

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ARIANNE NOBRE BARBOSA**

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM RESGATE SOBRE O FAZER PROFISSIONAL  
DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO**

NATAL/RN  
2016

**ARIANNE NOBRE BARBOSA**

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM RESGATE SOBRE O FAZER PROFISSIONAL  
DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO**

Monografia apresentada à graduação em Serviço Social, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Jussara Keilla Batista do Nascimento Almeida.

NATAL/RN  
2016

Catálogo da Publicação na Fonte.  
UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Barbosa, Arianne Nobre.

Serviço social e saúde: um resgate sobre o fazer profissional do/a assistente social na Maternidade Escola Januário Cicco/Arianne Nobre Barbosa. - Natal, RN, 2016.

89f.

Orientador: Profa. Me. Jussara Keilla Batista do Nascimento Almeida.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço Social.

1. Serviço Social - Saúde - Monografia. 2. Fazer profissional - Assistente social - Monografia. 3. Condições de trabalho - Monografia. I. Almeida, Jussara Keilla Batista do Nascimento. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 364.2:61

**ARIANNE NOBRE BARBOSA**

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM RESGATE SOBRE O FAZER PROFISSIONAL  
DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO**

Monografia apresentada à graduação em Serviço Social, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 12 / 12 / 2016

**BANCA EXAMINADORA**

*Jussara Almeida*

Prof<sup>ª</sup> Ms. Jussara Keilla Batista do Nascimento Almeida  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Orientadora

*Maria Dalva Horácio da Costa*

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Dalva Horácio da Costa  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Examinadora interna

*Thiago Diniz de Souza*

Esp. Thiago Diniz de Souza  
Assistente Social – Maternidade Escola Januário Cicco  
Examinador externo

*Àqueles a quem devo tudo que sou e que me motivam a ir mais longe sempre: Arilson, Gerlyanne e à minha pequena, Anita Laura.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter me possibilitado chegar até aqui. Não tenho dúvidas de que o Seu amor foi minha principal fonte de sustento nos momentos de incertezas e tribulações. A Ele toda honra e toda glória, sempre!

Aos meus pais, Arilson e Gerlyanne, por terem me ensinado os verdadeiros valores da vida desde muito cedo. Serei eternamente grata por todas as vezes que renunciaram seus próprios sonhos para realizarem os meus. Por todo amor, carinho e confiança que depositaram em mim. Muito obrigada! Vocês sempre serão os meus maiores exemplos de vida, de luta e perseverança. Eu os amo de todo meu coração!

À minha pequena, meu sonho, minha irmã: Anita Laura. Obrigada por todas as vezes que torceu pela minha vitória, ainda que sem entender a verdadeira dimensão do que tudo isto significa. Sua preocupação, carinho e afeto me impulsionam a ser melhor todos os dias. Eu te amo!

Ao meu namorado, melhor amigo e parceiro de todos os momentos, Yves. Agradeço por sempre acreditar tanto no meu potencial e por ter me dado forças em todos os momentos quando achei que não conseguiria. Seu amor e cuidado me incentivam a ir mais longe, sempre. Que possamos fechar vários outros ciclos juntos. Amo-te, meu amor!

Às minhas avós, dona Naza e dona Branca, por todo cuidado e dedicação desde que descobriram minha vinda a este mundo. Vocês estarão sempre guardadas em um lugar repleto de mimos e comidas gostosas em meu coração.

Aos meus avôs, Netinho e seu Clóvis (*in memoriam*), por tanto me incentivarem a seguir firme com os estudos. Obrigada pelo incentivo, pelo carinho e pelas tantas alegrias compartilhadas.

À minha tia Gyslanne, a pequena Bianca e a Anderson. Obrigada por torcerem tanto pelo meu sucesso, por todo apoio e amor nos momentos em família. Vocês são muito especiais e nenhuma palavra é capaz de mensurar tamanho carinho e gratidão.

Às amigas de longa data, Bruna e Maria Clara, que desde a infância me ensinam o valor inestimável de uma verdadeira amizade. E à pequena Yasmin, presente enviado por Deus para agraciar os meus dias. Vocês fazem parte de mim!

Às amigadas construídas no Salesiano e que a vida se encarregou de eternizar: Laysla, Tainara, Manuela, Clarissa, Rafaella, Luana, Gabrielli e Laura. Obrigada pela alegria de todos os encontros e pelo apoio nos momentos difíceis.

Àquelas que compartilharam comigo todos os momentos no decorrer desta trajetória. À minha eterna dupla, Helena, pela parceria na construção dos trabalhos acadêmicos e pela amizade construída; à Aline, pelos tantos risos proporcionados mesmo nos momentos mais difíceis e pela contribuição singular nesta pesquisa; à Mariana, pela calma e positividade nos momentos em que a tensão parecia falar mais alto; à Giulia, parceira e dupla na experiência de estágio, com quem vivenciei experiências indescritíveis que tanto contribuíram para minha formação profissional e pessoal; à Ana Paula, pela oportunidade de construir uma amizade inesperada, mas que tanto acrescentou uma à outra; e à Luana, pelo coração maravilhoso e bondoso que admiro incansavelmente. Vocês foram os melhores presentes que o Serviço Social me concedeu e ocupam um espaço extraordinário em meu coração.

A toda equipe de Serviço Social da Maternidade Escola Januário Cicco, pela riquíssima experiência de estágio vivenciada ao longo dos dois semestres letivos. Guardarei com carinho todas as lembranças compartilhadas. Agradeço também, de maneira singular, por terem contribuído significativamente para materialidade desta pesquisa. Muito obrigada!

Ao melhor supervisor de estágio que eu poderia ter: Thiago Diniz. Faltam palavras que possam descrever tamanha gratidão pela sua contribuição em minha trajetória acadêmica. Sua supervisão foi de grande valia para minha formação, me possibilitou perceber a atuação do(a) assistente social sob perspectivas singulares e me tornou mais segura para o exercício da profissão. Quem dera um dia eu seja um pedacinho do profissional competente que és. Obrigada por tudo. Contar com sua amizade também foi fundamental para concretização desta conquista.

A todos os(as) professores(as) que no decorrer desses quatro anos de graduação me possibilitaram aprendizados inimagináveis, especialmente a: Carla Montefusco, Dalva Horácio, Jussara Almeida, Eliana Guerra, Samuel Gabbay, Fernando Gomes e Eliana Andrade.

Aos amigos atemporais que a vida me presenteou e torcem pelo meu sucesso incansavelmente: Diego, Yasmin (e também a pequena e amada Laura), Ranieri, Vivianne, Anna Paula, Letícia, Layssa, Marília e Iannys. Aos amigos de caminhada do Suporte, Segue-me e AJS.

