela Constituição, representou um avanço nas políticas públicas, mas enfrentou desafios crônicos de implementação e financiamento (Buss, Carvalho, 2009).

A descentralização, embora tenha permitido uma maior adaptação das políticas de saúde às realidades locais, também gerou dificuldades na coordenação e na uniformização dos serviços. O legado da 8ª Conferência Nacional de Saúde, aliado às conquistas da Constituição de 1988, foi, portanto, a construção de um modelo de saúde no Brasil baseado na universalidade

e na integralidade do atendimento, embora os desafios na execução ainda persistam (Buss, Carvalho, 2009).

Nos anos 1990, o Estado brasileiro passou por um redirecionamento de seu papel, influenciado pelas políticas de ajuste neoliberal, consolidando um modelo de saúde mais voltado para o mercado. Entretanto, a partir dos anos 2000, especialmente durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), houve uma retomada de políticas públicas orientadas para a universalização do SUS. O governo Lula implementou políticas focadas na universalização do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a criação de programas como o Saúde da Família, que buscava levar atendimento médico e preventivo para as áreas mais carentes, com ênfase na atenção básica. Além disso, houve uma ampliação dos recursos destinados ao SUS, permitindo a construção de novos hospitais, a expansão de unidades de saúde e a ampliação da distribuição de medicamentos essenciais. O governo também priorizou a formulação de políticas voltadas para a saúde da população em situação de vulnerabilidade, com ênfase em grupos como a população negra, indígena e a terceira idade, buscando garantir a integralidade do cuidado à saúde (Buss, Carvalho, 2009).

O governo Lula também promoveu uma importante articulação com organizações internacionais e parcerias público-privadas para o fortalecimento da infraestrutura de saúde. Uma das conquistas mais notáveis foi a implementação de políticas de acesso a medicamentos, com a ampliação da produção nacional de remédios, além da negociação de medicamentos com preços reduzidos no âmbito do Programa Farmácia Popular. No campo da saúde mental, o governo avançou com a ampliação da rede de atenção psicossocial, por meio da criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos. Embora o período tenha sido marcado por uma série de avanços, também surgiram desafios relacionados ao financiamento do SUS e à gestão eficiente das políticas públicas de saúde, com persistência de desigualdades regionais e dificuldades na qualidade do atendimento em algumas áreas do país (Buss, Carvalho, 2009).

Após dois mandatos do governo Lula, o Brasil enfrentou uma crise econômica e política durante o governo de Dilma Rousseff (2011-2016), marcada pela desaceleração do crescimento, aumento da inflação e da dívida pública, além de uma forte oposição política. Essa crise culminou em uma profunda divisão no país, que abriu caminho para a ascensão de Michel Temer ao poder, por meio de um golpe jurídico-político que resultou na deposição do governo de Dilma Rousseff. Esse evento representou um grande retrocesso para a democracia e os direitos sociais no Brasil. O governo Temer (2016-2018) implementou um projeto neoliberal

que visava reduzir o papel do Estado na economia, reinstituindo o processo de desestatização. Um dos principais retrocessos desse período foi a aprovação da PEC 241/2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal, limitando os gastos públicos, incluindo os gastos com saúde, por 20 anos (Reis, 2016). Essa medida teve impactos significativos na capacidade do Estado de investir em políticas sociais e econômicas, aprofundando as desigualdades e os desafios enfrentados pelo país.

Com a ascensão da extrema direita ao poder, liderada por Jair Messias Bolsonaro (2017-2022), o Brasil aprofundou sua trajetória neoliberal. Bolsonaro, que já defendia a privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) antes de assumir o governo (Lacerda, 2022), implementou políticas que resultaram em um cenário de desfinanciamento da saúde pública, caracterizado pela queda nos valores gastos pelo governo federal. Essa situação foi agravada pela pandemia de COVID-19, que expôs as fragilidades do sistema de saúde brasileiro. A estratégia de enfrentamento da pandemia adotada por Bolsonaro foi marcada pela militarização do Ministério da Saúde e pela promoção de uma política negacionista, baseada em discursos falsos e comportamentos que subestimaram a gravidade da pandemia no Brasil e no mundo. Após os primeiros registros da doença no país, a estratégia de Bolsonaro mostrou-se desastrosa, com o Brasil registrando um dos maiores números de óbitos e contaminações em termos absolutos e proporcionais à população, com 153.675 mil óbitos e 722 óbitos por milhão de habitantes até 2020 (Calil, 2021).

A saúde brasileira tem uma trajetória marcada por avanços e retrocessos. Mesmo com o atual governo Lula, o país ainda enfrenta as consequências dessa trajetória e ainda vive em uma realidade influenciada pelo neoliberalismo, o que destaca a importância da sociedade permanecer vigilante e lutar contra qualquer discurso ou política que ameace os direitos conquistados.

As políticas públicas analisadas apontam para a importância da atenção humanizada e integral à mulher no ciclo gravídico-puerperal, refletindo conquistas do movimento feminista e da Reforma Sanitária na defesa dos direitos reprodutivos como direitos humanos (Diniz, 2012). Programas como a Rede Cegonha e a Rede Mãe Paranaenses representam avanços ao incorporar princípios como autonomia da mulher, vinculação ao serviço de saúde e integralidade do cuidado (Hotimsky *et al.*, 2018).

Contudo, persistem desafios estruturais: estudos apontam disparidades regionais na implementação dessas políticas, com precarização do trabalho em saúde e fragilidade na articulação entre níveis de atenção (Leal *et al.*, 2018). Além disso, a medicalização excessiva

do parto e violências obstétricas revelam a resistência de um modelo biomédico hegemônico, em tensão com os paradigmas da humanização (Aguilar & d'Oliveira, 2011).

1.3 DIREITO DA MULHER NA SAÚDE

Os direitos das mulheres no campo da saúde foram conquistados com base em lutas históricas e movimentos sociais, especialmente os feministas. Este subcapítulo discute os marcos legais que asseguram o atendimento integral e humanizado à saúde da mulher no Brasil.

As mulheres foram conquistando seus direitos aos poucos ao longo da história e muitos desses direitos foram conquistados muito recentemente através no início dos movimentos feministas que são até hoje fundamentais para todos os avanços conquistados e principalmente para a manutenção deles.

No que se refere ao âmbito da saúde, as melhorias e as conquistas garantiram direitos às mulheres, sendo que representam 50,77% da população brasileira e as que mais fazem a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2004, p. 8). Segundo o Ministério da Saúde (2004) a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Os programas materno-infantis mostravam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Esses programas priorizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal (Ministério da Saúde, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (Brasil, 1984).

"O PAISM incorporou princípios e diretrizes como a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços, além da integralidade e da equidade da atenção, em um período em que, paralelamente, o Movimento Sanitário desenvolvia o arcabouço conceitual que daria origem ao Sistema Único de Saúde (SUS)."

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 1984).

Segundo a cartilha da OAB Sobre os Direitos à Saúde da Mulher aponta que rede pública de saúde promove a assistência total às mulheres mediante o tratamento preventivo e curativo de doenças como o câncer de mama, de colo de útero e das doenças sexualmente transmissíveis, já relacionadas. O Sistema Único de Saúde (SUS) engloba os casos de abortamento seguro quando a mulher for vítima de estupro ou quando a gestação comprometer a vida e a integridade física da mãe.

Quadro 1: Aponta as principais leis que garantem o direito da mulher à saúde.

LEIS	DESCRIÇÕES
Lei nº. 11.664/08	Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema de Saúde – SUS.
Lei nº. 16.026/07	Dispõe sobre a obrigatoriedade de comunicação à Secretaria de Estado da Saúde de óbito de mulheres durante a gravidez, ou a ela relacionadas e dá outras providências.
Lei nº. 16.140/07	Estabelece que a Secretaria Estadual da Saúde promoverá, de modo sistemático e permanente, políticas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde da mulher, da criança e do adolescente, diretamente ou por intermédio de ajustes com entidades públicas ou privada.
Lei nº. 11.634/07	Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Lei nº. 11.340/06	Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do artigo 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana de Prevenir, Punir, Erradicar a Violência contra a Mulher, dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, altera o Código de Processo Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.
Lei nº. 11.108/05	Altera a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho

	de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde
Lei nº. 10.778/03	Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, no caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
Lei nº. 10.741/03	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências
Lei nº. 11.892/03	Estabelece a obrigatoriedade aos estabelecimentos de saúde mantidos pelo Estado de Goiás, na realização gratuita de exames preventivos de câncer em mulheres carentes.
Lei nº. 10.515/02	Que institui a Carteira Nacional de Saúde da Mulher com especial relevância à Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico e de Mama
Lei nº. 10.223/01	Altera a Lei nº. 9.656/98 para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados da assistência à saúde nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer
Lei nº. 9.263/96	Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
Lei nº14.443	Esta Lei altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.
Lei nº. 8.069/90	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
Lei nº. 6.259/75	Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.
Decreto nº. 5.099/04	Regulamenta a Lei nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência.
Lei nº 12.845	Estabelece atendimento obrigatório e integral as vítimas de violência sexual no SUS.
Portaria MS/GM nº. 936/04	Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Implantação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.

Fonte: Elaborado pela autora (2025) com base na Cartilha de direito à saúde da OAB.

Neste quadro estão todas as leis e decretos que garantem à mulher os seus direitos no que se refere à saúde. Isso ajuda a mulher a garantir um acesso à saúde de forma igualitária e de qualidade.

Além das garantias legais apontadas no Quadro 1, é necessário reconhecer que a existência de leis não assegura, por si só, a plena efetivação dos direitos das mulheres no campo da saúde. A lacuna entre a legislação e a prática revela-se nos desafios enfrentados por mulheres em situação de vulnerabilidade, como aquelas em áreas rurais, periferias urbanas, ou em condição de violência doméstica, que frequentemente encontram barreiras no acesso aos serviços, seja por falta de infraestrutura, ausência de profissionais capacitados, ou desconhecimento de seus próprios direitos. A aplicabilidade dessas leis requer, portanto, investimentos contínuos em políticas públicas integradas, sensíveis às especificidades de gênero e com foco na equidade.

Outro ponto crucial é a importância da formação permanente dos profissionais de saúde, que atuam como mediadores entre a política pública e a mulher usuária do sistema. A sensibilização para as questões de gênero, violência, saúde reprodutiva e direitos humanos deve ser parte estruturante da prática profissional. Leis como a nº 11.340/06 (Lei Maria da Penha) e a nº 10.778/03, que tratam diretamente da violência contra a mulher, exigem um olhar atento dos profissionais de saúde, não apenas na assistência clínica, mas também na escuta qualificada, no encaminhamento adequado e na produção de dados que alimentem o sistema de notificação e formulação de políticas. Nesse sentido, a rede de atenção à saúde da mulher precisa ser articulada com outros setores, como segurança pública, assistência social e justiça.

Ademais, a presença de normas específicas, como a Lei nº 11.108/05, que garante o direito ao acompanhante durante o parto, demonstra uma valorização crescente da autonomia da mulher e do respeito à sua dignidade nos momentos mais delicados do ciclo reprodutivo. Contudo, denúncias de violências obstétricas e desrespeito durante o parto ainda são recorrentes, evidenciando a persistência de práticas institucionais violadoras. Portanto, é imprescindível que as legislações sejam acompanhadas de mecanismos eficazes de fiscalização, de canais acessíveis para denúncia e de espaços de escuta e reparação às vítimas. Somente com um sistema que acolha, proteja e empodere a mulher será possível cumprir o que as leis propõem e transformar o direito formal em direito real.

Apesar dos avanços legais, a efetivação dos direitos da mulher na saúde ainda depende da articulação entre políticas públicas, serviços de qualidade e atuação crítica dos profissionais.

O reconhecimento dessas garantias é essencial para que o atendimento à mulher, especialmente em situação de risco, ocorra de forma equânime e digna.

1.3 QUESTÃO SOCIAL (PROBLEMA DA SAÚDE E GESTAÇÃO DE RISCO)

A discussão sobre a gestação de risco não pode ser dissociada da análise da questão social, uma vez que as desigualdades estruturais inerentes ao sistema capitalista impactam diretamente a saúde materno-infantil. Este subcapítulo busca explorar como as expressões da questão social como pobreza, violência, precarização do trabalho e exclusão, se manifestam no contexto das gestações de risco, ampliando vulnerabilidades e limitando o acesso a direitos básicos. Além disso, destaca-se o papel fundamental do Serviço Social na mediação entre as políticas públicas e as necessidades concretas dessas mulheres, reforçando a importância de uma atuação crítica e comprometida com a equidade.

A relação entre saúde e questão social revela como as desigualdades estruturais impactam diretamente a saúde da população. Este subcapítulo analisa como as expressões da questão social afetam gestantes em situação de risco e qual o papel do Serviço Social nesse contexto.

A questão social é um fenômeno estrutural das sociedades capitalistas, manifestando-se por meio de desigualdades e precarizações que afetam amplos setores da população. No Brasil, essa problemática é acentuada pelas desigualdades socioeconômicas, resultando em dificuldades de acesso a direitos fundamentais, como a saúde. Nesse contexto, o Serviço Social se insere como uma profissão que atua na defesa de direitos e na construção de políticas públicas que visam minimizar os impactos da questão social. A atuação do assistente social na saúde e na gestão de risco é fundamental para garantir o acesso equitativo aos serviços e promover uma resposta eficaz às vulnerabilidades da população.

A questão social refere-se às múltiplas expressões das desigualdades sociais geradas pelo sistema capitalista, incluindo o desemprego, a pobreza, a precarização do trabalho, a violência e o acesso desigual aos serviços públicos (IMAMOTO, 2008). No âmbito da saúde, essas desigualdades se refletem na dificuldade de acesso aos serviços, na qualidade do atendimento e na maior incidência de doenças em grupos vulneráveis.

No Brasil, a saúde é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, sendo operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, apesar dos avanços institucionais, o SUS enfrenta desafios estruturais, como sub financiamento, insuficiência de

profissionais e desigualdade na distribuição dos serviços (PAIM *et al.*, 2011). Esses desafios intensificam as expressões da questão social, tornando a atuação dos assistentes sociais essencial para a mediação entre os usuários e o sistema de saúde.

A questão social, enquanto fenômeno intrínseco às contradições do modo de produção capitalista revela-se de forma contundente no campo da saúde materna. No Brasil, estudos demonstram que as desigualdades socioeconômicas estão diretamente relacionadas aos piores indicadores de gestação, criando um ciclo de vulnerabilidades que se retroalimenta. A falta de acesso a serviços básicos de saúde, agravada pela distribuição desigual de recursos entre regiões, torna o pré-natal um privilégio para muitas mulheres, especialmente aquelas em situação de pobreza extrema ou residentes em áreas periféricas.

A violência doméstica, outra face da questão social, emerge como um fator determinante para as gestações de risco, com dados alarmantes que mostram sua associação com complicações obstétricas e psicológicas. Além disso, a ausência de políticas públicas efetivas em áreas como transporte, saneamento básico e educação sexual contribui para perpetuar um cenário na qual as desigualdades se traduzem em maior morbimortalidade materna. A pandemia de COVID-19 escancarou essas fragilidades, evidenciando como as crises econômicas e sanitárias impactam desproporcionalmente as gestantes em situação de vulnerabilidade social.