E a todos que contribuíram com vibrações positivas, mesmo que de longe!  
O meu muitíssimo obrigada, por tudo!



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

*(IAMAMOTO, 2010, p. 17)*

## RESUMO

A presente pesquisa possui como objetivo principal resgatar os elementos constituintes do cotidiano profissional do assistente social inserido na Maternidade Escola Januário Cicco – MEJC, localizada no município de Natal/RN. Na perspectiva de abranger os objetivos apontados por este estudo, identificamos junto aos profissionais de Serviço Social da instituição quais são as principais demandas que surgem, como ocorre a execução das atividades realizadas pelo setor mediante os limites e possibilidades de atuação e, também, quais as condições de trabalho em que estão submetidos. Para contextualizar a inserção do profissional de Serviço Social neste espaço sócio-ocupacional, realizamos uma breve retomada sobre o processo histórico da saúde pública no Brasil, desde o período da colonização até promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS. Assim como, exploramos o processo de construção das políticas de atenção a saúde materno-infantil, área de atendimento na qual a MEJC se configura como referência no estado do Rio Grande do Norte. O estudo foi fruto da experiência de estágio curricular na instituição, entre os anos de 2015 e 2016. A opção teórico-metodológica de análise seguiu o método materialista histórico-dialético, com análise documental, bibliográfica e de campo, através da aplicação de questionários semi-estruturados. Dentre os resultados obtidos constatamos que a atuação profissional do assistente social na instituição sofre rebatimentos expressivos das condições de trabalho precarizadas em que estão submetidos. Pois não dispõem de condições éticas e técnicas para o trabalho devido à insuficiente infraestrutura/espço físico do setor; estão relativamente satisfeitos com a faixa salarial; insatisfeitos com o plano de cargos, carreiras e salários; e ainda, sujeitos a condições hierarquizadas que dimensionam o modelo médico hegemônico vigente nas práticas em saúde. Apesar disso, os profissionais demonstraram compromisso com a defesa do projeto ético-político do Serviço Social, bem como desenvolvem suas atividades mediante o panorama de limites e possibilidades que integram o cenário institucional, sob uma postura combativa e vigilante na luta pela garantia de um serviço de qualidade.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Fazer profissional. Condições de trabalho.

## ABSTRACT

The main objective of the present research is to rescue the constituent elements of the professional life of the social worker inserted in the Maternidade Escola Januário Cicco - MEJC, located in Natal/RN. From the perspective of covering the objectives pointed out by this study, we identified with the Social Work professionals of the institution what are the main demands that arise, such as the execution of the activities carried out by the sector through the limits and possibilities of action, and also which Working conditions in which they are submitted. In order to contextualize the insertion of the Social Work professional in this social-occupational space, we made a brief resumption of the historical process of public health in Brazil, from the period of colonization to the promulgation of the Federal Constitution of 1988 and the institution of the Sistema Único de Saúde – SUS. As well, we explore the process of constructing policies on maternal and child health care, a service area in which the MEJC is a reference in the state of Rio Grande do Norte. The study was the result of the experience of curricular internship in the institution between the years 2015 and 2016. The theoretical-methodological option of analysis followed the historical-dialectical materialist method, with documentary, bibliographic and field analysis, through the application of semi-structured questionnaires. Among the results obtained, we verified that the professional performance of the social worker in the institution suffers significant refusals of the precarious working conditions in which they are submitted. Because they do not have ethical and technical conditions for work due to the insufficient infrastructure / physical space of the sector; are relatively satisfied with the salary range; dissatisfied with the job plan, careers and salaries; and also, subject to hierarchical conditions that dimension the hegemonic medical model in force in health practices. In spite of this, the professionals demonstrated a commitment to defend the ethical-political project of Social Work, as well as to develop their activities through the panorama of limits and possibilities that integrate the institutional scenario, under a combative and vigilant position in the struggle for the guarantee of a service of quality.

Keywords: Social Work. Health. Make it professional. Work conditions.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 01 – Execução de ações incluídas no campo de atuação do SUS

Gráfico 01 – Satisfação salarial

Gráfico 02 – Quantidade de vínculos empregatícios

Gráfico 03 – Condições de trabalho

## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
ABESS – Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social  
ANAS – Associação Nacional dos Assistentes Sociais  
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde  
CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social  
DNCr – Departamento Nacional da Criança  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
HU – Hospital Universitário  
HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes  
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MEJC – Maternidade Escola Januário Cicco  
MES – Ministério da Educação e Saúde da Criança  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NV – Nascido Vivo  
ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organização Não Governamental  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OS – Organização Social  
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários  
PEC – Proposta de Emenda Constitucional  
PEPSS – Projeto Ético-Político do Serviço Social

PHPN – Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH – Política Nacional de Humanização

PROAMA – Programa de Atendimento a Mulher em Situação de Violência

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

RJU – Regime Jurídico Único

RMM – Razão de Mortalidade Materna

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO .....</b>	<b>20</b>
2.1 O PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL .....	20
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS .....	29
2.3 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL .....	35
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC .....</b>	<b>43</b>
3.1 O DEVER SER DA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE .....	43
3.2 CONHECENDO O LÓCUS DA PESQUISA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A MEJC .....	53
3.3 O FAZER PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA MEJC .....	57
3.4 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL .....	65
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, desde a sua gênese, esteve demarcado pela influência de interesses antagônicos que apresentaram objeções a sua plena consolidação. Ainda que a Constituição Federal de 1988 tenha apresentado inquestionáveis avanços na perspectiva do direito à saúde como política social universal, muitos foram os percalços que constituíram a consolidação de um modelo de saúde pautado nos ideais propostos pelo movimento da Reforma Sanitária.

Isso se deve ao contexto político-econômico instaurado a partir dos anos 1990, pautado nos ideais neoliberais e nos interesses do projeto privatista em curso, que direcionam sua lógica na política do ajuste e na contenção dos gastos públicos. Tornando, assim, o cenário desfavorável para concretização integral do SUS. O que não somente propõem ameaças a garantia do direito universal à saúde, como também a materialização do nosso projeto ético-político profissional.

Dessa forma, o conjunto de desafios que se apresentam à prática profissional do/a assistente social na política de saúde e, principalmente, as inquietações originadas através da experiência de estágio<sup>1</sup> culminaram na elaboração da presente pesquisa. A experiência de estágio supervisionado é fundamental na experiência do/a estudante, pois,

[...] apresenta como uma de suas premissas oportunizar ao(a) estudante o estabelecimento de relações mediatas entre os conhecimentos teórico-metodológicos e o trabalho profissional, a capacitação técnico-operativa e o desenvolvimento de competências necessárias ao exercício da profissão, bem como o reconhecimento do compromisso da ação profissional com as classes trabalhadoras, neste contexto político-econômico-cultural sob hegemonia do capital. (ABEPSS, 2010, p. 14)

O estágio, portanto, se configura como uma etapa imprescindível no processo de formação profissional, pois garante a apreensão do significado sócio-histórico da profissão, das condições de trabalho do/a assistente social, das conjunturas, das instituições, do universo dos trabalhadores usuários dos diversos serviços e das políticas sociais (ABEPSS, 2010).

---

<sup>1</sup> A experiência de estágio citada refere-se à atividade curricular obrigatória, que ocorreu na Maternidade Escola Janário Cicco (MEJC) sob supervisão acadêmica e de campo, no período de dois semestres letivos (2015.2 e 2016.1).



Ademais, a iniciativa em discutir a temática surgiu pela notoriedade de que ainda é relativamente inusual o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao exercício da profissão em si. Acerca disso, Almeida (2007) afirma que,

“[...] ainda é pouco comum as reflexões que resgatam as experiências profissionais realizadas ou em curso, independentemente dos recortes analíticos através dos quais elas foram sistematizadas. Esta preocupação se torna ainda mais flagrante justamente em processos investigativos que visam a elaboração de monografias, não só as de conclusão do curso de graduação como as do curso de pós-graduação. (ALMEIDA, 2007, p. 402)

Dessa forma, a relevância em discutir esta temática consiste em desenvolver o exercício de sistematização da prática profissional. Aspecto de extrema importância na atuação do/a assistente social, pois favorece uma reflexão incessante de suas ações no cotidiano institucional e estimula o processo de contínua formação teórico-metodológica sobre os fundamentos que constituem nossa profissão.

Mais ainda, se configura enquanto condição indispensável uma frequente discussão sobre os elementos condicionantes do exercício profissional, uma vez que o trabalho do/a assistente social encontra-se exposto a um aglomerado<sup>2</sup> de determinantes históricos que impõem limitações objetivas à consolidação do projeto profissional que vislumbramos.

Isso se deve ao contexto de constante desconstrução dos direitos sociais, especificamente neste caso, do direito à saúde, que de maneira contínua sofre os rebatimentos da ofensiva neoliberal e dos ajustes mais perversos da crise do capital. O que requer profissionais críticos e, sobretudo, continuamente fortalecidos teórico-metodologicamente em discussões que possuam como eixo central, o fazer profissional.

Bravo e Matos (2007) apontam que o código de ética da profissão apresenta elementos fundantes para o trabalho dos/as assistentes sociais na política de saúde, o que também se configura enquanto fator de significativa relevância para esta pesquisa. Dentre os 11 (onze) princípios fundamentais, destacam-se os seguintes:

---

<sup>2</sup> Dentre os principais, podemos citar: o avanço do conservadorismo na sociedade brasileira, o contexto das privatizações e da precarização do trabalho, dentre outras.

- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. (CFESS, 2011, p. 23-24)

Ainda, Bravo e Matos (2007, p. 214) reforçam que um dos fatores que contribuem para uma atuação crítica e competente do Serviço Social na área da saúde consiste em “[...] sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde”. Fatores esses que materializam a relevância em discutir a temática deste estudo e, sobretudo, suscitaram a aspiração da pesquisadora.

Desse modo, a pesquisa possuiu como objetivo principal resgatar os elementos constituintes do cotidiano profissional do/a assistente social inserido na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), a partir dos seguintes objetivos específicos: 1) investigar como se deu o processo histórico da política de saúde no Brasil, adentrando nas especificidades da atenção à saúde materno-infantil; 2) analisar os principais elementos que constituem o fazer profissional na MEJC, mediante as demandas neste espaço sócio-ocupacional; e 3) identificar as condições de trabalho no setor de Serviço Social da instituição e como elas afetam o exercício profissional.

A opção teórico-metodológica desta pesquisa seguiu a corrente epistemológica materialista na perspectiva histórico-dialética, devido à relação de totalidade que apresenta para análise da realidade estudada. De acordo com Netto (2011b, p. 20-21), “[...] a teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa [...]”. De modo que, a escolha de tal método, significa realizar sucessivas aproximações com o objeto de pesquisa, com o objetivo de ir além do que ele se mostra na aparência, para compreender a sua essência.

O procedimento disposto para discussão e problematização deste estudo primou pelo uso de fontes bibliográficas e documentais, bem como pela pesquisa de

campo, através da aplicação de questionários semi-estruturados a uma amostra qualitativa de 60% do total de assistentes sociais que atuam na MEJC. A coleta de dados foi realizada na própria instituição, no dia 17 de novembro de 2016.

Os resultados obtidos serão postos no decorrer da presente pesquisa, à qual está organizada da seguinte forma: primeiramente, realizamos uma discussão referente à perspectiva histórica da política de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Analisando os avanços que a Constituição Federal de 1988 significou, bem como a institucionalização do SUS e os principais percalços enfrentados para sua efetiva consolidação. Em seguida, para adentrar na temática em que o lócus da pesquisa está inserido, realizamos uma breve explanação sobre as principais políticas de atenção à saúde materno-infantil no Brasil. A discussão sobre tais categorias são fundamentalmente importantes, pois contextualizam o cenário em que estão inseridos os/as assistentes sociais da MEJC.

O próximo capítulo inicia adentrando um pouco mais sobre a atuação dos/as profissionais na política de saúde, realizando uma breve análise dos fundamentos teórico-metodológicos que fundamentaram historicamente essa prática, chegando até a contemporaneidade. Então, contextualizamos com os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, e, em seguida, adentramos propriamente nos resultados obtidos através da pesquisa de campo. Onde elucidamos os elementos que constituem o fazer profissional do/a assistente social na MEJC e discutimos quais as condições de trabalho em que estão submetidos/as.

Por fim, realizamos as considerações finais obtidas através da concretização deste estudo, seguido das referências bibliográficas que foram consultadas e dos apêndices.

## **2 A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO**

O presente capítulo abordará todo o processo histórico da saúde pública brasileira, desde o período da colonização, o surgimento das medidas sanitárias voltadas ao combate das epidemias, endemias e doenças que assolavam os portugueses, índios e demais povos que aqui se instalaram. Também abordará o período monárquico, adentrará na República Velha, fortemente marcada pelas oligarquias cafeeiras, chegando a Era Vargas e a criação das caixas de aposentadorias, ministérios e institutos previdenciários.