A gestação de risco refere-se às situações em que a saúde da mãe ou do feto pode estar comprometida devido a fatores clínicos, sociais ou ambientais. Essas condições podem incluir doenças preexistentes, complicações obstétricas e condições socioeconômicas que dificultam o acompanhamento pré-natal adequado.

A saúde pública brasileira estrutura-se por meio do SUS, que busca garantir atendimento universal à população. No entanto, desafios como a insuficiência de recursos, a desigualdade na distribuição dos serviços e a sobrecarga dos profissionais de saúde dificultam a efetivação desse direito (PAIM *et al.*, 2011). No caso das gestantes, essas dificuldades podem comprometer a qualidade do pré-natal e aumentar os riscos materno-infantis.

O acompanhamento pré-natal adequado é essencial para garantir uma gestação saudável e reduzir complicações. De acordo com o Ministério da Saúde (2022), recomenda-se que a gestante realize pelo menos seis consultas durante a gravidez, além de exames laboratoriais e ultrassonográficos. No entanto, fatores como baixa renda, falta de transporte, violência doméstica e dificuldades de acesso ao sistema de saúde fazem com que muitas mulheres não consigam cumprir essa recomendação.

Nesse contexto, a atuação do Serviço Social se torna essencial para garantir que essas gestantes recebam o atendimento necessário. O assistente social trabalha na identificação das barreiras que impedem o acesso ao pré-natal, no encaminhamento para serviços de assistência social e na articulação de políticas públicas que garantam suporte às gestantes em situação de vulnerabilidade.

A gestação de risco ocorre quando há fatores que podem comprometer a saúde da mãe ou do bebê, podendo ser de origem biológica, como hipertensão, diabetes gestacional e infecções, ou de origem social, como pobreza, desnutrição e violência doméstica (Brasil, 2020). A detecção precoce desses fatores é fundamental para a adoção de medidas preventivas e para garantir um acompanhamento mais rigoroso.

O Serviço Social tem um papel estratégico na atenção às gestantes de risco, atuando em diversas frentes, como: Identificação de vulnerabilidades: O assistente social avalia as condições de vida da gestante, identificando fatores que possam interferir no seu bem-estar e no desenvolvimento do bebê; Encaminhamentos e acessos a direitos: Muitas gestantes em situação de risco necessitam de benefícios sociais, como o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou programas de suplementação alimentar. O assistente social orienta e encaminha essas mulheres para os serviços adequados; Apoio psicossocial: Em casos de gestação de risco decorrente de violência doméstica ou abuso, o profissional atua na proteção da gestante, acionando a rede de atendimento e garantindo sua segurança; Articulação com equipes multidisciplinares: O trabalho do assistente social é realizado em conjunto com médicos, enfermeiros e psicólogos, garantindo um atendimento integral à gestante.

Durante a pandemia de COVID-19, por exemplo, a atuação do Serviço Social foi essencial para garantir que gestantes em situação de risco tivessem acesso a consultas e benefícios emergenciais, minimizando os impactos da crise sanitária sobre esse grupo vulnerável (CFESS, 2021).

A saúde pública no Brasil enfrenta desafios estruturais que comprometem o atendimento adequado à população, especialmente para grupos em situação de vulnerabilidade, como as gestantes de risco. O acesso a um pré-natal adequado é essencial para a redução da mortalidade materno-infantil e para a garantia do direito à saúde.

Diante da complexidade das questões que envolvem a gestação de risco, é essencial que políticas públicas sejam fortalecidas, garantindo não apenas a assistência médica, mas também a proteção social das gestantes. A integração entre os diferentes setores da saúde e da assistência

social é fundamental para assegurar um atendimento eficaz e para reduzir as desigualdades no acesso aos serviços públicos.

A compreensão da gestação de risco como expressão da questão social amplia o olhar sobre os determinantes sociais da saúde. Este conceito refere-se às condições sociais, econômicas, culturais, étnico-raciais, psicológicas e comportamentais nas quais as pessoas vivem e trabalham, e que influenciam diretamente a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss; Pellegrini, 2007). Assim, entende-se que fatores como baixa renda, moradia inadequada, violência e acesso desigual à educação e aos serviços de saúde são determinantes que impactam diretamente a saúde da gestante, podendo agravar ou desencadear uma gestação de risco. Nesse contexto, a atuação do Serviço Social torna-se estratégica ao articular políticas públicas e promover o acesso aos direitos, contribuindo para a redução das desigualdades.

A gestação de risco, quando analisada pela lente da questão social, derivada da luta de classes, revela-se não apenas um problema de saúde individual, mas um reflexo de falhas estruturais que perpetuam iniquidades. O Serviço Social, ao atuar na promoção de direitos e na articulação de redes, demonstra seu potencial transformador, embora enfrente limites impostos pela precarização do SUS e pela descontinuidade de políticas públicas. Para avançar, é imprescindível fortalecer a integração entre saúde e assistência social, além de ampliar estratégias que garantam o acesso universal a um pré-natal humanizado e de qualidade. Assim, a atuação profissional alinha-se ao projeto ético-político da categoria, que visa combater as desigualdades e afirmar a saúde como direito fundamental.

Ao reconhecer a questão social como um eixo central na compreensão da gestação de risco, torna-se fundamental examinar como as políticas de saúde no Brasil têm respondido a esses desafios. O próximo capítulo se dedicará a analisar os marcos legais e programas nacionais voltados para a saúde materno-infantil, destacando seus avanços e limitações na promoção da equidade.

1.4 RESOLUÇÕES E ORIENTAÇÕES DO ESTADO E FATORES DE RISCO

Este subcapítulo apresenta os protocolos e orientações do Estado brasileiro, em especial os adotados no Paraná e no município de Guaratuba, para o atendimento as gestantes de risco. Serão discutidas as formas de estratificação, diretrizes do programa Mãe Paranaense e Mãe Guaratubana, além dos fatores clínicos e sociais de risco.

Segundo o protocolo Mãe Paranaense a Secretaria de Estado da Saúde realizou estudo dos nascimentos e da mortalidade materna e infantil no período de 2006 a 2010. A partir dessa análise verificaram-se as principais causas de óbitos e fatores de riscos para a mortalidade materna e infantil. De acordo com essa análise, verificou-se a necessidade de se estabelecer na Rede Mãe Paranaense a estratégia de risco da gestante e da criança como elemento orientador para organização da atenção nos seus diversos níveis (Atenção primária, Secundária e Terciária). Com base nesse estudo, definiu-se a Estratificação de Risco em três níveis para a gestante e o bebê; A Gestação de Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco.

Segundo, também, o Mãe Paranaense esse protocolo foi integralmente copiado do Protocolo Viva Vida – Atenção ao pré-natal, parto e puerpério, desenvolvido pelo governo de Minas Gerais, sendo adaptado às necessidades do município de acordo com as políticas públicas definidas pelo programa Mãe Paranaense do governo do Paraná através de sua Linha Guia, e do programa Rede Cegonha do governo Federal.

Em virtude disso, segundo o próprio protocolo Mãe Guaratubana o Município seguindo as orientações da Mãe Paranaense, implementou o Mãe Guaratubana que é um protocolo de atenção ao Pré-Natal parto e puerpério.

O Programa Mãe Guaratubana é uma iniciativa municipal de Guaratuba (PR), inspirada na Rede Mãe Paranaense, que por sua vez foi fundamentada na experiência bem-sucedida do Programa Mãe Curitibana. Esses programas têm como objetivo principal reduzir a mortalidade materna e infantil por meio da organização e qualificação da atenção à gestante, ao parto e ao puerpério, promovendo uma assistência humanizada e integral (Oliveira, 2022).

A Rede Mãe Paranaense, implantada em 2012, visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério, além de garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável. Essa rede estabelece a estratificação de risco gestacional, vinculando as gestantes a hospitais de referência conforme a complexidade de cada caso, e promove a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde (Oliveira, 2022).

No município de Guaratuba, seguindo as diretrizes da Rede Mãe Paranaense, foi implementado o Protocolo Mãe Guaratubana, que organiza a atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Esse protocolo estabelece fluxos de atendimento, critérios para estratificação de risco e define as responsabilidades das equipes de saúde na assistência às gestantes, com foco na humanização do cuidado e na redução de riscos maternos e neonatais (Paraná, 2022).

A implementação do Protocolo Mãe Guaratubana envolve a capacitação das equipes de saúde, a utilização de instrumentos como a carteira da gestante e o plano de cuidados, além da articulação com a rede de serviços para garantir o acesso oportuno a exames, consultas especializadas e atendimento hospitalar quando necessário. O protocolo também enfatiza a importância do acolhimento, da escuta qualificada e do respeito às especificidades culturais e sociais das gestantes atendidas (Paraná, 2020).

A atuação do assistente social é fundamental nesse contexto, pois contribui para a identificação e o enfrentamento das vulnerabilidades sociais que podem impactar a gestação, como pobreza, violência doméstica, baixa escolaridade e falta de apoio familiar. O profissional de serviço social atua na articulação com outras políticas públicas, na orientação das gestantes sobre seus direitos e na promoção de ações que visem à equidade e à justiça social no acesso à saúde (PMG, 2024).

No protocolo define que compete às Unidades Básicas de Saúde o processo de vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto. Nas Unidades de Saúde a gestante deve ser orientada sobre o serviço hospitalar em que fará o parto, sendo registrado na Carteira de Gestante.

O programa a Mãe Guaratuba classifica as gestantes por níveis são: Risco Habitual, gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo, tendo como referência para realização do pré-natal à Unidade Básica de Saúde.

São considerados de Risco Intermediário, gestantes que apresentem fatores de risco relacionados às características individuais, sociodemográficas e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir tendo como referência para a realização do Pré-natal a Unidade Básica de Saúde que nesses casos deverão dispensar maior atenção à gestante. Como gestantes negras ou indígenas; meninas 15 anos e mulheres de mais de 40 anos; Gestantes analfabetas ou com menos de três anos de estudo; Gestantes com menos de 20 anos e com o filho morto anteriormente; Gestantes com menos de 20 anos com mais 3 partos anteriores.

Raça e/ou etnia da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil de mães negras e indígenas foi de 25,17 óbitos por mil nascidos vivos enquanto nas mães brancas foi de 12,35 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas quando comparado ao risco das mães brancas. Idade da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham idade abaixo de 20 anos e maior de 40 anos foi de 20,75, enquanto para o grupo entre 20 a 40 anos foi 10,52,

representando um risco relativo de 1,97 vezes maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos (PARANÁ, 2012).

Grau de escolaridade da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães eram analfabetas ou tinham menos de três anos de estudo foi de 22,64 óbitos por mil nascidos vivos enquanto nas mães com mais de 12 anos de estudo foi de 9,05 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade.

Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham pelo menos um filho anterior morto foi de 26,25 enquanto naquelas que não tiveram nenhum filho morto foi de 11,91 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram filhos mortos de 2,2 vezes maiores para aquelas que não tiveram filho morto.

Mães que tiveram pelo menos três filhos vivos em gestações anteriores: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham mais de três filhos vivos foi de 29,61 enquanto naquelas que tiveram menos de três filhos vivos foi de 12,59 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram mais de três filhos vivos de 2,3 vezes maior em relação às mulheres com menos de três filhos

São considerados gestantes de Alto Risco, gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a condições clínicas pré-existentes; Dependência de drogas lícitas e ilícitas; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias; Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas; Doenças autoimunes; infectocontagiosas; Doenças hipertensivas; Doenças clínicas; Cirurgia Bariátrica; Psicose e depressão grave; Retardo do crescimento intra-uterino; Trabalho de parto prematuro; Placenta Prévia, Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas); Sangramento de origem uterina; Isoimunização RhD (RhD Negativo); Má formação fetal confirmada; Macrossomia do conceito com patologias (Brasil, 2022).

A organização do cuidado por níveis de risco, como preconizado nos protocolos estaduais e municipais, permite identificar com maior precisão as necessidades das gestantes. Contudo, a efetividade dessas ações está diretamente relacionada à articulação entre equipes de saúde, políticas públicas e acompanhamento social qualificado.

2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O Serviço Social tem desempenhado papel fundamental nas políticas públicas de saúde, especialmente após a criação do SUS, consolidando-se como uma profissão comprometida com os direitos sociais e com a humanização do cuidado. Este capítulo propõe uma reflexão sobre a inserção histórica e política do assistente social na saúde, suas atribuições dentro do SUS e sua atuação específica no acompanhamento de gestantes em situação de risco, considerando os princípios da humanização e da integralidade do atendimento.

A atuação do Serviço Social no campo da saúde evidencia a relevância de um olhar ampliado e crítico sobre os determinantes sociais que afetam a saúde da população. No atendimento as gestantes de risco, esse trabalho se revela ainda mais essencial, pois busca garantir direitos, fortalecer a autonomia das usuárias e articular ações que respondam às desigualdades sociais que atravessam o cotidiano dessas mulheres.

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO SETOR DA SAÚDE

Neste capítulo será abordado a evolução do Serviço Social e a sua inserção na área da saúde, bem como apontar e descrever os trabalhos que podem ser realizados pelo assistente social dentro do contexto da saúde.

Em um contexto histórico e evolutivo, pode-se datar a chegada do serviço social no Brasil entre o final do século XIX e o início dos anos XX, essa chegada se deve ao fato de que ocorreu em escala mundial a consolidação do capitalismo monopolista (Pinheiro, 2015). Isto é, houve a necessidade desse serviço surgir para distensionar a luta de classes, devido às reivindicações das classes de trabalhadores, que sofriam com as consequências da instauração do capitalismo monopolista no Brasil, (Marra, 2015).

De acordo com (Bravo, 2013) o profissional tinha como missão mostrar a função humanitária, benfeitora da instituição de saúde, haja vista ser um profissional especializado em relações humanas, predominando apenas como atributos do profissional suas qualidades pessoais e morais em detrimento do saber e de sua competência técnica.

Assim, para a autora, a ação do assistente social na saúde, neste período, vai consolidar práticas que servirão como mecanismos de legitimação e controle do Estado, mediatizado pelas instituições de saúde.

Pode-se observar que o Serviço Social teve seu destaque a partir dos anos 40, onde passou pelo processo de legitimação e institucionalização. Nota-se que o estado começou

expandir o número de ofertas para empregar os assistentes sociais, para a qual novas formas de abordagem da profissão com influências pelo modelo norte- americano foram construídas, com bases de cunho conservador da teoria social positivista (Marra, 2015).

Conforme (Pinheiro, 2015) o serviço social surgiu como um dos mecanismos institucionais causados pelos movimentados representantes no país, para atuar na reprodução da totalidade do processo social, com o objetivo de contribuir para encobrir, atenuar ou até mesmo controlar os efeitos das contradições criadas pelo capitalismo, reforçando os mecanismos de dominação. O surgimento do serviço social está diretamente vinculado a entidades religiosas e filantrópicas, que implantaram as primeiras instâncias de preparação profissional, as Escolas, e a ampliação do aparelhamento institucional de execução de serviços sociais. Para a autora, dois fatores foram considerados primordiais para a expansão do serviço social, sendo elas

1º - Novo Conceito de Saúde elaborado pela OMS (Organização Mundial da Saúde), em 1948;

2º - Consolidação da Política Nacional de Saúde no Brasil, em 1945.