Ademais, abordará o período do regime militar, passando pelo movimento sanitário e todas as lutas e reivindicações que resultaram na Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), quando definitivamente, a política de saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado. Por fim, para adentrar especificamente na temática deste trabalho, abordará o histórico das políticas de atenção à saúde materno-infantil no Brasil, bem como dos principais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

## 2.1 O PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Desde a chegada de Pedro Álvares Cabral na colônia portuguesa vários obstáculos precisaram ser enfrentados pelos colonizadores. Um dos principais deles foi as múltiplas e frequentes enfermidades que atingiam aos portugueses e aos escravos africanos, fazendo com que esses tivessem poucas chances de sobrevivência. Além disso, os diversos conflitos com os indígenas e as dificuldades materiais de vida também se caracterizavam como dificuldades a serem enfrentadas, fazendo com que a colônia portuguesa fosse bastante temida e vista com a imagem de “inferno” (BERTOLLI FILHO, 2002).

Segundo Bertolli Filho (2002), esses obstáculos colocavam em perigo o projeto europeu de colonização e exploração do Brasil e, mediante tal situação, foram criados os cargos de físico-mor e cirurgião-mor no século XVI, com o objetivo de cuidar da saúde da população. Entretanto, esses cargos passaram bastante tempo sem ocupantes, pois eram poucos os médicos que tinham interesse em transferir-se para a colônia, devido à baixa remuneração e com medo dos perigos que aqui enfrentariam. Os raros médicos que vieram ao Brasil encontraram muitas dificuldades, pois além do extenso território a população era bastante pobre e, em sua maioria, não tinha condições para pagar as consultas. Os tratamentos também

eram à base de sangrias e purgantes, e por isso, a população optava por utilizar a medicação feita por escravos curandeiros e indígenas.

Somente com a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil, em 1808, houve mudanças em diversos setores na administração pública da colônia, inclusive na área da saúde. Pelo fato de no Rio de Janeiro funcionar o principal porto do país e ser a sede provisória da família real, a cidade tornou-se o centro polo das ações sanitárias. Dessa forma, em 1813 foi fundada a academia médico-cirúrgica do Rio de Janeiro, e em 1815, a da Bahia, que posteriormente se tornaram as duas primeiras escolas de Medicina do Brasil. Pouco tempo depois, em 1829, também foi fundada a Imperial Academia de Medicina (BERTOLLI FILHO, 2002). Aqui se observa que as organizações de saúde são criadas para atender a elite da coroa portuguesa no Brasil.

Apesar de todas as medidas sanitárias tomadas, essas ainda se caracterizaram como bastante fragilizadas, frente ao quadro de tantas doenças infecciosas que assolavam a população e os faziam lutar por conta própria até a morte. Em casos mais graves, os que tinham melhores condições financeiras recorriam à assistência médica na Europa ou as clínicas particulares que começaram a surgir na região do Rio de Janeiro, enquanto os mais pobres continuavam recorrendo aos curandeiros. Esses, ainda, tinham bastante receio em serem internados nas Santas Casas da Misericórdia<sup>3</sup>, pois se misturavam pacientes com diversos tipos de doenças na mesma enfermaria e, somado a falta de higiene nesses hospitais, a morte era praticamente o único destino desses pacientes.

Dessa forma, o período imperial da história do Brasil chegou ao fim sem que o Estado solucionasse os tantos problemas de saúde pública que a população enfrentava naquela época, e assim, os problemas adentraram para o período republicano.

O período da República Velha (1889-1930) caracterizou-se principalmente pela substituição da mão de obra escrava pela assalariada, uma necessidade que surgiu para atender as demandas do capitalismo e pelo embalo da ideia de modernização do Brasil a todo custo, expresso no lema positivista da bandeira

---

<sup>3</sup> “Desde o século XVI, existiam em quinze cidades brasileiras hospitais da Santa Casa da Misericórdia, ‘quase todos modestos e em permanente estado de penúria, promovendo assistência a uma população de indigentes e moribundos’ [...] Em suas dependências, os internos recebiam ajuda material e espiritual. Além disso, os hospitais contavam com a visita diária de um médico. No hospital da Misericórdia da Santa Casa no Rio de Janeiro, inaugurado em 1582, seriam ministradas as aulas práticas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro”. (EDLER, 2010, p. 38)

nacional como “Ordem e Progresso”<sup>4</sup>. Esse período também ficou marcado pelo poder das oligarquias de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, devido à expansão da economia cafeeira nessas regiões, sendo necessário, portanto, a expansão da mão de obra, composta em sua maioria por imigrantes europeus. Esses vieram para trabalhar nas indústrias que começaram a serem criadas no país, resultantes dos lucros advindos da produção do café, ocasionando, dessa forma, uma expansão nas atividades comerciais e um aumento desenfreado da população urbana (BERTOLLI FILHO, 2002).

Bravo (2009), citando Braga e Paula (1985: 41-42) afirma que a saúde surgiu como questão social no Brasil a partir do século XX, no ápice da economia capitalista exportadora cafeeira. Ou seja, como um reflexo da divisão do trabalho e da emergência do trabalho assalariado no país.

Para tais autoras, o surgimento do trabalho assalariado se configura como consequência do modo de produção capitalista para suprir as demandas de um modelo agrário-exportador, pautado na exportação do café. Por isso, fazia-se necessário urgentemente a modernização do país, a partir de investimentos na infraestrutura, na construção de ferrovias e portos. Fazia-se necessário também controlar as epidemias que se alastravam pelos grandes centros urbanos e que se tornaram mais intensas devido ao processo de urbanização desenfreado e desorganizado, proporcionando condições de vida, higiene, habitação e saúde inadequadas a grande massa de trabalhadores.

Diante disso, o governo republicano reorganizou os serviços sanitários. As antigas juntas e inspetorias de higiene provinciais foram substituídas por serviços sanitários estaduais. Contudo, o fato desses serviços serem desorganizados intensificou a ocorrência de epidemias e, entre os anos 1890 e 1900, os principais centros urbanos daquela época foram atingidos por fortes surtos de varíola, peste bubônica, febre amarela, cólera e febre tifoide, doenças essas que foram causa da morte de milhares de pessoas.

Como uma forma de buscar estratégias para aquela situação os médicos passaram a ocupar cargos importantes na administração do país, com o objetivo de fiscalizar a condição sanitária da população, realizar drenagem nos pântanos,

---

<sup>4</sup> De acordo com Bertolli Filho (2002), o lema “Ordem e Progresso” só poderia concretizar-se a partir da vigência de uma “ditadura republicana” no país, que necessitaria de *ordem* e de uma população suficientemente saudável e capacitada para o trabalho, e assim, promover o *progresso* da nação.

retificar os rios que causavam enchentes, destruir viveiros de ratos e insetos, divulgar hábitos básicos de higiene e tornar obrigatório o isolamento de pessoas atingidas por doenças infectocontagiosas. Durante esse período, diferentemente dos demais, o Estado passou a intervir constantemente na saúde, não se limitando a investimentos somente nos períodos de surtos epidêmicos.