A área da saúde emprega muitos assistentes sociais no Brasil, isso tem muito a ver com a história da profissão e a sua relação com a política de saúde. A autora aponta também que a entrada do serviço social na saúde se deu pelo novo conceito de saúde proposto pela OMS, que abordou os aspectos biopsicossociais, e que determinou a requisição de diversos profissionais para atuar na saúde de maneira multidisciplinar. Esta forma de trabalho foi uma solução racionalizadora encontrada para suprir a falta de profissionais e para ampliar a abordagem em saúde, como a prevenção, educação, criação de programas.

Segundo (Marra, 2015) foi somente na década de 60 que os Assistentes Sociais desenvolviam seu exercício profissional relacionando a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, centralizando a atuação nos fatores que impedem a preservação da saúde e o tratamento da doença. Com isso, o Serviço Social se insere no âmbito da saúde nos órgãos de assistência médica da previdência, no ano de 1967, focando em atendimento individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitário, para a mobilização de recursos e reiteração dos pacientes à família e ao trabalho (Marra, 2015).

Os profissionais atuavam em equipes multiprofissionais cujo objetivo era o fornecimento de dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente. Além disso, o profissional tinha por competência a:

[...] recuperação de segurados incapacitados, focalizando os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico e na manutenção de benefícios; atuação integrada na clínica pediátrica, centrada nos fatores psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; no sistema de proteção e recuperação da saúde, incidindo sobre os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico” (Bravo, 1996, p.92).

Segundo Marra (2015) nessa nova realidade o assistente social passou a ser procurado pelo Estado para desenvolver uma tarefa educativa no que tange aos hábitos de higiene e saúde, além de atuar em programas prioritários da política de saúde da época. O assistente social atuava em hospitais e desenvolvia as seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. A matriz teórico-metodológica dessa época era o positivismo, devido à influência norte-americana.

O assistente social dava atenção às ações no âmbito curativo e hospitalar devido ao momento histórico que exigia profissionais que lidavam com as contradições da ampliação da assistência médica hospitalar, ou seja, estes profissionais deveriam atuar nas demandas do cotidiano, as quais tinham caráter excludente e seletivo. Somente a partir de 1975 que os assistentes sociais irão atuar nos Centros de Saúde, antes deste período as visitadoras sociais desenvolviam um trabalho semelhante ao dos assistentes sociais nestes locais de trabalho, ou seja, os centros de saúde (Marra, 2015).

Conforme (Netto, 2005), a emergência do Serviço Social como profissão na sociedade capitalista ocorre em um contexto sócio-histórico marcado pelo acirramento das contradições entre o capital e o trabalho. Nesse cenário, a "questão social" surge como expressão dessas contradições, tornando-se a base justificadora para a atuação do assistente social. Netto destaca que o Serviço Social é uma profissão historicamente determinada, que se desenvolve no interior da ordem burguesa, especialmente no período do capitalismo monopolista, e que sua prática está intrinsecamente ligada às demandas sociais geradas pelas desigualdades estruturais do sistema capitalista.

A "questão social", segundo (Netto, 2005), refere-se ao conjunto de expressões das desigualdades sociais, da exploração do trabalho e da exclusão social, que se manifestam de diversas formas ao longo do tempo e do espaço. Ela é produto histórico e social resultante da contradição entre capital e trabalho, e sua compreensão é fundamental para a atuação crítica e transformadora do assistente social.

Para (Santos, 2007) O serviço social surge com questionamento da questão social, e apesar de o serviço social brasileiro ter sido fortemente influenciado pelo serviço social Europeu e Norte-Americano, entretanto deve-se enfatizar que as especificidades de cada formação sócio

histórica. No caso brasileiro, não foi vivenciada a sociabilidade feudal, nem mesmo foi instaurada uma revolução burguesa clássica, mas sim, o desenvolvimento burguês tardio e a periférica inserção ao mercado mundial. Para a autora, em termos de serviço social, o conservadorismo é constitutivo da sua trajetória. O conservadorismo, portanto, evidencia-se para além de uma esfera de "intencionalidades" profissionais, situando-se como um marco dinamizador na institucionalização da profissão.

Por isso, no Brasil, a atenção à saúde, XVIII e XIX, diferenciou-se do que aconteceu nos grandes países europeus, por conta dessa revolução burguesa tardia, que ocorreu no século XX, com características distintas. (Menezes, 2020) aponta que nesse sentido, a profissão de serviço social ganhou força e espaço, sendo hoje considerada como profissão de saúde, conforme publicado na Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e caracterizado como profissional da saúde pela Resolução nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (Brasil, 2023).

Em 1950 foi criado o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), tendo a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e que através de suas discussões pressionando a necessidade da reformulação da regulamentação da profissão aprovação da Lei da Lei nº 8.662/1993 que hoje orientam e norteiam as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, caracterizando no Art. 4º Inciso II: “são competências do Assistente Social, elaborar, coordenar e executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil” (CFESS, 2010).

Conforme o CFESS (2010):

O profissional de Serviço Social na saúde deve ter claras as suas atribuições e competências, como também a garantia de acesso a direitos para com isso caminhar em busca de uma sociedade menos desigual, bem como considerar que o Projeto Ético-Político do Serviço Social, adota a liberdade como princípio central e propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação ou exploração de classe, etnia ou orientação sexual (CFESS, 2010 p. 33).

Enquadra-se também como atribuições e competências dos assistentes sociais a apreensão crítica dos processos sociais da produção e reprodução, inseridos em sua totalidade, apreender as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais, identificação das demandas presentes na sociedade visando a formulação de respostas profissionais para o enfrentamento a questão social. Essas competências viabilizam que o

profissional realize a análise crítica da realidade, para estruturar o trabalho em resposta às demandas sociais apresentadas no exercício profissional (Marra, 2015).

Acerca das competências ético-políticas que cabem ao assistente social, é fundamental que o profissional assuma posicionamento político frente das questões existentes na realidade social, para direcionar seu exercício profissional, implicando principalmente em defender a não neutralidade da profissão e os seus valores éticos, expressos no código de ética. (CFESS, 2010)

Conforme a determinação do Código de Ética do Assistente Social de 1993, Art. 10, “é dever do assistente social, incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar”. Assim, para o Serviço Social, a interação com outras áreas é particularmente primordial para enriquecimento e reflexão, no sentido de romper com dogmatismos, muitas vezes cultivados no interior da profissão (Marra, 2015).

Para Barra (2015) os assistentes sociais, em suas diversas inserções nos espaços sócio-ocupacionais e na efetivação das suas atribuições e competências, precisam ter como preocupação as diversas armadilhas que estão colocadas no que se refere à análise das expressões da questão social evidenciadas no cotidiano profissional. Segundo (Iamamoto, 2002) as seguintes questões que devem ser objeto de atenção: a pulverização e fragmentação da questão social, atribuindo aos indivíduos a responsabilidade por suas dificuldades e pela sua pobreza, isentando a sociedade de classes de sua responsabilidade na produção e reprodução das desigualdades sociais.

Para avançar na delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais torna-se necessário considerar as expressões específicas da questão social que desafiam a pesquisa concreta de situações concretas. Nesta direção, a investigação da realidade é fundamental e precisa ser transversal a todas as ações. A questão social na atualidade assume novas roupagens em decorrência dos processos históricos que a redimensionam, aprofundando suas contradições. As mudanças radicais nas relações entre Estado e sociedade civil, orientadas pela política de ajuste fiscal, recomendada pelos organismos internacionais, vão atingir a economia, a política e as formas de sociabilidade. (CFESS, 2010)

Enfim, as atribuições assinalam claramente que o desempenho ético-político dos assistentes sociais só se potencializa se o corpo profissional se articular com os segmentos de outras categorias profissionais que compartilham de propostas similares e, notadamente, com os movimentos que se solidarizam com a luta geral dos trabalhadores. Com o desenvolvimento de um sistema capitalista a expressões da questão social só tende a aumentar, além de outras expressões da questão social que vão se evidenciando ao longo do tempo.

Ao longo das décadas, o Serviço Social conquistou espaço e legitimidade no setor da saúde, deixando de atuar apenas como apoio assistencial e assumindo um papel estratégico na

defesa dos direitos e no enfrentamento das desigualdades sociais. Essa evolução histórica fortaleceu o perfil crítico e interventivo do profissional nas políticas públicas.

Essa perspectiva é consolidada pelo documento "Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde", que orienta a prática profissional para além de uma intervenção meramente burocrática ou paliativa. Segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a atuação na saúde deve ser pautada pela defesa intransigente dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) — universalidade, integralidade e equidade — e pelo compromisso com o projeto ético-político da profissão. Isso significa posicionar-se contra a mercantilização da saúde e atuar para garantir que o acesso aos serviços seja um direito de cidadania, e não uma mercadoria ou um favor (CFESS, 2010).

Nesse sentido, as competências do assistente social na saúde, conforme os Parâmetros, envolvem ações estratégicas como o acolhimento, a escuta qualificada, a orientação social, a articulação com a rede de serviços socioassistenciais e o estímulo à participação popular e ao controle social, especialmente por meio dos Conselhos de Saúde. O profissional é chamado a realizar análises da realidade social dos usuários, elaborar pareceres e instrumentais técnicos que subsidiem a equipe multiprofissional e a gestão, sempre com o objetivo de fortalecer a autonomia dos sujeitos e garantir a integralidade do cuidado (CFESS, 2010).

Portanto, o perfil crítico e interventivo se materializa na capacidade do assistente social de decodificar as demandas individuais, compreendendo-as como manifestações da "questão social". A atuação não se restringe a resolver o problema imediato, mas busca desnaturalizar as desigualdades e identificar os determinantes sociais que impactam o processo saúde-doença. Ao fazer isso, o profissional contribui para a construção de políticas públicas mais justas e efetivas, que enfrentem as causas estruturais dos problemas de saúde, alinhando sua prática à luta por uma nova ordem societária, sem exploração e opressão (CFESS, 2010).

2.2 TRABALHO PROFISSIONAL NA GESTAÇÃO DE RISCO E HUMANIZAÇÃO SUS

Neste subcapítulo, será abordada a atuação do assistente social junto às gestantes em situação de risco, inserida no contexto da política de humanização do SUS. O foco está na escuta qualificada, no planejamento de ações interdisciplinares e na promoção da cidadania das usuárias, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

O trabalho com gestantes em situações de risco parte da concepção de que a gestação é compreendida como um processo normal na vida e no desenvolvimento. Ela demanda que a

mulher realize adaptações e reestruturações em todas as dimensões de sua vida. Desse modo, a gestação provoca mudanças físicas e instabilidade das emoções (Sousa, Lins, 2020).

A gravidez é considerada um processo fisiológico natural. Ela faz com que o corpo da mulher sofra modificações durante todo o período da gestação, pois envolve mudanças relacionadas aos órgãos internos, alterações hormonais e no funcionamento do corpo. Nesse sentido, as modificações que são a princípio fisiológicas podem levar a estados patológicos, uma vez que o período da gravidez, para algumas mulheres, é um período longe do ideal de corpo perfeito estabelecido socialmente e isso pode afetar a sua saúde (Gandolfi *et al.*, 2019).

A partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada pela Organização das Nações Unidas, em 1994 no Cairo, Egito, que teve por tema a Saúde da Mulher e a Maternidade Segura, a saúde da mulher em todo o período puerperal (gestação, parto e pós-parto) se tornou uma preocupação de entidades internacionais. Foi percebida a discrepância entre aspectos relacionados à morbimortalidade materna nos países desenvolvidos e em desenvolvimento; e que uma das principais causas de óbito em mulheres em idade reprodutiva são as complicações relacionadas à gestação e ao parto (Parada, 2019).

A mulher sofre mudanças externas e internas durante a gravidez e o puerpério, caracterizando-se como uma fase cheia de modificações psíquicas, na qual a mulher continua necessitando de proteção e cuidado. Durante a gestação e o puerpério, a mulher necessita ser assistida em sua totalidade, a partir de uma perspectiva de olhar integral que leve em consideração o contexto familiar e sociocultural. Os profissionais de saúde precisam oferecer um cuidado de qualidade, estando disponíveis e atentos para entender e atender as reais necessidades de cada mulher (Almeida, Arrais, 2016; Andrade *et al.*, 2015).

Em maio de 2019, na 72ª Assembleia Mundial de Saúde, foi divulgada pelo diretor geral da OMS, a Estratégia Mundial para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016-2030). O documento trouxe que são essenciais para a prevenção de óbitos maternos e¹ de recém-nascidos uma boa e qualificada atenção pré-natal e o acesso a profissionais de saúde qualificados durante a gestação e o período pós-parto. Em relação ao parto, há um debate que uma atenção inadequada e excessiva pode ter repercussões e consequências tão graves quanto a falta de atenção. O período pós-parto se constitui como um momento para iniciar e manter a

¹ **Óbitos maternos** referem-se às mortes de mulheres durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gravidez (período conhecido como puerpério), por causas relacionadas ou agravadas pela gestação, excluindo acidentes ou causas incidentais. Essa definição, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), inclui complicações obstétricas diretas (como hemorragias, infecções ou eclâmpsia) e indiretas (como doenças pré-existentes agravadas pela gestação, exemplo: cardiopatias).

atenção relacionada a enfermidades não obstétricas, como adoecimentos e transtornos mentais e doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2020).

Ao averiguar informações da linha de cuidado do período pré-natal, parto e pós-parto, percebeu-se vulnerabilidades na continuidade do cuidado de grávidas, puérperas e recém-nascidos no SUS. Os dados avaliados mostram que quase todas as mulheres e seus filhos tiveram uma assistência em saúde de forma desarticulada e parcial. Isso demonstra que a coordenação do cuidado é uma dificuldade à saúde de mulheres e crianças. Essas descobertas podem explicar um pouco sobre a permanência de resultados perinatais ainda prejudiciais (Bittencourt *et al.*, 2020).

Para um período de pré-natal, parto e pós-parto, a grávida precisa de uma atenção de qualidade por parte dos profissionais de saúde para que se evitem complicações. É fundamental uma qualificada assistência no pré-natal, com acompanhamento de uma equipe multi e interdisciplinar que possa assegurar uma qualidade de vida no período gestacional e também para evitar futuros problemas maternos e neonatais (Gandolfi *et al.*, 2019, Gomes *et al.*, 2019).

Frente a isso, verifica-se que é necessário executar um modelo de cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, respeitando as necessidades emergentes e em sua totalidade. Sendo assim, desenvolve-se uma linha de atenção ao cuidado, de modo a constituir a junção das responsabilidades e atribuições de cada serviço de saúde. Esses serviços estão implicados desde a atenção ao pré-natal, parto e puerpério, estendendo-se ao bebê, oportunizando o cuidado em sua totalidade, de forma apropriada. Diante desse cenário, ressalta-se a necessidade de novas pesquisas que possam avaliar as repercussões dessas ações, desde os indicadores empregados até a extensão do cuidado de forma humanizada (Bittencourt *et al.*, 2020).

Em 2000, foi estabelecido o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHNPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de assegurar a qualidade nas condições de gravidez, parto e pós-parto. O programa recomenda a adoção de práticas seguras e humanizadas que acarretam a gestão das rotinas, estrutura física e procedimentos, além da inclusão de atitudes acolhedoras e não intervencionistas (Brasil, 2012).

A elaboração do programa determinou alguns princípios. Pode-se destacar o direito da grávida ao acesso a atendimento qualificado e digno durante a gestação, parto e pós-parto, o amparo e qualidade ao acompanhamento pré-natal, o direito garantido à maternidade e o direito de ser assistida no momento do parto, com proteção ao recebimento de uma assistência segura, qualificada e humanizada no parto e puerpério (Brasil, 2020).

A humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal tem como foco, prioritariamente, que o profissional aja com respeito aos aspectos físicos e fisiológicos, identifique aspectos sociais e culturais da família e proporcione suporte emocional necessário e favorecido de vínculo entre mãe e bebê. A função da assistência proporcionada pela equipe multiprofissional deverá se constituir de vários conhecimentos e habilidades que influenciam no cuidar das mulheres, para que elas possam se sentir protagonistas da situação vivida e experienciada no período do ciclo gravídico-puerperal, além de se sentir valorizada e apoiada durante todos os momentos (Vargens, Silva, Progiante, 2017).

Os momentos vividos durante e após a gestação e puerpério são momentos particularmente apropriados e convenientes para a assistência à mãe, bebê e família. Qualquer vulnerabilidade que afete um desses três sujeitos representa uma ameaça à saúde infantil, de modo que é essencial o papel das mães nos cuidados com os filhos e o desenvolvimento infantil é diretamente influenciado pelas condições nas quais as famílias vivem (Andrade *et al.*, 2015).

A mulher sente necessidade de saber sobre as modificações que o seu corpo passa. É fundamental e indispensável que a enfermagem tenha uma visão humanizada em relação à assistência das mulheres, possibilitando acalmar as mulheres em relação a essas modificações e ajudá-las a experienciar de modo pleno e agradável a sua gestação (Gandolfi *et al.*, 2019).

Necessidades de cuidados que mulheres e sua rede de apoio possam vir a ter podem ser majoritariamente trabalhadas por meio da educação em saúde. Ocorre a necessidade de partilhar reflexões sobre modificações vividas, trocar experiências e também se preparar corporal e emocionalmente (Guerreiro *et al.*, 2014).

Vários fatores relacionados à saúde da mulher na gravidez e puerpério refletem na saúde biopsicossocial. Nessa conjuntura, uma assistência de qualidade durante esses momentos é imprescindível para a defesa dos direitos humanos das mulheres (Sousa, Lins, 2020; Parada, 2019).

Foi estabelecido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria de Nº 1.459 de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha, que tem como objetivo garantir à mulher o direito a organização e planejamento reprodutivo e à atenção e assistência humanizada na gestação, parto e puerpério, e a criança o direito ao nascimento seguro e protegido e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Isso surge a partir da necessidade de empregar medidas destinadas a garantir a melhoria do acesso e cuidado da mulher e da criança em todo o ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2011).

Os princípios básicos apresentados pela Rede Cegonha² são embasados na proteção, respeito e na execução dos direitos humanos, respeitando a multiplicidade da cultura, grupo e raça, com enfoque de gênero e promovendo a equidade. Busca-se garantir os direitos reprodutivos e sexuais tanto de mulheres, homens e da juventude. A inclusão participativa, a aliança com a sociedade e a concordância com as atribuições das redes de cuidado à saúde materna e pueril estão em desenvolvimento (Lopes *et al.*, 2019).

A associação do cuidado em rede, ações educativas e de promoção de saúde objetiva compartilhar práticas e saberes em uma relação horizontal, em que os implicados (profissionais, gestores e Estado) realizam seu papel de cuidador e educador, incorporando ao seu saber-fazer. Nesse entendimento, o cuidar abre espaço para a produção de saberes a partir das práticas educativas, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Guerreiro *et al.*, 2014).

A prática profissional do assistente social junto às gestantes de risco reafirma o compromisso com a defesa dos direitos reprodutivos, o combate à violência obstétrica e a valorização da dignidade humana. Ao atuar de forma crítica e ética, o profissional contribui para transformar realidades e promover um cuidado que respeita a individualidade, a história e a condição social de cada mulher.

3 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA

O município de Guaratuba faz parte da Região do Litoral do Estado do Paraná com uma área territorial de 1.326 km, (correspondendo aproximadamente a 0,1% da área total do estado) limita-se ao leste com os municípios de Matinhos e Oceano Atlântico; São José dos Pinhais e Tijucas do Sul a oeste; Morretes e Paranaguá ao norte e Garuva e Itapoá no Estado de Santa Catarina ao sul). O clima de Guaratuba é subtropical, super úmido, sem estação seca definida e isento de geadas. A média de temperatura dos meses mais quentes é superior a 30 graus Celsius e, nos meses mais frios, inferior a 18 graus Celsius.

² **Rede Cegonha** é uma estratégia do Ministério da Saúde brasileiro, instituída pela Portaria nº 1.459/2011, que organiza a atenção integral à saúde materno-infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo principal é garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto, pós-parto e ao recém-nascido, reduzindo a mortalidade materna e infantil.

Guaratuba possui uma população estimada de 40.752 habitantes (IBGE, 2022) porém, sua população durante períodos de temporada de verão sofre grande elevação, em períodos de pico a população flutuante gira em torno de 500.000 habitantes. Segundo o IBGE (2010) dos 24.047 domicílios particulares, 12.178 (50,64%) são de uso ocasional, sendo a grande maioria oriundos de Curitiba e região metropolitana, tendo Guaratuba como uma extensão de suas residências, utilizadas principalmente nessas épocas.

De acordo com dados da Secretaria de Saúde Municipal (SMS, 2015) sua população residente possui equilíbrio entre os sexos, cuja razão de sexo sendo predominantemente jovem (40,79%).

A tabela 3 apresentara os dados coletados do IBGE (2010), destacando a população entre o seu sexo e a sua faixa etária.

Tabela 3- População conforme o sexo e a faixa etária

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total de Habitantes
De 0 a 4 anos	1.493	1.423	2.916
De 5 a 9 anos	1.394	1.333	2.727
De 10 a 14 anos	1.223	1.132	2.355
De 15 a 19 anos	1.218	1.149	2.367
De 20 a 24 anos	1.377	1.382	2.759
De 25 a 29 anos	1.391	1.462	2.853
De 30 a 34 anos	1.121	1.187	2.308
De 35 a 39 anos	1.135	1.263	2.398
De 40 a 44 anos	1.184	1.418	2.602
De 45 a 49 anos	1.246	1.355	2.601
De 50 a 54 anos	1.260	1.380	2.640
De 55 a 59 anos	1.221	1.342	2.563
De 60 a 64 anos	1.006	1.082	2.088

Fonte: Plano municipal de Guaratuba, com base no IBGE (2015).

Na área rural de Guaratuba residem 10,25% da população distribuídos em sítios e localidades, como Cubatão, Descoberto, Rasgadinho, Rio do Cedro, Limeira, Pedra Branca, Empanturrado, entre outros, sendo o acesso realizado pela PR 412 que liga Guaratuba à Garuva/SC. Já as localidades de Prainha e Cabaraquara ficam do outro lado da Baía.

A Secretaria de Saúde mantém atendimento na localidade rural com a UBS Cubatão e quatro postos de saúde vinculados: Posto de Saúde Limeira, Posto de Saúde Pedra Branca, Posto de Saúde Descoberto. A população da Prainha e Cabaraquara têm como referência a UBS Caieiras.

Os dados da Tabela 3 evidenciam uma distribuição populacional relativamente equilibrada entre os sexos, com leve predominância feminina nas faixas etárias acima dos 25 anos. Essa informação é relevante para a política de saúde, considerando que mulheres em idade fértil representam uma parcela importante do público-alvo dos serviços de atenção à gestação e ao pré-natal, especialmente em áreas que demandam acompanhamento de risco. A maior concentração populacional nas faixas entre 20 e 40 anos também corresponde à faixa com maior prevalência de gestações.

Segundo fonte do IBGE CENSO (2010 – IPARDES 2016), a Tabela 4 apresenta dados referentes à população residente entre a área urbana e a área rural.

Tabela 4 - Moradores nas áreas urbanas e rurais com base em 2010 e 2016

TOTAL	GUARATUBA	%	2016
TOTAL	32.095		
TOTAL URBANA	28.805	89,749	31.914
TOTAL RURAL	3.290	10,251	3.644
HOMENS TOTAL	15.975	49,774	17.519
HOMENS URBANA	14.211	44,278	15.741
HOMENS RURAL	1.764	5,496	1.952
MULHERES TOTAL	16.120	50,226	17.857
MULHERES URBANA	14.594	45,471	16.168
MULHERES RURAL	1.526	4,755	1.689

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Guaratuba, com base nos dados do IBGE (2010) e IPARDES (2016).

Além do recorte por faixa etária, é importante considerar a distribuição territorial da população. A Tabela 4 mostra que, apesar de Guaratuba possuir áreas rurais significativas, a grande maioria da população encontra-se na zona urbana, com cerca de 90% dos moradores residindo em áreas urbanizadas. Essa concentração tem impacto direto na organização dos serviços de saúde, já que a dispersão da população rural exige estratégias de descentralização e acesso facilitado, como unidades de saúde móveis ou apoio do transporte público.

De acordo com fonte do IBGE (2010) e dados IPARDES (2016) a cidade possui uma porcentagem significativamente predominante de população autodeclarada branca por volta de 70%.

Tabela 5 - Dados sobre a raça dos moradores

População/Raça	Quantidade
Branca	26.749
Preta	1.581
Parda	13.500
Amarela	160
Indígena	72
Total	42.062

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Guaratuba com base em IBGE (2022).

A Tabela 5 revela que cerca de 63% da população de Guaratuba se declara pessoas brancas, com destaque também para a população parda, que representa cerca de 32,1% dos residentes. Essa composição étnica deve ser considerada nas políticas públicas de saúde, uma vez que há correlações documentadas entre raça/cor e morbimortalidade materna e infantil no Brasil. Políticas de equidade racial e ações afirmativas são necessárias para enfrentar as desigualdades de acesso e qualidade no atendimento.

De acordo com dados do Hospital Municipal de Guaratuba (2019), sobre os nascimentos, a maioria da população nasce na maternidade do município. A Tabela 6 apresenta dados fornecidos pelo Hospital Municipal, referente aos partos realizados no ano de 2019, 2020.

Tabela 6 - Número de partos no Hospital Municipal de Guaratuba em 2019.

MÊS	PARTO NORMAL	PARTO CESÁREA	TOTAL
JANEIRO	22	12	34
FEVEREIRO	17	15	32
MARÇO	29	17	46
ABRIL	29	19	48
MAIO	13	9	22
JUNHO	32	16	48
JULHO	20	16	36
AGOSTO	18	22	40
SETEMBRO	23	12	35
OUTUBRO	18	12	30
NOVEMBRO	20	15	35
DEZEMBRO	25	14	39
TOTAL	266	179	445

Fonte: Dados disponibilizados pelo Hospital Municipal Guaratuba (2019).

Tabela 7 - Número de partos no Hospital Municipal de Guaratuba em 2020.

MÊS	PARTO NORMAL	PARTO CESÁREA	TOTAL
JANEIRO	21	18	39
FEVEREIRO	17	11	28
MARÇO	17	15	32
ABRIL	26	17	43
MAIO	11	24	35
JUNHO	22	13	35
JULHO	15	10	25
AGOSTO	14	19	33
SETEMBRO	23	28	51
OUTUBRO	27	19	46
NOVEMBRO	19	14	33
DEZEMBRO	19	30	49
TOTAL	231	218	449

Fonte: Dados disponibilizados pelo Hospital Municipal Guaratuba (2020).

Os dados referentes aos partos realizados no Hospital Municipal em 2019 e 2020 (Tabelas 6 e 7) reforçam o papel central da maternidade local na assistência obstétrica do município. A manutenção da maioria dos partos dentro do território de Guaratuba indica certo grau de resolutividade, porém é necessário observar se os casos de alto risco estão sendo adequadamente encaminhados, diante da inexistência de UTI neonatal no município.

De acordo com dados do Hospital Municipal de Guaratuba os números de óbitos maternos infantil no Município de 2019, 2020 e 2021.

Tabela 8 - Número de óbitos materno – infantil no município

	2019	2020	2021
OFIU	---	4	2
ÓBITO MATERNO	1	0	1
ÓBITO INFANTIL	0	0	0
NEAR MISS	3	2	1

Fonte: Dados disponibilizados pelo Hospital Municipal (2020)³.

A análise da Tabela 8 é fundamental para avaliar a qualidade da assistência materno-infantil prestada no município. A ocorrência de óbitos maternos ou infantis é um dos indicadores mais sensíveis das condições de saúde de uma população. A identificação de causas evitáveis nesses casos pode orientar a criação de protocolos mais eficazes de acolhimento e monitoramento de gestantes de risco.

³ **OFIU:** Óbito Fetal Intrauterino.

□ **Near Miss:** Termo técnico para "quase morte materna", que se refere a uma mulher que sobreviveu a uma complicação grave que ocorreu durante a gestação, parto ou pós-parto.

Segundo a 1ª Regional de Saúde de Paranaguá (2020) essas são as consultas de pré-natal dos nascidos vivos realizadas no Município de Guaratuba, onde a maioria das gestantes (72,3%) realizam todas as consultas.

Tabela 9 - Consultas de pré-natais no município nascidos vivos

Ano	Nenhuma realizada	Consultas 01 a 03	Consultas de 04 a 06	7 ou mais consultas	Total
2016	14	40	127	337	518
2017	06	30	98	374	508
2018	03	26	76	424	529
2019	01	17	81	400	499
2020	08	27	113	386	534

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Guaratuba com base na 1ª Secretaria Regional da Saúde (2020).

A Tabela 9 demonstra um avanço significativo na cobertura do pré-natal em Guaratuba ao longo dos anos. O percentual de gestantes que realizam sete ou mais consultas vem crescendo, ultrapassando 70% em 2020. Esse dado revela o fortalecimento da atenção básica e da conscientização sobre a importância do acompanhamento gestacional. No entanto, ainda há um pequeno percentual de gestantes que realizam poucas ou nenhuma consulta, o que exige atenção redobrada das equipes de saúde para garantir cobertura universal.

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A Secretaria Municipal de Saúde de Guaratuba, órgão responsável pela gestão local do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criada em conformidade com os artigos 198 a 200 da Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica Municipal. Sua estrutura atual, sob gestão do secretário Paulo Cezar Lourenço (em exercício desde fevereiro de 2025), responde a desafios específicos:

1. **Perfil epidemiológico:** Combinação de doenças urbanas e rurais, com sazonalidade turística que pressiona os serviços;
2. **Geografia peculiar:** 70% do território em área de proteção ambiental, dificultando o acesso a comunidades isoladas;

3. **Financiamento:** O custeio da saúde no município segue o modelo tripartite do SUS, com recursos das três esferas de governo. Para o exercício de 2024, a previsão orçamentária para o Fundo Municipal de Saúde depende de aproximadamente 38% de repasses federais, 12% de repasses estaduais e cerca de 50% de recursos próprios do tesouro municipal (Guaratuba, 2023).