Apesar disso, o Estado privilegiou investimentos na expansão da produção, beneficiando, mais uma vez, a elite econômica, reproduzindo a dinâmica da desigualdade e expondo a maioria da população a condições indignas de sobrevivência. Sobre isso, Bertolli Filho (2002 p. 15) afirma que “o compromisso governamental com as necessidades básicas da população tem sido relegado sempre a segundo plano” e acrescenta:

[...] desamparado e sem participação decisiva nas decisões do governo, o trabalhador recebe baixos salários e vive mal, adoecendo com facilidade. Doente e mal alimentado, ele tem a vida produtiva abreviada, tornando muito mais difícil a superação da pobreza nacional. (BERTOLLI FILHO, 2002, p. 15)

Além disso, os limitados investimentos na saúde eram direcionados estrategicamente a população urbana, de modo a proporcionar melhorias sanitárias nas áreas que mobilizavam a economia nacional. Em virtude disso, foram criados os primeiros laboratórios de pesquisas médico-epidemiológicas, enquanto o meio rural ficava exposto praticamente ao abandono, sendo lembrado somente quando os problemas sanitários interferiam na produção agrícola e, conseqüentemente, na exportação.

A cidade de São Paulo, por receber forte apoio das poderosas oligarquias da época, foi alvo de uma forte intervenção higienista a partir dos últimos anos do século XIX, com destaque na capital e no porto de Santos. A criação do Serviço Sanitário paulista em 1892 se tornou a mais sofisticada organização de prevenção e combate as enfermidades do Brasil, servindo, inclusive, como modelo para os demais estados. A fim de intensificar os trabalhos do Serviço Sanitário, o governo paulista criou, ainda em 1892, os laboratórios Bacteriológico, Vacinogênico e de Análises Clínicas e Farmacêuticas. Pouco tempo depois, esses foram ampliados e se tornaram os institutos Butantã, Biológico e Bacteriológico (BERTOLLI FILHO, 2002).

Nesse aspecto cabe destacar que a postura higienista afastou cada vez mais as camadas subalternas da população dos grandes centros urbanos, o que pode ser considerada mais que uma higienização biológica: a higienização social, segregadora e opressora.

No Rio de Janeiro foi criado o Instituto Soroterápico Federal (atualmente Instituto Oswaldo Cruz) no ano de 1900, com o objetivo de fabricar soros e vacinas. O primeiro diretor foi o clínico Pedro Afonso, posteriormente sucedido por Oswaldo Cruz, que como diretor-geral de Saúde Pública, utilizou o Instituto como base de apoio técnico-científico para deflagrar importantes campanhas de saneamento na cidade. Principalmente, contra o principal temor da época, a febre amarela, que matou de 1897 a 1906, cerca de quatro mil imigrantes (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2006). Dando início, assim, ao modelo de organização das práticas de saúde conhecido como sanitarista-campanhista.

Durante o governo de Rodrigues Alves (1902-1906), a cidade do Rio de Janeiro passou por uma profunda reforma sanitária e urbanística, realizada pelo prefeito, Pereira Passos, e Oswaldo Cruz, diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de inaugurar uma nova era para a higiene pública nacional. Pereira Passos adotou algumas medidas bastante rigorosas, ordenando, inclusive, a expulsão de trabalhadores pobres que viviam nos prédios abandonados e insalubres da cidade transformados em cortiços, sob o discurso de que aquelas estruturas proliferavam a criação de ratos, baratas e mosquitos, transmissores de doenças. Em seguida, as construções foram derrubadas e substituídas por avenidas, parques e novos prédios (BERTOLLI FILHO, 2002).

Paralelamente a isso, Oswaldo Cruz também desencadeou muitos trabalhos de higienização e saneamento na região fluminense, fiscalizando ruas e casas do centro da cidade. “Oswaldo Cruz estruturou a campanha contra a febre amarela em moldes militares, dividindo a cidade em dez distritos sanitários, cada qual chefiado por um delegado de saúde [...] Estabeleceu uma conjugação de esforços entre os setores federais e a Prefeitura, com a incorporação à Diretoria Geral de Saúde Pública do pessoal médico e de limpeza pública da municipalidade”. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2006, p. 17). Também designou um corpo de inspetores sanitários para entrar em todas as residências e localizar ninhos de ratos ou ambientes proliferadores de mosquitos (BERTOLLI FILHO, 2002).



Dessa forma, percebe-se que o foco das ações higienistas e as criações de institutos e laboratórios de pesquisa ficaram concentrados somente na região do Rio de Janeiro e de São Paulo. Ocasionalmente ocasionando uma diminuição temporária na propagação de doenças nessas cidades. Enquanto no restante do país, especialmente no interior, o índice de enfermidades que assolavam a população continuava progredindo. Entretanto, com o passar do tempo, as doenças foram ganhando novas e maiores dimensões, que se intensificaram com a chegada de mais imigrantes e com o aumento desenfreado da pobreza. Assim, o crescimento exacerbado da população urbana ocasionou a multiplicação dos cortiços e das favelas, semeando um ambiente propício aos graves surtos de novas epidemias.

Em 1904 uma forte epidemia de varíola atingiu a capital da república, e em virtude disso, o Governo enviou ao Congresso um projeto que previa a obrigatoriedade da vacina antivariólica. No entanto, o tema era bastante polêmico e divergia opiniões, inclusive, entre a própria classe médica, pois alguns desacreditavam na eficácia da vacina. Aprovada em outubro do mesmo ano, a lei foi regulamentada pela Diretoria-Geral de Saúde Pública, sendo Oswaldo Cruz bastante incisivo quanto à prescrição de multas aos que se negassem e na exigência do atestado de vacinação. Dessa forma, a população revoltou-se contra a medida e organizou uma grande rebelião que entrou para a história do país reconhecida como Revolta da Vacina (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Mediante esse contexto podemos perceber que apesar das mudanças sanitárias e urbanísticas desencadearem avanços na higiene pública, ainda possuíam como principal objetivo favorecer somente a elite econômica do país e servir como estratégia de manutenção ao modelo econômico vigente, enquanto as camadas mais pobres eram submetidas a condições degradantes de sobrevivência, morando em cortiços e acometidas por inúmeras enfermidades. No interior do país, as condições de saúde eram ainda piores do que nos grandes centros urbanos.

Somente a partir da década de 1920 há uma ampliação efetiva sobre o debate da saúde pública no país, a partir da Reforma Carlos Chagas e da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), mais conhecidas como Lei Elói Chaves, ambas criadas em 1923. As CAPs se configuraram como o primeiro passo, ainda que bastante imaturo, para criação do sistema previdenciário brasileiro. Sobre as CAPs, Bravo afirma que:

[...] eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2009, p. 90)

A Era Vargas (1930-1945) se caracterizou por redefinir o papel do Estado mediante as políticas sociais e as reivindicações dos trabalhadores, dando ênfase a industrialização e a economia nacional. Ou seja, “a conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem as questões sociais de forma orgânica e sistemática” (BRAVO, 2009, p. 91). O golpe que antecedeu a criação do Estado Novo em 1937, e a política de caráter populista e autoritário assumida por Vargas, exigiu a necessidade de obter apoio social e político, conferindo assim, uma legislação social que garantisse maiores direitos aos trabalhadores urbanos, como uma forma de legitimar seu Estado ditatorial (BERTOLLI FILHO, 2002).