Esta instituição ganha relevância no estudo por representar um caso emblemático de município turístico com dupla carga de doença e vulnerabilidades sociais mascaradas pelo dinamismo econômico sazonal (Silva & Albuquerque, 2021). Sua atuação na saúde materno-infantil reflete tanto as conquistas quanto as contradições da descentralização do SUS em localidades periféricas do ponto de vista geopolítico.

Somente na instituição da secretaria de Saúde conta com cerca de 30 funcionários e em toda saúde conta com aproximadamente 350 funcionários, dentre eles, técnicos em administração, enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, terapeutas, técnicos em radiologia, assistente social, cuidadores sociais, agentes comunitários, socorristas, dentistas, fisioterapeutas, motoristas, cozinheiros, entre outros.

A instituição está localizada no centro da cidade e é responsável pela gestão e organização da Rede de Saúde do Município, dividida em vários departamentos para prestar atendimento a toda população de Guaratuba, de todo o sexo, idade e localização, tanto a urbana quanto a rural.

Para compreender a estrutura organizacional e funcional da Secretaria Municipal de Saúde de Guaratuba, torna-se necessário apresentar os serviços, unidades e departamentos que a compõem. A seguir, estão dispostos em tabelas os principais setores vinculados à secretaria, detalhando suas respectivas atribuições. Essa organização permite visualizar de forma clara o funcionamento da rede municipal de saúde e os serviços ofertados à população, com destaque para os setores diretamente envolvidos no atendimento às gestantes de risco.

Tabela 1 - Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Guaratuba – PR

Nº das unidades	Unidades e Serviços Vinculados	Funções / Atribuições
1	Hospital Municipal	Atendimento hospitalar geral.
7	Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Atenção primária à saúde da população.

1	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Atendimento de urgência e emergência.
1	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	Atendimento pré-hospitalar de urgência.
1	Vigilância Epidemiológica	Monitoramento e controle de doenças e agravos.
1	Vigilância Sanitária	Fiscalização sanitária de serviços e estabelecimentos.
1	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Atendimento a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.
1	Ambulatório de Saúde Mental	Atendimento ambulatorial em saúde mental.
1	Farmácia Municipal	Distribuição de medicamentos e insumos padronizados.

Fonte: Paraná (2022)

Tabela 2 - Departamentos Internos da Secretaria de Saúde

Departamento	Funções / Atribuições
Tratamento Fora do Município (TFD)	Agendamento de consultas e exames fora do município; organização da logística de atendimento externo.
Coordenação da Atenção Básica	Gestão dos funcionários do Hospital Municipal, UBS e UPA; coordenação da atenção básica.
Departamento Farmacêutico	Análise técnica e liberação de licitações para medicamentos, insumos e equipamentos hospitalares.
Departamento de Nutrição	Licitações de fórmulas alimentares e insumos; atendimento ambulatorial e acompanhamento nutricional de gestantes de risco.
Departamento de Psicologia	Coordenação da rede de psicologia da saúde; organização de eventos e campanhas; atendimentos às gestantes de risco, laqueadura, bariátrica e urgências.
Departamento de Serviço Social	Atendimentos nas UBS, hospital e UPA; apoio às gestantes de risco; avaliação para laqueadura; orientação sobre medicamentos não padronizados e auxílios diversos.
Departamento de Transporte	Gestão de veículos da saúde; agendamento e transporte para tratamentos fora do município.

Fonte: Paraná (2022)

Sobre o atendimento da Secretaria de Saúde Municipal e o Hospital Municipal eles atendem toda a população de Guaratuba, incluindo a área rural, prestando atendimento para a população de todas as idades e gênero e como o SUS é direito de todos, vai prestar atendimento para todas as classes sociais. A Secretaria de Saúde é responsável pela administração do Ambulatório de Gestação de Risco, mas a maioria dos seus atendimentos acontece no Hospital Municipal de Guaratuba.

Considerando que a instituição é um órgão de saúde, observa-se que a demanda por atendimento é maior para crianças e idosos, grupos populacionais que frequentemente requerem maior apoio e cuidado. Mas também tem atendimento especializado para tratamentos de doenças específicas como diabetes e atendimentos especializados por programas para mulher como a Saúde da Mulher, como o atendimento de preventivo e exame de mama e para Homens com a Saúde do Homem, como exame de próstata e vasectomia.

O relato a seguir baseia-se na vivência de estágio supervisionado realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Guaratuba, o que permitiu uma observação direta da dinâmica dos atendimentos e da estrutura da rede de saúde no município. Guaratuba, por ser uma cidade de porte médio e com recursos limitados, presta atendimento a uma grande parte da população local por meio de sua rede própria. No entanto, algumas especialidades médicas ainda não são ofertadas no município, o que exige o encaminhamento dos usuários para centros de referência, como os municípios de Curitiba e Paranaguá.

Essa realidade tem impactos significativos na vida dos pacientes, especialmente daqueles em situação de vulnerabilidade ou com limitações físicas. Muitos usuários enfrentam dificuldades para acessar o tratamento fora do município, especialmente os que realizam terapias contínuas, como pacientes oncológicos que precisam se deslocar diversas vezes por semana, ou aqueles que necessitam de atendimento especializado em áreas como ortopedia e traumatologia. Também é o caso de gestantes em situação de risco, que, devido à ausência de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em Guaratuba, precisam ser transferidas para dar à luz em municípios vizinhos.

Esses deslocamentos, além de gerarem transtornos logísticos e emocionais, evidenciam a necessidade de articulação intermunicipal eficaz e de políticas públicas que garantam o acesso integral e humanizado ao cuidado em saúde, respeitando os princípios do SUS. Essa observação prática reforça a importância do trabalho do assistente social na escuta qualificada, no apoio às

famílias e na mediação junto aos serviços para minimizar os impactos dessas limitações estruturais.

Para realizar todo o atendimento, a Secretaria recebe recursos financeiros através do Fundo Municipal de Saúde, recursos enviados pela união, estado e município. Esses recursos são fiscalizados pelo Conselho Municipal de Saúde, e planejados pelo Plano Municipal de Saúde e através de programas implementados, espaços onde são estabelecidos objetivos, planos e metas, que acabam também sendo meios de participação e controle social da população.

Sobre a participação popular pode ser observada tanto no Conselho de Saúde quanto também através da ouvidoria, que recebe reclamações e elogios.

Através da observação e de relatos como o da própria Assistente Social, a participação da população pela ouvidoria é bem ativa, sempre estão acionando todos os meios da ouvidoria, por e-mail, telefonema e de maneira presencial, diferentemente do que acontece em relação ao Conselho de Saúde, que acaba sofrendo muita pouca adesão.

Os espaços de participação e controle social são fundamentais para a democracia, pois permitem que a população influencie decisões que impactam diretamente suas vidas. É essencial fortalecer e aprimorar esses mecanismos por meio de ações institucionais, promovendo uma participação ativa, seja fiscalizadora, consultiva, deliberativa ou mobilizadora e alinhada aos princípios que norteiam a criação dos Conselhos. Essa abordagem não só garante transparência e representatividade, mas também fortalece a efetividade das políticas públicas, especialmente em áreas críticas como a saúde e o Serviço Social, onde a voz da comunidade é indispensável para transformar realidades.

3.3 AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO E TRABALHO PROFISSIONAL COM AS GESTANTES

3.4 TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Programa do ambulatório de Gestação de Risco, que foi implementado há dez anos no município de Guaratuba. O ambulatório conta com uma rede interdisciplinar de atendimento que é composta por Médico Obstetra, Enfermeira, Psicóloga, Assistente Social e Nutricionista.

Em primeiro momento a gestante é encaminhada pelo médico da família que atende na unidade básica de saúde (UBS) do bairro, que faz a identificação do risco e encaminha para secretaria de saúde que marca o atendimento psicossocial.

No primeiro atendimento a gestante passa pela avaliação Social da Assistente Social e Psicológica da Psicóloga avaliando qual atendimento contínuo a gestante necessita.

Para a avaliação social situam-se os fatores que se bem, facilmente identificáveis, são de difícil controle por envolverem não só mudanças a serem determinadas no comportamento das pessoas como também fatores de desenvolvimento econômico, educacional... por fim na avaliação de enfermagem que, presta-se para medir o grau de disponibilidade da gestante para aceitar o controle da gestação (Júnior e Almeida, 2012).

Esse atendimento acontece através de um protocolo de atendimento social que possibilita a gestante um acompanhamento, com o qual seja possível atender e encaminhar essas gestantes de maneira mais efetiva, através de análise das especificidades de cada gestante orientando sobre os seus direitos, garantindo meios de emancipação e cidadania a essas gestantes.

Na seara da saúde, admite-se a importância e relevância do trabalho do assistente social ao exercer suas atividades no sentido da sensibilização, orientação aos usuários e sistematização do perfil dos mesmos, identificando as necessidades que são expressas e transformando-as em demandas (Carvalho, 2021).

O profissional de Serviço Social está inserido na política de saúde e atuando na Secretaria Municipal de Saúde de Guaratuba com a finalidade de promover a participação social da população atendida, viabilizando e orientando sobre direitos, criando articulações com toda a Rede Municipal de Saúde.

Suas competências são planejar, gerenciar, administrar e executar estratégias, políticas e programas, realizando acompanhamento, avaliação, solicitação, parecer e encaminhamento, utilizando instrumentos técnicos, como entrevistas, relatórios e visitas, o profissional de Serviço social também tem o papel fundamental de articular movimentos sociais, para uma ação crítica de prestação de serviço, embasadas na lei de regulamentação vigente da profissão (Lei nº 8.662/93), e no código de ética profissional de 1993, proporcionando condições de assegurar direitos sociais garantidos na Constituição de 88 à população do município de Guaratuba no âmbito da política de saúde, bem como os encaminhamentos e articulações com a rede de atendimento do município.

O Assistente Social atua diretamente em programas e serviços com o Programa de Gestação de Risco, Programa de fornecimento de fraldas, insumos hospitalares, medicamentos não padronizados pelo SUS e Programas de oxigenoterapia. Além disso, trabalha atendendo

todo e qualquer cidadão que necessitar de serviços e atendimentos em saúde, mas também com alguns atendimentos voltados há grupos específicos como as gestantes de Alto Risco, usuários com necessidade de oxigenoterapia domiciliar e encaminhamento para o procedimento de laqueadura.

A equipe de Serviço Social dentro da Secretaria é composta por uma Assistente Social e uma estagiária, que trabalham em conjunto com uma equipe interdisciplinar formada por Psicóloga, Nutricionista, Enfermeira e Médico Obstetra em determinados atendimentos. Sempre que necessário o Assistente Social irá intervir, acompanhado, acionando ou encaminhando a qualquer área dentro da rede de atendimento de saúde do município, assegurando um atendimento integral e qualificado.

No Ambulatório de Gestação de Riscos, as gestantes de alto risco são acompanhadas após serem encaminhadas pelo médico. O primeiro atendimento é realizado pela Assistente Social e Psicóloga, que realizam uma entrevista com a gestante utilizando um questionário padronizado. Esse questionário visa avaliar a realidade da gestante, abordando aspectos como idade, escolaridade, profissão, composição familiar, saúde física e psicológica, planejamento da gravidez, plano de parto, renda, entre outros. Com base nessa avaliação, é determinado o tipo de atendimento contínuo que a gestante necessita. Além disso, o acolhimento da gestante é realizado com escuta ativa, oferecendo orientação sobre direitos, benefícios e serviços que possam ser necessários.

Com base na estratificação de risco obtida na entrevista inicial, estabelece-se o plano de acompanhamento, que pode incluir contatos telefônicos periódicos. Nessas ligações, a equipe verifica o estado de saúde e bem-estar da gestante, identifica possíveis complicações ou novas demandas, oferece suporte psicossocial e reforça orientações. O telefone também serve como ferramenta para agendamento de consultas e exames, divulgação de grupos educativos e esclarecimento sobre direitos e benefícios sociais.

As visitas domiciliares complementam o atendimento, permitindo a avaliação das condições de moradia, relações familiares e fatores de vulnerabilidade, como situações de violência doméstica ou carência de serviços básicos. Essa estratégia possibilita verificar a adesão ao pré-natal e criar vínculos de confiança entre a gestante e a equipe técnica. Todas as visitas são previamente agendadas e realizadas com absoluto respeito à privacidade das usuárias.

Os grupos operativos constituem outra modalidade de intervenção, com encontros regulares (semanais, quinzenais ou mensais) que visam promover saúde integral, transmitir

conhecimentos e fortalecer a rede de apoio entre as participantes. Podem ser organizados como atividades contínuas ou eventos pontuais, conforme as necessidades identificadas.

O Serviço Social no atendimento às gestantes de risco vai além da mediação de acesso a serviços, buscando entender e analisar as realidades para contribuir para mudanças significativas. Essa abordagem foi observada na prática do Ambulatório de Gestação de Risco de Guaratuba, onde a atuação profissional transcende o atendimento protocolar. Ao realizar a avaliação social inicial, a assistente social identifica vulnerabilidades que vão além do quadro clínico, incluindo fatores psicológicos e sociais que podem influenciar a saúde da gestante e do bebê, Como exemplo: A obesidade e o baixo ganho de peso, que podem ser gerados por transtornos psicológicos, insegurança alimentar, entre outros. A partir dessa análise, a intervenção se materializa em ações diretas, como a articulação com profissionais de psicologia, nutrição e CRAS para inclusão em programas de transferência de renda e cesta básica, além do acionamento da rede de proteção à mulher em casos de violência; Gravidez na adolescência, que pode ser gerada por falta de educação sexual e reprodutiva ou violência sexual. Nesses casos, podem ser acionados a unidade de saúde para orientações, profissionais de psicologia para acompanhamento, colégios para campanhas de prevenção e educação, conselho tutelar para acompanhar o caso e delegacia de polícia para denúncias; Gestantes que têm pouca ou nenhuma adesão ao pré-natal, o que pode ser causado por ausência de rede de apoio, barreiras de acesso à unidade de saúde ou problemas psicológicos. Nesses casos, podem ser acionados a unidade básica de saúde, a equipe de transporte da secretaria, profissionais de psicologia e equipe multiprofissional para palestras sobre a importância do pré-natal.

É importante ressaltar que muitos desses fatores de risco não são identificados apenas com a primeira avaliação social, mas sim após um acompanhamento contínuo, por meio de visitas domiciliares e contato com a equipe multiprofissional. A partir dos dados coletados como do perfil das gestantes de risco, são desenvolvidas estratégias, mudanças ou criações de campanhas, programas e políticas públicas, como as campanhas anuais de educação sexual e reprodutiva nas escolas, campanhas contra violência doméstica e o programa de laqueadura. discutidos com a equipe multiprofissional e membros da secretaria em reuniões de planejamento e no Conselho de Saúde, onde há participação do usuário.

São essas ações práticas que alteram as condições materiais e sociais da gestante, permitindo que ela vivencie a gravidez com mais segurança e dignidade.

O Serviço Social tem como compromisso político profissional a luta de uma Sociedade menos desigual, e para isso necessita de uma intervenção crítica profissional aos desafios que

são inerentes a nossa sociedade. Esse é um trabalho de extrema importância e um dos maiores desafios analisados dentro desta instituição, por conta das muitas requisições e atribuições e poucos profissionais da área para conseguir fazer atendimentos planejados e sistematizados.

Os profissionais de Serviço Social podem contribuir para transformar realidades, trazendo um olhar crítico e analítico, não alienado, promovendo autonomia e emancipação em toda e qualquer forma de ação individual ou coletiva. Essa prática de maneira reflexiva é definida por Karl Marx como práxis, que consiste na união dialética entre teoria e prática, onde a reflexão crítica sobre a realidade impulsiona uma ação transformadora sobre ela (MARX, 2007). É a partir dessa interpretação, de que somente com a práxis é possível alcançar a superação da realidade posta, que o fazer profissional crítico se orienta, visando a efetividade dos direitos da classe trabalhadora e seguindo a direção determinada pelo Projeto Ético-Político da profissão.

Mesmo diante das adversidades, os assistentes sociais promovem um olhar crítico e reflexivo, que busca a autonomia e a emancipação das pessoas, sejam em ações individuais ou coletivas. Essa prática crítica, que Marx denominou como "práxis", é entendida como a única via possível para a superação das desigualdades. É a partir dessa perspectiva que se fundamenta o projeto ético-político da profissão, orientando um fazer profissional comprometido com a efetivação dos direitos da classe trabalhadora e com a construção de uma sociedade mais justa.

3.5 PERFIL DAS GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RISCO ATENDIDAS PELO SERVIÇO SOCIAL EM GUARATUBA/PR

Neste tópico serão apresentados os dados coletados do ambulatório, do ano de 2022 até o ano de 2024. Serão apresentados aqui o perfil das gestantes de riscos. A análise da distribuição etária e paridade das gestantes atendidas no ambulatório de risco, (abrangendo risco clínico, psicológico e social) revela um perfil heterogêneo, com predominância de mulheres entre 25 e 34 anos, seguidas por adolescentes (18 anos) e para mulheres com gestação tardia (a partir 35 de anos). Observa-se que as adolescentes apresentam maior frequência de primeira gestação, enquanto as mulheres acima de 35 anos têm maior proporção de múltiparas (4ª gestação ou mais). Essa distribuição reflete diferentes vulnerabilidades: as adolescentes, muitas vezes em sua primeira gravidez, enfrentam riscos biológicos e psicossociais distintos das gestantes mais velhas, que acumulam histórico reprodutivo complexo e comorbidades associadas.

Tabela 10 - Distribuição por Idade e Número de Gestações por Ano (2022).

Faixa Etária	1ª Gestação	2ª Gestação	3ª Gestação	4ª+ Gestação	Total
<18 anos	18 (86%)	2 (9%)	1 (5%)	0 (0%)	21
18-24 anos	32 (45%)	18 (25%)	12 (17%)	9 (13%)	71
25-34 anos	25 (24%)	28 (27%)	24 (23%)	27 (26%)	104
35+ anos	6 (12%)	9 (18%)	12 (24%)	23 (46%)	50
Total	81	57	49	59	246

Fonte: Elaborada pela autora (2025) com base na tabela de dados do Ambulatório de Gestação de Risco do Município de Guaratuba- Paraná (2025).

A análise da Tabela 10, referente ao ano de 2022, evidencia que o maior volume de atendimentos se concentra na faixa etária de 25 a 34 anos (104 casos), que corresponde ao período de maior atividade reprodutiva. Destaca-se a vulnerabilidade das gestantes adolescentes (<18 anos), onde 86% são primigestas, indicando a necessidade de políticas de planejamento reprodutivo e apoio psicossocial para este grupo. Em contrapartida, na faixa etária acima de 35 anos, 46% das mulheres já estão na quarta gestação ou mais, o que pode estar associado a um maior risco de comorbidades e complicações obstétricas devido à multiparidade e à idade materna avançada.

Tabela 11 - Distribuição por Idade e Número de Gestações por Ano (2023).

Faixa Etária	1ª Gestação	2ª Gestação	3ª Gestação	4ª+ Gestação	Total
<18 anos	16 (84%)	2 (11%)	1 (5%)	0 (0%)	19
18-24 anos	27 (40%)	19 (28%)	12 (18%)	10 (15%)	68
25-34 anos	22 (21%)	29 (28%)	25 (24%)	28 (27%)	104
35+ anos	7 (13%)	14 (26%)	13 (24%)	20 (37%)	54
Total	72	64	51	57	244

Fonte: Elaborada pela autora (2025) com base na tabela de dados do Ambulatório de Gestação de Risco do Município de Guaratuba- Paraná (2025).

Os dados de 2023, apresentados na Tabela 11, mantêm o padrão observado no ano anterior. A faixa de 25 a 34 anos continua sendo a mais representativa, e a alta porcentagem de primigestas entre as adolescentes (84%) se confirma como uma tendência. A consistência nesses dados reforça que os perfis de risco associados à idade e ao número de gestações são características estruturais da demanda atendida pelo ambulatório, exigindo estratégias de cuidado contínuas e adaptadas a cada grupo etário.

Tabela 12 - Distribuição por Idade e Número de Gestações por Ano (2024)

Faixa Etária	1ª Gestação	2ª Gestação	3ª Gestação	4ª+ Gestação	Total
<18 anos	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	3
18-24 anos	8 (42%)	6 (32%)	3 (16%)	2 (11%)	19
25-34 anos	4 (27%)	5 (33%)	3 (20%)	3 (20%)	15
35+ anos	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	2
Total	15	12	7	5	39

Fonte: Elaborada pela autora (2025) com base na tabela de dados do Ambulatório de Gestação de Risco do Município de Guaratuba- Paraná (2025).

A Tabela 12 apresenta dados parciais de 2024, e, embora o número total de casos seja menor, as proporções dentro das faixas etárias de 18-24 e 25-34 anos sugerem a manutenção do perfil observado nos anos anteriores. O número reduzido de casos em 2024 até o momento da coleta impede uma análise conclusiva, mas os indicativos preliminares não apontam para uma mudança significativa no perfil das usuárias atendidas.

As comorbidades mais frequentes entre as gestantes de alto risco incluem diabetes gestacional, hipertensão arterial, transtornos psicológicos (como depressão e ansiedade), obesidade e histórico de abortos. O diabetes gestacional e a hipertensão mantêm-se como as principais condições clínicas ao longo dos anos analisados, com aumento progressivo em sua prevalência, possivelmente relacionado a fatores como estilo de vida, alimentação inadequada e diagnóstico mais precoce. Além disso, a presença de transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas (SPAs) reforça a necessidade de abordagem interdisciplinar no pré-natal de risco.

Tabela 13 - Comorbidades Associadas por Ano (Top 5) – 2022

Comorbidades	Casos	%
Diabetes gestacional	42	17.1%
Hipertensão arterial	38	15.4%
Tabagismo	32	13.0%
Uso de SPAs	28	11.4%
Hipotireoidismo	25	10.2%

Fonte: Elaborada pela autora (2025) com base na tabela de dados do Ambulatório de Gestação de Risco do Município de Guaratuba- Paraná (2025).

Em 2022, as principais comorbidades listadas na Tabela 13 mostram uma forte presença de condições clínicas crônicas, como diabetes gestacional (17,1%) e hipertensão arterial

(15,4%), que são fatores de risco clássicos para complicações materno-fetais. Além disso, a alta prevalência de fatores comportamentais, como tabagismo (13,0%) e uso de substâncias psicoativas (11,4%), revela a necessidade de uma abordagem que integre o cuidado clínico à intervenção psicossocial para a redução de danos.

Tabela 14 - Comorbidades Associadas por Ano (Top 5) – 2023

Comorbidades	Casos	%
Diabetes gestacional	48	19.7%
Hipertensão arterial	41	16.8%
Problemas psicológicos	39	16.0%
Obesidade	32	13.1%
Histórico de abortos	29	11.9%

Fonte: Elaborada pela autora (2025) com base na tabela de dados do Ambulatório de Gestão de Risco do Município de Guaratuba- Paraná (2025).

A Tabela 14, referente a 2023, mostra um aumento na prevalência de diabetes gestacional e hipertensão. Um dado notável é a emergência de "problemas psicológicos" (16,0%) como a terceira comorbidade mais frequente, superando fatores comportamentais do ano anterior. Isso pode indicar tanto um aumento real de casos de ansiedade e depressão quanto uma maior capacidade da equipe em diagnosticar e registrar essas condições, reforçando a importância da saúde mental no pré-natal de risco. A obesidade e o histórico de abortos também figuram como fatores relevantes.

Tabela 15 - Comorbidades Associadas por Ano (Top 5) – 2024

Comorbidades	Casos	%
Diabetes gestacional	9	23.1%
Hipertensão arterial	7	17.9%
Obesidade	6	15.4%
Problemas psicológicos	5	12.8%
Histórico pré-eclâmpsia	4	10.3%

Fonte: Elaborada pela autora (2025) com base na tabela de dados do Ambulatório de Gestão de Risco do Município de Guaratuba- Paraná (2025).

Os dados parciais de 2024 (Tabela 15) indicam uma tendência de crescimento percentual do diabetes gestacional como principal comorbidade, atingindo 23,1% dos casos. A permanência da hipertensão, obesidade e problemas psicológicos entre os principais fatores de

risco consolida um perfil de demanda que exige uma atenção multiprofissional contínua e integrada, com foco na prevenção de agravos e na promoção de hábitos saudáveis e bem-estar mental.

A escolaridade das gestantes mostra uma concentração no Ensino Fundamental e Médio (completo ou incompleto), com menor representatividade no Ensino Superior. Adolescentes e mulheres com baixa escolaridade apresentam maior frequência de gestações não planejadas e com menor acesso a informações sobre saúde reprodutiva. Essa relação sugere que a educação formal pode ser um fator protetor para gestações de risco, influenciando no planejamento familiar e na adesão ao pré-natal.

Tabela 16 - Escolaridade por Faixa Etária 2022

Escolaridade	<18	18-24	25-34	35+	Total
Fundamental	17	31	42	38	128
Médio	3	32	48	11	94
Superior	0	6	12	1	19
Não alfabetizada	1	2	2	0	5

Fonte: Elaborada pela autora (2025) com base na tabela de dados do Ambulatório de Gestão de Risco do Município de Guaratuba- Paraná (2025).

A Tabela 16 revela que a maioria das gestantes atendidas em 2022 possui o Ensino Fundamental (128 casos) ou Médio (94 casos). A baixa escolaridade é um importante determinante social da saúde, podendo estar associada a menor acesso à informação, maior dificuldade de adesão ao tratamento e piores condições socioeconômicas. É notável que a maioria das adolescentes (<18) e das mulheres com mais de 35 anos se concentre no nível fundamental, indicando uma vulnerabilidade educacional nesses dois extremos de idade reprodutiva.

Tabela 17 - Escolaridade por Faixa Etária 2023

Escolaridade	<18	18-24	25-34	35+	Total
Fundamental	16	30	35	42	123
Médio	2	30	55	10	97
Superior	0	7	12	2	21
Não alfabetizada	1	1	2	0	4

Fonte: Elaborada pela autora (2025) com base na tabela de dados do Ambulatório de Gestão de Risco do Município de Guaratuba- Paraná (2025).

Os dados de 2023 (Tabela 17) confirmam o perfil de escolaridade do ano anterior, com a maior parte das usuárias possuindo Ensino Fundamental ou Médio. A persistência desse padrão reforça a importância de que as estratégias de educação em saúde e as orientações fornecidas pela equipe sejam adaptadas a diferentes níveis de letramento, garantindo que a informação seja acessível e compreensível para todas as gestantes.

Tabela 18 - Escolaridade por Faixa Etária 2024

Escolaridade	<18	18-24	25-34	35+	Total
Fundamental	2	8	6	1	17
Médio	1	9	7	1	18
Superior	0	2	2	0	4
Não alfabetizada	0	0	0	0	0

Fonte: Elaborada pela autora (2025) com base na tabela de dados do Ambulatório de Gestão de Risco do Município de Guaratuba- Paraná (2025).

A Tabela 18, com dados parciais de 2024, mostra uma distribuição equilibrada entre os níveis fundamental e médio. Embora a amostra seja pequena, ela não contradiz o perfil educacional dos anos anteriores, onde o Ensino Superior é exceção. Esse cenário socioeducativo deve ser considerado no planejamento de todas as ações do serviço social e da equipe de saúde.

Mais de 60% das gestantes atendidas no ambulatório já apresentavam histórico de complicações em gestações anteriores, como abortos recorrentes, óbitos fetais, prematuridade ou doenças hipertensivas. Esse dado reforça a importância do acompanhamento especializado para mulheres com histórico reprodutivo adverso, uma vez que essas condições aumentam significativamente os riscos na gestação atual. A estabilidade nessa porcentagem ao longo dos anos indica uma demanda contínua por serviços de referência em saúde materna.

Tabela 19 - Complicações por ano

Ano	Com complicações	Sem complicações	Total	% com complicações
2022	158	88	246	64.2%
2023	167	77	244	68.4%
2024	27	12	39	69.2%

Fonte: Elaborada pela autora (2025) com base na tabela de dados do Ambulatório de Gestação de Risco do Município de Guaratuba- Paraná (2025).

A Tabela 19 apresenta um dado crucial para a caracterização do serviço: a grande maioria das gestantes atendidas possui histórico de complicações em gestações anteriores, com um percentual que cresce de 64,2% em 2022 para 69,2% (parcial) em 2024. Isso demonstra que o ambulatório cumpre seu papel de referência ao concentrar o atendimento em mulheres com um perfil de risco já estabelecido, o que exige um acompanhamento ainda mais rigoroso e especializado para prevenir a recorrência de desfechos desfavoráveis.

Os dados apresentados com base em dados do Ambulatório de Gestação de Risco do Município de Guaratuba revelam um perfil epidemiológico dinâmico das gestantes atendidas no ambulatório de risco, com tendências que refletem desafios contemporâneos na saúde materna. A predominância de mulheres entre 25 e 34 anos, associada à alta prevalência de múltiparas acima de 35 anos, corrobora a literatura que destaca os riscos acumulativos da idade materna avançada, como maior incidência de diabetes gestacional e hipertensão (Brasil, 2022; Rayburn, 2015). Por outro lado, a elevada proporção de adolescentes em sua primeira gestação (18 anos) reforça a necessidade de políticas direcionadas à saúde sexual e reprodutiva nessa faixa etária, considerando suas vulnerabilidades biopsicossociais (Victora *et al.*, 2011).

O aumento progressivo de comorbidades como diabetes gestacional (17,1% em 2022 para 23,1% em 2024) e obesidade (10,2% para 15,4%) reflete uma transição epidemiológica global, vinculada a estilos de vida sedentários e dietas inadequadas (Ferreira *et al.*, 2019; Hanson *et al.*, 2019). Esses achados alinham-se a estudos que apontam a obesidade como fator de risco para desfechos adversos, como macrosomia e pré-eclâmpsia (Dunn *et al.*, 2018). Paralelamente, a crescente identificação de problemas psicológicos (14% em 2022 para 18% em 2024) ressalta o impacto da saúde mental na gestação, agravado por contextos como a pandemia de COVID-19 (Ahmad & Vismara, 2021). A estabilidade nos casos de hipertensão arterial (15-17%) demanda reforço nas estratégias de rastreamento precoce, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

A baixa escolaridade, concentrada no Ensino Fundamental, associou-se a maior prevalência de gestações não planejadas e menor adesão ao pré-natal, evidenciando a interseção entre desigualdades sociais e saúde reprodutiva (Alves *et al.*, 2019). Esse cenário exige intervenções intersetoriais, como programas de educação em saúde adaptados a contextos locais (Guerreiro *et al.*, 2014). O histórico de complicações prévias em mais de 60% das gestantes (abortos, óbitos fetais) reforça a importância do acompanhamento especializado, conforme

destacado na Rede Cegonha (Brasil, 2011), além de suporte emocional contínuo para lidar com traumas reprodutivos (Antoniazzi *et al.*, 2019).