Foi justamente a partir do governo Vargas que passou a ser possível identificar, de forma mais notória, intervenções estatais na área da saúde, como forma de encarar os problemas sociais da época como uma questão política e a partir da intervenção do Estado, contemplando os trabalhadores urbanos. Dessa forma, em 1933, Getúlio criou a medicina previdenciária, com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que diferentemente das CAPs, congregavam os trabalhadores por categorias profissionais, e não por empresas, constituindo assim, gradualmente, um sistema de previdência social. Em 1941 houve a 1ª Conferência Nacional de Saúde<sup>5</sup>, ampliando, assim, o debate e a discussão de melhorias para o campo da saúde (BRAVO, 2009).

---

<sup>5</sup>“A conferência fora convocada para discutir especificamente os temas da organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; a determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e um plano de desenvolvimento da ‘obra nacional’ de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. [...]” (SCOREL; TEIXEIRA, 2012 p. 304 *apud* HOCHMAN & FONSECA, 2000, p. 176, 190).

Nota-se que a política de saúde vigente até o momento era restrita a algumas categorias de trabalhadores inseridos nos domínios do trabalho assalariado formal<sup>6</sup>, restando somente o apelo à caridade para aqueles trabalhadores que não possuíam carteira de trabalho e, conseqüentemente, não podiam contribuir com os IAP's. De toda forma, o governo Vargas ainda se constituiu como um avanço no campo da saúde dos trabalhadores quando comparado ao período anterior, ainda que muitos desempregados, subempregados e trabalhadores rurais continuassem sem acesso legal e universal aos serviços de saúde.

Ademais, Bertolli Filho (2002) relata que durante a era Vargas houve uma diminuição das mortes causadas por enfermidades epidêmicas, principalmente nos grandes centros urbanos do país. Entretanto, cresceram as chamadas doenças de massa, estabelecendo um quadro marcado por várias doenças endêmicas, tais como esquistossomose, doença de Chagas, tuberculose, doenças gastrointestinais, doenças sexualmente transmissíveis e hanseníase.

O período da Redemocratização e do Desenvolvimentismo (1945-1964) ficou marcado pelo forte crescimento da entrada de capital estrangeiro na economia, pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos (BERTOLLI FILHO, 2002). No entanto, no que concerne a situação da saúde pública nessa época, apesar da melhoria nas condições sanitárias e de um aumento destinado aos gastos com a saúde, ainda não foi possível eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil. O Plano Salte, elaborado em 1948, tinha como objetivo a melhoria dos serviços de saúde, alimentação, transporte e energia, com previsões de investimentos entre 1949 a 1953, no entanto, não foi posto em prática.

Para Bravo (2009) em meados dos anos 50 a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada já estava montada e apontava na direção da formação das empresas médicas. “A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização” (BRAVO, 2009, p. 92).

---

<sup>6</sup> “Os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram os mais combativos politicamente e que primeiro lutaram pela organização das Caixas em suas empresas: os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926. Os demais só o conseguiram após 1930.” (BRAVO, 2009, p. 90).

O regime ditatorial (1964-1985) governou o país de modo a suprimir, progressivamente, os direitos políticos e civis da população. Entre os anos de 1964 a 1974 o Estado teve como base de intervenção o binômio repressão-assistência, pautado em uma política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pelo Estado a fim de aumentar o poder de regulação sobre o povo, amenizar as tensões sociais e legitimar o regime ditatorial, servindo também, como forma de contribuir para acumulação do capital (BRAVO, 2009). Também unificou os IAPs em um único órgão regido pelo governo militar, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dando ênfase à medicina previdenciária, que apesar do aumento significativo na quantidade de segurados, também diminuiu drasticamente a qualidade dos serviços. Além disso, o INPS passou a investir em serviços privados de saúde, estimulando, assim, um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro (ESCOREL, 2012).

De acordo com Bravo (2009), os últimos anos da década de 1970 ficaram marcados pela falência do modelo econômico instaurado pelo regime militar, que se manifestou, sobretudo, através do descontrole inflacionário, intensificado também pela conjuntura mundial da crise do petróleo e os seus rebatimentos na economia brasileira, causando, assim, uma prolongada crise econômica que adentrou a década de 1980. Dessa forma, os anos 80 ficaram marcados por diversas mobilizações sociais, de cunho democrático e com participação ampla dos movimentos sociais, estudantis e de luta, reivindicando melhorias sociais, econômicas e políticas, que culminaram no movimento sanitário. Sobre isso, essa autora acrescenta:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. 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 contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a 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, 2009, p. 95-96)

A proposta da Reforma Sanitária segue a linha da democratização da saúde no país, propondo que ela seja compreendida como resultado das condições de vida das pessoas. Ou seja, que não limite-se somente a assistência médica, mas que abranja o acesso das pessoas a emprego, salário digno, educação, a uma boa condição de habitação, saneamento básico, transporte adequado, boa alimentação, acesso a cultura, lazer, e evidentemente, a uma política de saúde pública, universal e de qualidade (BRASIL, 1998). E, para isso, houve uma significativa mobilização dos sujeitos sociais citados acima para exigência de uma articulação do Estado na implementação de políticas econômicas e sociais, a fim de viabilizar a concretização da Reforma Sanitária.

Um marco extremamente importante que situa historicamente essa época é a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. “A 8ª CNS discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social” (SCOREL, 2012, p. 357). Contou com a participação significativa de várias organizações da sociedade civil, representações sindicais, profissionais da saúde movimentos sociais, e delegados eleitos de todo país, onde foram discutidos e implementados debates acerca de um modelo de saúde que perdura até os dias atuais.

## 2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

A realização da 8ª CNS e as discussões em torno da saúde como direito universal de cidadania desencadearam um intenso debate que resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988, quando a saúde passa a ser concebida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. A partir da Constituição foi inscrito o conceito de Seguridade Social que, de acordo com o Art. 194, “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

A saúde que anteriormente era direcionada somente aos trabalhadores formais, a partir de agora assume caráter de política universal e não contributiva, mediante contexto de articulação e integração das políticas sociais contidas na Constituição de 1988, que se configurou como um marco na busca pela garantia de direitos sociais e de cidadania. A concepção ampliada de saúde adotada pela Constituição estabelece que esse direito deve ser garantido mediante “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Ainda, a Carta Constitucional define que as ações e os serviços de saúde compoem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único organizado por três diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, priorizando as atividades de cunho preventivo, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. Em outras palavras, as diretrizes definem como responsabilidade do Estado estar mais próximo dos cidadãos para compreender suas necessidades, dar cobertura a todas as ações e serviços de saúde em território nacional e viabilizar a participação da população na gestão desses serviços.