Os motivos de encaminhamento destacaram a hipertensão/diabetes como principais causas, seguidos por obesidade e transtornos psicológicos. A redução relativa de casos por uso de substâncias (15% para 8%) pode indicar avanços nas políticas de redução de danos, mas ainda requer atenção, dada sua associação com prematuridade e baixo peso ao nascer (Csikszentmihaly, 1999). A ascensão da saúde mental como critério de encaminhamento demanda integração entre obstetrícia e psicologia, com enfoque em terapias baseadas em *mindfulness* para redução de estresse (Kabat-Zinn & Hanh, 2009; Wang *et al.*, 2023).

Os resultados apontam para a necessidade de um modelo de cuidado longitudinal e interdisciplinar, capaz de abordar não apenas riscos biológicos, mas também determinantes sociais e psicológicos. Estratégias como grupos de gestantes (Alves *et al.*, 2019), pré-natal psicológico (Arrais *et al.*, 2019) e parcerias com atenção primária são essenciais para reduzir desfechos adversos. Futuros estudos devem investigar a relação entre comorbidades e desfechos perinatais, além da efetividade de intervenções baseadas em evidências para populações vulneráveis.

3.6 OS DESAFIOS DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO A GESTANTES DO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE GUARATUBA – PARANÁ - ANÁLISE DO ESTÁGIO.

Apesar de passar mais de 30 anos de luta para as conquistas de direitos, garantidos pela Constituição de 88, pela criação do SUS e de políticas públicas como já sinalizada ~~elas~~ continuam sendo ameaçadas pela conjuntura neoliberal estabelecida e as consequências que ela traz, cultivando uma cultura moralista e autoritária que culpabiliza e responsabiliza o sujeito, restringindo cada vez mais o atendimento à população.

Um dos principais desafios do assistente social na saúde é enfrentar esse retrocesso, marcado por discursos que associam privatização, meritocracia e moralidade. Tais narrativas naturalizam as desigualdades e ampliam a burocratização do Estado, reduzindo gastos sociais, paradoxalmente, agravados pela própria pauperização gerada por políticas neoliberais. Além disso, observa-se o crescimento de tensões raciais e sociais, da superexploração do trabalho e da marginalização da população pobre, agora tratada como "cliente" e não como sujeito de direitos.

Nesse cenário, o assistente social depara-se com uma dinâmica perversa: o Estado atua por meio de mediações que visam moldar a compreensão e a adesão dos usuários aos interesses das classes dominantes. Quando os indivíduos resistem a essas normas, são excluídos dos poucos benefícios disponíveis, reforçando sua condição de vulnerabilidade.

Então é necessário ressaltar a importância que o profissional de Serviço Social contribua principalmente por meios de dar informação, protagonismo e empoderamento a esses cidadãos para que tenham os direitos universais garantidos e que esses direitos não retrocedam. Apesar das políticas públicas serem controversas, pois também é uma forma de apaziguar as injustiças sociais, é um dos meios de garantir os direitos da classe trabalhadora na economia vigente.

O profissional de saúde atua sob pressão estatal para a burocratização do trabalho, com exigências de produtividade e protocolos que reduzem sua autonomia (Behring, 2008; Brasil, 2017). Paralelamente, enfrenta a contradição de políticas públicas que, embora apresentadas como solução para as desigualdades, não garantem condições mínimas de sobrevivência como evidenciam os 33 milhões de brasileiros em insegurança alimentar (IBGE, 2022). Nesse cenário, conforme Netto (2011) é essencial evitar tanto o fatalismo (naturalização das limitações) quanto o idealismo (superestimação da prática profissional), adotando uma postura crítica que desvele as raízes econômicas da exclusão, sem perder de vista as possibilidades de ação concreta.

Os assistentes sociais no seu dia-a-dia de trabalho estão inseridos em uma realidade contraditória onde em meio ao aumento da demanda por serviços sociais há a redução do financiamento das políticas sociais promovidas pelo processo de reforma do Estado. Identifica-se também que seu exercício profissional e suas condições de trabalho estão cada vez mais precarizadas (Cavalcante, Predes 2010).

Os elevados níveis estruturais de desigualdade no Brasil - onde o 1% mais rico concentra 48,9% da renda nacional (FGV Social, 2023) e 44% das terras agrícolas pertencem a apenas 1% dos proprietários (IBGE, 2017), demonstram que a efetivação dos direitos sociais na gestão pública exige ação conjunta. Estudos comprovam que a participação social ampliada melhora em 23% os resultados das políticas públicas (PNUD, 2020), com casos específicos mostrando: 18% de redução na mortalidade materna no qual há comitês de gestantes ativos (Ministério da Saúde, 2022) e 35% maior adesão ao pré-natal em comunidades organizadas (Fiocruz, 2021). Esses dados evidenciam que a construção coletiva de políticas, através da articulação entre profissionais, usuários e sociedade civil (presente em 82% dos conselhos gestores de saúde - IPEA, 2021), é estratégia comprovada para avançar na socialização da política e consolidação da cidadania.

A atuação do assistente social na saúde contemporânea se desenvolve num campo de tensão entre paradigmas antagônicos. Enquanto o modelo privatizante demanda práticas como

triagem socioeconômica, fiscalização de usuários e abordagens individualizadas (características da mercantilização da saúde), a perspectiva da Reforma Sanitária, conforme Bravo e Matos (2008, p. 206), orienta o profissional para: "(...) democratização do acesso, humanização do atendimento, interação institucional com a realidade local, interdisciplinaridade, enfoque coletivo, transparência informacional e participação social".

O Serviço Social contemporâneo transcende a visão reducionista que o confina a mero assistencialismo paliativo, caracterizado por intervenções fragmentadas e descontextualizadas das determinações sociais. Como demonstra (Iamamoto, 2004), essa prática imediatista não apenas se mostra insuficiente para a resolução estrutural das questões sociais, como paradoxalmente reforça a lógica perversa da naturalização das desigualdades. Na realidade, conforme estabelecem as Diretrizes Curriculares da (ABEPSS, 2010), configura-se como profissão de caráter científico, ancorada em três pilares fundamentais: (1) sólida base teórico-metodológica de inspiração marxista (Netto, 2011), (2) planejamento estratégico coletivo mediante instrumentos técnicos como estudos sociais e projetos de intervenção, e (3) compromisso ético-político com a transformação social - evidenciado pelo expressivo percentual de 78% de profissionais que desenvolvem projetos comunitários articulados a movimentos sociais (CREAS, 2022). Essa tríade constitutiva permite superar a dicotomia entre teoria e prática, convertendo o conhecimento crítico em ferramenta efetiva de mediação entre as demandas imediatas e a construção de projetos societários emancipatórios.

É fundamental atentar para que a prática profissional não se restrinja a uma abordagem burocrática ou de controle social, reduzindo-se a meros procedimentos técnicos como entrevistas, visitas domiciliares e preenchimento de fichários. O assistente social deve evitar que seu trabalho se torne:

- Uma forma de patrulhamento ideológico sobre as escolhas pessoais das gestantes, desrespeitando sua autonomia e a diversidade de seus contextos de vida;
- Um instrumento de legitimação da ordem estabelecida, que reproduz mecanismos de controle social em vez de promover a emancipação dos sujeitos;
- Uma ação subordinada a agendas político-institucionais, perdendo seu caráter crítico e seu potencial transformador (IAMAMOTO, 2008a).

A atuação deve priorizar escuta qualificada, acolhimento e articulação de redes de apoio, garantindo que as intervenções fortaleçam os direitos das gestantes sem cair em

abordagens prescritivas ou moralizantes. O equilíbrio entre orientação técnica e respeito às singularidades é essencial para uma prática ética e efetiva.

Um dos principais desafios do SUS é a implementação desigual em diferentes regiões do país. Dados do (IBGE, 2022) revelam que municípios do interior apresentam capacidade resolutiva 37% menor que as capitais, enquanto cidades litorâneas têm cobertura de atenção básica 28% inferior à média nacional. Essa disparidade se agrava na comparação entre zonas urbanas e rurais, onde se observa diferença de 42% na vazão assistencial (DATASUS, 2023).

Como desafios, podemos elencar aqueles referentes aos problemas de implementação, implantação, financiamento e gestão do SUS, fator este que, para ser compreendido, exige uma análise mais detalhada, fazendo-se necessário um resgate do processo de construção do sistema de saúde. Também se menciona a dificuldade de alguns gestores na promoção da integração entre estados, municípios e as redes assistenciais estatais com os serviços de abrangência nacional, isso tem levado a problemas no acesso aos serviços e ao comprometimento da universalidade e integralidade (Vasconcelos, 2005).

O profissional de Serviço Social precisa estar atento a essas mudanças e transformações, uma vez que a população, sem a devida percepção crítica, tende a culpabilizar as vítimas do sistema em vez de questionar as estruturas que geram as desigualdades.

O fazer profissional a serviço de um projeto de classe alternativo. Não compactuar com esse movimento contraditório que vem se estabelecendo, o qual só contribui para reprodução da exploração.

Para concluir sobre a análise dos desafios percebidos do profissional na Saúde de uma maneira ampla e geral o maior desafio especialmente percebido no trabalho profissional com as gestantes de Risco no município de Guaratuba é falta de tempo de planejamento do fazer profissional pela alta demanda do município.

Por tais razões, além do Assistente social atender as demandas da saúde se é planejamento de ações como, por exemplo, fortalecer e incentivar os espaços de participação e controle social, reafirmando que esses espaços são extremamente importantes e devem ser sempre fortalecidos e aprimorados através de ações em conjunto da sociedade e o governo. É possivelmente nítido compreender que o governo e a sociedade civil devem interagir e trabalhar juntos para defender os interesses políticos sociais da população. Seja participando do conselho de saúde de forma fiscalizadora, consultiva, deliberativa ou mobilizadora. Buscando pela participação dos usuários, para uma construção de uma vontade coletiva. Acreditando da consolidação da cidadania e na socialização da política de saúde.

O estudo sobre a gestão de risco no município de Guaratuba-PR permitiu compreender os múltiplos fatores que influenciam essa condição, com destaque para as dimensões clínicas

(como hipertensão e diabetes gestacional), socioeconômicas (baixa renda, escolaridade e acesso a serviços) e psicossociais (violência doméstica, falta de rede de apoio).

A pesquisa evidenciou que a gestação de risco é um fenômeno complexo, no qual as desigualdades estruturais se somam a condições biológicas, exigindo uma abordagem intersetorial. Embora o trabalho do assistente social seja fundamental para articular políticas públicas e promover direitos, os dados revelam que a efetividade das ações depende prioritariamente do fortalecimento do sistema de saúde como um todo, com melhor estruturação da rede de atenção primária, investimento em capacitação profissional e ampliação do acesso a serviços especializados.

Assim, mais do que destacar a atuação profissional isolada, os resultados apontam para a necessidade de políticas públicas integradas que enfrentem os determinantes sociais da gestação de risco, garantindo desde acompanhamento pré-natal qualificado até suporte social contínuo no pós-parto. Essa perspectiva ampliada é essencial para reduzir as vulnerabilidades que permeiam a realidade das gestantes no município.

3.7 ANÁLISE CRÍTICA: LIMITAÇÕES, AVANÇOS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE RISCO

O estudo sobre gestação de risco em Guaratuba apresenta contribuições relevantes, mas revela limitações significativas em sua abordagem. A opção metodológica quantitativa, embora adequado para capturar dados numéricos e análises estatísticas para interpretar fenômenos e responder perguntas, pode não capturar a complexidade e a riqueza dos fenômenos sociais. (Minayo, 2010). A metodologia de abordagem qualitativa poderia enriquecer a análise através da incorporação de entrevistas ou grupos focais com as gestantes e profissionais. Esta limitação metodológica acaba por restringir a compreensão das experiências subjetivas dos atores envolvidos no processo de atenção à gestação de risco

A revisão histórica das políticas de saúde, especialmente do SUS e da Rede Cegonha (Brasil, 2011), embora bem estruturada, apresenta uma lacuna crítica ao não abordar adequadamente os impactos do subfinanciamento crônico do sistema de saúde, questão amplamente documentada por (Paim *et al.*, 2011). Esta omissão enfraquece a análise dos desafios contemporâneos na implementação dessas políticas, particularmente no contexto do avanço neoliberal e seus efeitos na saúde pública, como apontam Behring (2008) e Silva e Baptista (2015).

Os determinantes sociais da gestação de risco são adequadamente identificados (Alves, 2019), mas a análise falha em incorporar uma perspectiva interseccional que considere como raça, classe e gênero se articulam para produzir vulnerabilidades específicas. Esta lacuna é particularmente problemática quando os dados apresentados revelam disparidades significativas nos indicadores de saúde entre gestantes brancas e negras, aspecto que mereceria maior aprofundamento teórico, tal como propõem Almeida e Arrais (2016) em seus estudos sobre saúde da mulher.

Conforme destacam CFESS (2010) e Marra (2015), as condições precárias de trabalho, a sobrecarga de demandas e a falta de recursos materiais e humanos constituem obstáculos concretos que limitam significativamente a atuação profissional. A ausência de relatos diretos dos assistentes sociais sobre esses desafios enfraquece a análise, criando uma dissonância entre o discurso teórico e a prática real.

Os resultados apresentados nas tabelas demonstram padrões preocupantes, como a alta prevalência de comorbidades evitáveis e o histórico de complicações em gestações anteriores. Estes dados sugerem falhas estruturais na atenção básica que não são suficientemente problematizadas no trabalho. Como argumentam Bittencourt *et al.* (2020) e Gomes *et al.* (2019), a qualidade do pré-natal e a articulação entre os diferentes níveis de atenção são fatores determinantes para a redução desses indicadores negativos.

A discussão sobre humanização do cuidado, embora presente, não enfrenta os dilemas práticos de sua implementação no cotidiano dos serviços de saúde. (Benevides e Passos, 2005) alertam para o risco de a humanização tornar-se um discurso vazio quando não acompanhado de condições materiais adequadas e de transformações nas relações de poder dentro das instituições de saúde. Esta crítica parece ausente na análise apresentada.

As recomendações para futuras pesquisas, ainda que pertinentes, poderiam ser mais ousadas ao sugerir abordagens metodológicas inovadoras, como propõe (Sousa *et al.*, 2020) com o uso de softwares de análise qualitativa, ou ao incorporar perspectivas teóricas mais recentes sobre determinantes sociais da saúde no contexto pós-pandêmico, como discutem Ahmad e Vismara (2021) em seus estudos sobre os impactos da COVID-19 na saúde mental de gestantes.

A conclusão do trabalho, embora coerente com seus objetivos, perde uma oportunidade de se posicionar mais firmemente na defesa de políticas públicas específicas. Como demonstram Victora *et al.* (2011) em seus estudos sobre saúde materno-infantil, a

transformação desses indicadores exige não apenas diagnósticos precisos, mas também propostas concretas de intervenção que articulem diferentes setores e níveis de governo.

O estudo avança na compreensão da gestão de risco em Guaratuba, mas poderia fortalecer sua contribuição através de: (1) maior rigor metodológico na coleta e análise de dados; (2) abordagem mais crítica dos determinantes estruturais das iniquidades em saúde; (3) incorporação de perspectivas interseccionais; e (4) proposição mais ousada de alternativas de intervenção. Como alertam (Netto, 2011) e (Iamamoto, 2004), o Serviço Social só cumpre seu potencial transformador quando consegue articular a crítica social com propostas concretas de superação das desigualdades.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou analisar os fatores que influenciam a gestão de risco no município de Guaratuba-PR e os desafios enfrentados pelo Serviço Social no atendimento a essa demanda. A pesquisa evidenciou que a gestão de risco é um fenômeno multifatorial, influenciado por condições clínicas, socioeconômicas e psicossociais, exigindo uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. A atuação do assistente social mostrou-se essencial para minimizar vulnerabilidades, promover o acesso a direitos e garantir um acompanhamento humanizado e integral, alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao projeto ético-político da profissão.

No primeiro capítulo, foi possível contextualizar historicamente a política de saúde no Brasil, desde as primeiras iniciativas filantrópicas até a criação do SUS, marcada pela luta por universalidade e equidade. A análise demonstrou que, apesar dos avanços legais, como a Constituição de 1988 e a implementação de programas como a Rede Cegonha, persistem desafios estruturais, como o subfinanciamento crônico e a desigualdade regional no acesso aos serviços. Essas limitações impactam diretamente a qualidade do atendimento às gestantes em situação de risco, especialmente em municípios como Guaratuba, onde a sazonalidade turística e a dispersão geográfica agravam as vulnerabilidades sociais.

O segundo capítulo destacou a evolução do Serviço Social na saúde, desde sua inserção como profissão regulamentada até seu papel estratégico na equipe multiprofissional. A atuação do assistente social no ambulatório de gestão de risco envolve não apenas a escuta qualificada e o acolhimento, mas também a articulação de políticas públicas, como o Programa Mãe Paranaense e o Mãe Guaratubana. Esses programas, inspirados em experiências bem-sucedidas

como a Rede Cegonha, buscam reduzir a mortalidade materno-infantil por meio da estratificação de risco e do acompanhamento humanizado. No entanto, a efetividade dessas ações depende da integração entre os níveis de atenção e do fortalecimento da rede de proteção social.

A análise do perfil das gestantes atendidas no ambulatório de Guaratuba revelou padrões preocupantes, como a alta prevalência de comorbidades evitáveis (diabetes gestacional, hipertensão) e a predominância de baixa escolaridade. Esses dados reforçam a interseção entre desigualdades sociais e saúde reprodutiva, evidenciando a necessidade de políticas intersectoriais que articulem saúde, educação e assistência social. Além disso, a presença de transtornos psicológicos e históricos de complicações em gestações anteriores destacou a importância de abordagens que incluam suporte emocional e educação em saúde.

O terceiro capítulo apresentou os desafios concretos enfrentados pelo assistente social na prática cotidiana, como a alta demanda de atendimentos, a escassez de recursos e a burocratização dos serviços. Apesar disso, a pesquisa mostrou que a atuação profissional é fundamental para garantir direitos, combater violências e promover a autonomia das gestantes. Estratégias como visitas domiciliares, grupos operativos e articulação com a rede de apoio demonstraram potencial para transformar realidades, embora dependam de maior investimento em políticas públicas e na participação social.

A análise crítica do trabalho apontou lacunas metodológicas, como a falta de triangulação de métodos, e teóricas, como a ausência de uma perspectiva interseccional que considere raça, classe e gênero. Essas limitações sugerem a necessidade de futuras pesquisas que aprofundem a relação entre determinantes sociais e desfechos perinatais, além de avaliarem a efetividade de intervenções baseadas em evidências. Apesar disso, o estudo contribuiu para a compreensão da gestação de risco como expressão da questão social, reforçando o papel do Serviço Social na mediação entre as políticas públicas e as necessidades das mulheres atendidas.

Dessa forma, a atuação profissional, pautada no projeto ético-político da categoria, mostrou-se essencial para enfrentar as desigualdades e promover um cuidado integral e humanizado. No entanto, os avanços dependem do fortalecimento das políticas públicas, da integração entre os setores e da ampliação da participação social, garantindo que os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres sejam efetivados em sua plenitude.

Por fim, este trabalho evidenciou que a gestação de risco em Guaratuba é um reflexo das contradições estruturais do sistema capitalista, que perpetuam iniquidades e limitam o acesso a direitos básicos. O Serviço Social, ao atuar na promoção de equidade e justiça social,

demonstra seu potencial crítico e interventivo, alinhado aos princípios do SUS e à defesa intransigente dos direitos humanos. Futuras pesquisas devem continuar investigando estratégias para reduzir vulnerabilidades e ampliar o impacto das ações profissionais, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Este estudo não apenas cumpriu seu objetivo de analisar os fatores de influência e os desafios da gestação de risco em Guaratuba, mas também destacou o papel indispensável do assistente social nesse contexto. A pesquisa serviu como um chamado para o fortalecimento das políticas públicas e a valorização da atuação profissional, reafirmando que a saúde materno-infantil é um direito fundamental que deve ser garantido a todas as mulheres, independentemente de suas condições sociais ou geográficas.

REFERÊNCIAS

AHMAD, Monica; VISMARA, Laura. O impacto psicológico da pandemia de COVID-19 na saúde mental das mulheres durante a gravidez: uma rápida revisão de evidências.

International Journal of Environmental Research and Public Health, Basel, v.18, n.13, 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes Curriculares da ABEPSS**. [S.l.]: ABEPSS. 2010. Disponível em: https://abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311145368198230.pdf. Acesso em: [data de acesso].

ALBUQUERQUE, Roberto Nascimento de; ROLLEMBERG, Daiana Valéria da Silva. Fatores de risco e cuidados à mulher com baby blues. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 21, n.1, p. 235-244, 2021.

ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n.4, p. 847-863, dez., 2016.

ALVES, Francisca Liduina Cavalcante *et al.* Grupo de gestantes de alto risco como estratégia de educação em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 40, e20180023, 2019.

ANDRADE, Raquel Dully *et al.* Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 181-186, 2015.

ANDRADE, Cristiano de Jesus; PRAUN, Luci; AVOGLIA, Hilda Rosa Capelão. Estratégias defensivas utilizadas frente à conciliação maternidade e trabalho: um olhar para as profissionais da educação. **Brazilian Journal of Development**, Brasília, v.6, n.6, p. 35436-35452, 2020.

ANTONIAZZI, Marina Peripolli; SIQUEIRA, Aline Cardoso; FARIAS, Camila Peixoto. Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. *Pensando em famílias*, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 191–207, 2019.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 23-34, 2019.

AZEVEDO, Cínthia Costa da Silveira; HIRDES, Alice; VIVIAN, Aline Groff. Repercussões emocionais no contexto da gestação de risco. **International Journal of Development Research**, v.10, p. 40216-40220, 2020.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Revista Interface**, Bocatú, v.9, n.17, p.389-394, 2005.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em Contra- Reforma: **desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo *et al.* Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 11, p. 1-11, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf Acesso em 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres - PNAISM. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-da-mulher/pnaesm>. Acesso em: 1 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática: Centro de Documentação. Brasília 1984. Acesso em 03 agosto de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf Acesso em 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco: Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica**, nº 32. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco: Manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Gestão de Alto Risco**. 1ª edição 2022. versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 6 de março de 1997**. Dispõe sobre a atuação do profissional de saúde no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 mar. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). **Folha informativa - Mortalidade materna**, 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: MS, 2020.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurilio C.. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Martins. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez / UFRJ. 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil*. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CABRAL, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira *et al.* Receios na gestação de alto risco: Uma análise da percepção das gestantes no pré-natal. **Revista de Psicologia**, São Paulo, v.12, n.40, 2018.

CAVALCANTE, G. M. M; PRÉDES, R. L. A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social. **Revista Libertas, Juiz de Fora**, v. 10, n.1, p. 1- 24, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.editoraufjf.com.br/revista/index.php/libertas/article/viewFile/1860/1309>>. Acesso em: 04 agost. 2025.

CALIL, G. G.. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, n. 140, p. 30–47, jan. 2021.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARVALHO, Laís Lage de *et al.* Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: Análise de mulheres grávidas hospitalizadas. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 52, n. 4, p. e36341, 2021.

CASTIGLIONI, Críslen Malavolta *et al.* Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem REUFMS**, Santa Maria, v.10, n.50, p.1-19, 2020.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Trabalho de Assistentes Sociais na Pandemia da Covid-19: Orientações e Debates. Brasília: CFESS, 2020.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Trabalho de Assistentes Sociais na Pandemia da Covid-19: Orientações e Debates**. Brasília: CFESS, 2021.

CONDELES, Paulo César *et al.* Qualidade de vida no período puerperal: importância e satisfação. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 20, e41421, 2019.

CORRÊA, Maria Suely Medeiros *et al.* Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00136215, 2017.

COSTA, Andressa Laisy Viela da; AZEVEDO, Francisco Honeidy Carvalho. Puerperium and nursing care: a systematic review. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, São Paulo, v.10, n.14, e574101422365, 2021.

COSTA, Lediane Dalla *et al.* Percepções de gestantes internadas em um serviço de referência em alto risco. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 23, 1199, 2019.

CSIKSZENTMIHALY, Mihaly. **A Descoberta do Fluxo: A Psicologia do Envolvimento com a Vida Cotidiana**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

DUNN, Carolyn *et al.* Abordagens de atenção plena e perda de peso, manutenção de peso e recuperação de peso. **Current Obesity Reports**, v.7, n.1, p.37-49, 2018.

FERREIRA, Lais Assenheimer de Paula *et al.* Índice de massa corporal pré-gestacional, ganho de peso na gestação e resultado perinatal: estudo descritivo retrospectivo. **Einstein**, São Paulo, v. 18, eAO4851, out. 2019.

FERREIRA, Sayonara Natália; LEMOS, Marina Pereira; SANTOS, Walquíria Jesusmara. Representações sociais de gestantes que frequentam serviço especializado em gestações de

alto risco. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v.1, n.1, 2020.

FERREIRA, Tiago Filipe *et al.* Perturbação obsessivo-compulsiva perinatal: etiologia e terapia cognitivo-comportamental. **Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação**, Porto, v. 27, n. 1, 2021.

FREITAS, Jhonata Henrique Miranda; ALVES, Larissa Luz. A importância do pai no pré-natal. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, São Paulo, v.10, n.14, 2021.

GANDOLFI, Fabiana Romagnoli Rodrigues *et al.* Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 1-6, jun. 2019.

GUARATUBA. Lei nº 2.083, de 20 de dezembro de 2023. Estima a Receita e Fixa a Despesa do Município de Guaratuba para o exercício financeiro de 2024. **Diário Oficial do Município**, Guaratuba, PR, 20 dez. 2023.

GUARATUBA. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Guaratuba: PMS, 2022. Disponível em: <http://portal.guaratuba.pr.gov.br/pms2024/PMS-2022-2025-Plano-Municipal-de-Saude-2022-2025.pdf>. Acesso em: 04 de agos. 2025.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. – Rio de Janeiro: Unirio, 2007.

GOMES, Marina Neves de Almeida *et al.* **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério: guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde**. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019. 56 p.

GUERREIRO, Eryjosy Marculino *et al.* Health education in pregnancy and postpartum: meanings attributed by puerperal women. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 67, n. 1, p. 13-21, 2014.

HOTIMSKY, S. N.. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 215–215, jan. 2008.

HANSON, Petra *et al.* A aplicação da atenção plena em um serviço de obesidade de nível 3 melhora o comportamento alimentar e facilita a perda de peso bem-sucedida. **Jornal de Endocrinologia Clínica e Metabolismo**, Brasília, v.104, n.3, p.793-800, 2019.

HOINSKI, Renan *et al.* Revisão integrativa sobre Resiliência Psicológica em publicações brasileiras. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.40, p.1872-1894, 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. São Paulo: Cortez, 2008b.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004. 7ªEdição.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=21016>
37. Acesso em: 04 de agost de 2015.

KABAT-ZINN, Jon; HANH, Thich Nhat. **Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness**. Inglaterra: Bantan, 2009.

LIMA, N. T. **O SUS e a Constituição de 1988: uma análise crítica**. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2010. p. 23-40.

LOPES, Giovanna de Carli *et al.* Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após rede cegonha. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. 1-12, 2019.

MARTINS, Eunice Francisca *et al.* Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 01-11, 2017.

MARRA, Daphne dos Santos. **O trabalho do assistente social na saúde: um recorte sobre as urgências e emergências do DF**. 2015. 70 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) —Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
MARX, K & Engels, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

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

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, Daniele Barbosa Borges de; SANTOS, Amanda Cabral dos. Saúde mental das gestantes: a importância dos cuidados de enfermagem. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasília, vol. 5, n.11, jul-dez, 2022.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 25 anos: avanços e desafios. Salvador: EDUFBA, 2013.

PAIM, Jairnilson et al. O Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2345-2352, 2011.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Women's health during pregnancy, childbirth and puerperium: 25 years of recommendations from international organizations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 1-2, 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA, 2012. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/mae_paranaense_linha_guia_2012.pdf. Acesso em: 30 jul. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Linha Guia – Atenção Materno Infantil. 8. ed. Curitiba: SESA-PR, 2022. 80 p. ISBN 978-85-66800-27-2. Disponível em: [Linha Guia – Atenção Materno Infantil: Gestação](#). Acesso em: 04 de agos. 2025.

RAYBURN, William. At-Risk Pregnancies. **Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America**, México, v. 42, n. 2, p. 13-14, 2015.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos et al. **Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS**. Saúde em Debate [online]. 2016, v. 40, n. spe [Acessado 3 Agosto 2025 , pp. 122-135. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042016S11>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S11>.

SILVA, Euriany Maria Souza da; CARDOSO, Sandy Sampaio; LEITE, Ingrid da Silva. ISTs: suas principais complicações na gravidez. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, São Paulo, v.10, n.16, 2021.

SILVA, Patrícia Ferrás Araújo da; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde debate**. 2015

SOUSA, Yuri Sá Oliveira *et al* . O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João del-Rei , v. 15, n. 2, p. 1-19, 2020.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A Prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da; PROGIANTI, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2017.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2011.

VICTORA, Cesar *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, Pelotas, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VIERA, Viviane Cazetta de Lima *et al.* Vulnerabilidade da gravidez de alto risco na percepção de gestantes e familiares. **Rev Rene**, Fortaleza, v.20, e40207, 2019.

WANG, Shu Lei *et al.* Benefícios do treinamento de atenção plena na saúde mental das mulheres durante a gravidez e a maternidade precoce: um estudo controlado randomizado. **Ciências biomédicas e ambientais**, Shandong, v.36, n.4, p. 353-366, 2023.