Como forma de materializar a política de saúde foi sancionada a Lei 8.080 de 1990 – a Lei Orgânica da Saúde (LOS) – que regulamentou o SUS, estabelecido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Sendo, inclusive, a assistência à saúde livre a iniciativa privada, podendo atuar em caráter complementar ao SUS quando as disponibilidades para garantir cobertura assistencial forem insuficientes.

A Constituição Federal de 1988 e a LOS estabelecem a saúde como direito fundamental, sendo dever do Estado garantir a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos, estabelecendo condições que assegurem acesso universal e igualitário aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Destacam também que a saúde possui como condicionantes e determinantes os fatores que envolvem a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte e o lazer, bem como acesso aos serviços

e bens essenciais, enfatizando que tais níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Quadro 01: Execução de ações incluídas no campo de atuação do SUS

Execução de ações incluídas no campo de atuação do SUS	
Vigilância sanitária	Conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
Vigilância epidemiológica	Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
Saúde do trabalhador	Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.
Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica	Dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado; e na oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Fonte: BRASIL, 1990 (Lei 8.080)

De acordo com o Art. 6º da Lei 8.080/90, além da execução das ações contempladas no quadro acima, o campo de atuação do SUS também inclui:

[...] II – a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; IV – a vigilância nutricional e a orientação alimentar; V – a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII – o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VIII – a fiscalização e a inspeção de

alimentos, água e bebidas para consumo humano; IX – a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. (BRASIL, 1990).

Para possibilitar o desenvolvimento dessas ações, os serviços são organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, ficando sob responsabilidade de cada esfera de governo a direção do SUS. No âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, também pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

No que concerne ao financiamento, a União caracteriza-se como principal financiador da rede pública de saúde, pois formula as políticas nacionais de saúde e a materialização das ações fica a cargo dos Estados, Municípios, ONGs, fundações e instituições de iniciativa privada. A gestão estadual cabe implementar as políticas nacionais de saúde, coordenar e planejar o SUS a nível estadual e organizar o atendimento à saúde no território. Enquanto a gestão municipal assume integralmente as ações e serviços do território, estabelecendo parcerias com outros municípios da região para procedimentos de complexidade acima do que podem oferecer, e assim, garantir atendimento pleno a população (BRASIL, 2007).

De acordo com a Lei 8.142 de 1990 o SUS dispõe, em cada esfera de governo, das Conferências<sup>7</sup> e dos Conselhos de Saúde, como forma de participação da comunidade na gestão dos seus serviços. Possuindo caráter permanente e deliberativo, o Conselho de Saúde se caracteriza como “órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente” (BRASIL, 1990).

O sistema de saúde brasileiro também é organizado por níveis de atenção, divididos de acordo com a complexidade dos serviços oferecidos. A atenção básica (ou primária) corresponde “as ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico,

---

<sup>7</sup> De acordo com o Art. 1º da Lei 8.142/90 a “A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (BRASIL, 1990).



o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2012, p. 19). Deve funcionar como o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada do SUS, principalmente, através da UBS (Unidade Básica de Saúde).

Dentre os diversos programas que compõem a atenção básica, cabe ressaltar a Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável por ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde dos indivíduos e coletividades, numa perspectiva de expansão do trabalho multiprofissional. Dessa forma, o programa se caracteriza como importante meio de qualificação e consolidação da atenção básica. Somado a isso, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de expandir a abrangência da atenção básica, trabalhando de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e a serviço da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Por outro lado, a média complexidade tem como objetivo atender os agravos e problemas de saúde da população realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, exigindo o uso de equipamentos e profissionais especializados, além de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Enquanto a alta complexidade, além disso, também abarca procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo (BRASIL, 2009).

Dessa forma, fica claro que o SUS se constituiu como a maior conquista histórica para a saúde do povo brasileiro. A Constituição Federal de 1988 significou a inauguração de uma nova fase no âmbito dos direitos sociais e democráticos no país, principalmente, no que concerne a política de saúde. No entanto, apesar da significativa conquista, ainda existem muitos desafios que dificultam a concretização plena do SUS e de uma política de saúde pautada integralmente na proposta da reforma sanitária, indicando, assim, novos caminhos de luta a serem percorridos.

O SUS, desde sua criação, enfrentou um contexto político-econômico de contrarreforma do Estado, tendo em vista o projeto privatista e neoliberal consolidado nos anos 1990, com perspectivas articuladas ao mercado que confrontavam-se diretamente aos princípios da reforma sanitária. Esse projeto privatista pauta sua lógica na política do ajuste e na contenção dos gastos públicos, defendendo o fortalecimento da iniciativa privada e os interesses do capital. Sendo esse o cenário de implementação do SUS, repleto de impasses e lutas que permearam todo processo histórico e perduram até os dias atuais (SANTOS, 2013).

Dessa forma, o projeto associado aos interesses do grande capital visa tornar a saúde uma mercadoria, desencadeando o processo de privatização do SUS. Trazendo para a realidade atual, cabe relatar os novos modelos de gestão no âmbito da saúde, com a inserção das Organizações Sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), e principalmente, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de direito privado que administra grande parte dos Hospitais Universitários (HUs) do país (SANTOS, 2013).

A EBSERH, de certa forma, desvincula os HUs das instituições de ensino superior e compromete a formação continuada dos/as assistentes sociais e demais profissionais de saúde, ao desassociar o tripé ensino, pesquisa e extensão, bem como precarizar as condições de trabalho e estabelecer metas a serem cumpridas.

Os 'novos modelos de gestão' – organizações (OS), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), fundações estatais de direito privado (projeto de lei complementar nº 92/2007), e EBSERH – com características distintas, integram a estratégia de contrarreforma do Estado, no contexto de enfrentamento da crise do capital, baseada no repasse do fundo público para entidades de direito privado (CFESS, 2014, p.1).

Além disso, outra medida que caracteriza o contexto de contrarreforma e desmonte das políticas sociais se refere ao projeto apresentado pelo Presidente Michel Temer, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/55, que limita o crescimento de gastos do Governo Federal durante 20 anos, sob a justificativa de crise econômica e de despesas públicas muito acima do nível da inflação. Aprovada em 13 de dezembro de 2016, a medida limita os recursos que financiam áreas como saúde e educação, pondo sob ameaça o SUS e intensificando, ainda mais, as desigualdades sociais no país.

Dessa maneira, portanto, nota-se que o SUS é fruto de bastante luta ao longo desses anos, sendo sujeito a constantes ataques da ofensiva neoliberal e do projeto privatista em curso que persiste em focalizar e mercantilizar<sup>8</sup> as políticas sob o interesse do mercado. Entretanto, assim como os movimentos sociais seguiram firmes na luta para concretização dessa conquista durante o movimento sanitário, o

---

<sup>8</sup> Behring em sua obra "As novas configurações do estado e da sociedade civil no contexto da crise do capital". In: Serviço social, direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Cortez, 2009, realiza esse debate sobre o redimensionamento do Estado provocado pela ofensiva neoliberal.

contexto atual também indica novos desafios para uma real efetivação do SUS e de uma política de saúde pública de qualidade.

### 2.3 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada as políticas nacionais de saúde a partir das primeiras décadas do século XX, contudo, durante esse período, eram limitadas somente as demandas relativas à gravidez e ao parto. Entre 1937 e 1945, no governo de Getúlio Vargas, foi implantado o primeiro programa de defesa à saúde materno-infantil, com atividades realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES), com o objetivo apenas de normatizar o atendimento a mãe e ao filho e combater a mortalidade infantil, sem se preocupar com questões relacionadas à reprodução (BRASIL, 2011d).

No ano de 1940, Vargas passou a responsabilidade sobre a saúde da mãe e da criança para o Departamento Nacional da Criança (DNCr), que se configurou, portanto, como o primeiro órgão criado para atender à saúde materno-infantil de forma exclusiva (BRASIL, 2011d). Segundo Tyrrell (1997), Vargas acreditava que a reprodução humana era algo de importância maior para a sociedade do que para o indivíduo, pois o Estado e a mulher tinham por objetivo principal melhorar a raça humana, de modo a formar homens com condições cada vez melhores para auxiliar no crescimento e desenvolvimento econômico do país.

De acordo com Cassiano et al., para reduzir os índices de mortalidade infantil naquela época, o governo não objetivou melhorar as condições de saúde da mulher, tampouco da criança, dessa forma, manteve o crescimento populacional no país com o intuito de aumentar a mão de obra. Ainda que tais crianças crescessem sem condições dignas de saúde e qualidade de vida, o objetivo principal era mantê-las vivas para serem futuros trabalhadores da nação. Para isso, o Estado não criava políticas para controlar as taxas de fecundidade da época, na realidade, incentivava a procriação em massa, sem realizar acompanhamentos durante o desenvolvimento gestacional, cabendo somente à mãe e a família as responsabilidades e os cuidados tanto durante a gravidez, quanto no pós-parto.

Em 1975, durante o governo militar, concebendo que as pessoas eram pobres por que possuíam muitos filhos, foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) do Ministério da Saúde, que incorporava ações direcionadas para o excesso

de intervenção médica sobre o corpo da mulher, através da cesariana e da esterilização como principal método contraceptivo (SANTOS NETO et al., 2008). Este último foi criado como uma estratégia de resolução para as degradantes condições de vida em que a população estava sujeita e aos tantos problemas sanitários decorrentes do governo anterior. Assim, a diminuição do número de habitantes era vista como uma alternativa de melhorar as condições de sobrevivência e de saúde no país.

Costa (2012) relata que esses programas de atenção à saúde materno-infantil foram impulsionados pela OMS com o intuito de reduzir a mortalidade infantil nos países subdesenvolvidos, sendo essa uma estratégia que subsidiou a organização dos programas materno-infantil no Brasil. Dessa forma, tais programas não abrangiam a saúde da mulher durante todas as fases da vida, tampouco eram abordados na perspectiva do direito.

Diante disso, foram intensas as militâncias por parte do movimento feminista, como forma de demonstrar insatisfação mediante ao quadro de violência corporal imposto as mulheres, devido ao uso desenfreado de cirurgias cesarianas e esterilizações. Dessa forma, impulsionadas pelas desigualdades sociais e de gênero da época, bem como pelo aspecto reducionista dos programas de saúde direcionados a mulher, o movimento feminista buscava estratégias capazes de mudar aquela realidade (CASSIANO et al., 2014).

Dessa forma, em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>9</sup>, influenciado pelos primeiros movimentos de restauração democrática e contando com o envolvimento dos trabalhadores da saúde, da população e das militantes do movimento feminista. Costa (2012) discute que durante esse momento a sociedade enfrentava um processo de mudança no qual incluía novos papéis e desafios no cotidiano das mulheres, inclusive sobre a ampliação da consciência delas acerca do desejo e da autonomia sobre seus corpos e a sexualidade. E foi justamente mediante esse contexto, articulado aos ideais feministas e aos movimentos pelo direito à saúde da Reforma Sanitária que ocorreu o processo de formulação do PAISM.

---

<sup>9</sup> “O PAISM preconiza que os serviços de saúde devem atuar no fortalecimento do poder das mulheres, valorizando, para tanto, a ética humanizada nas relações destas com os serviços e com os profissionais da saúde e garantindo práticas educativas para ampliar a consciência crítica e a autonomia, além de promover os seus direitos.” (COSTA, 2012, p. 994)

O PAISM foi organizado mediante um conjunto de princípios e diretrizes voltados para o atendimento integral à saúde da mulher, contemplando todas as etapas e ciclos de vida, incluindo atividades educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, desde a infância até a terceira idade. Atendendo as necessidades clínico-ginecológicas, pré-natal, parto, puerpério, climatério, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e mama (BRASIL, 1983). Também adicionou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a questão da equidade e integralidade da atenção, paralelo ao movimento sanitário, no qual embasou, posteriormente, a formulação do SUS.

Ademais, o PAISM também se configurou como o primeiro programa criado pelo Ministério da Saúde que abarcou a discussão sobre planejamento familiar<sup>10</sup>, não vinculando a adoção dessas práticas à solução dos problemas sociais e econômicos do país como na época do regime militar, mas como um programa em que o Estado proporciona meios e informações de concepção e contracepção para que os indivíduos planejem suas famílias (OSIS, 1994).

Dessa forma, cabe ressaltar os avanços obtidos na atenção a saúde da mulher a partir da criação do PAISM, que se constituiu como um verdadeiro marco histórico, pois pela primeira vez o trato do Estado incluiu as questões referentes à família como um todo, e não somente de maneira individual a mulher. Além disso, a relevância do programa se destaca, principalmente, quando se refere à integralidade de ações voltadas à saúde da mulher, com a inclusão de prevenção e tratamento durante todas as fases da vida, desde a infância até a terceira idade, e não somente durante o período gestacional. Entretanto, apesar dos significativos avanços obtidos após a implantação do programa, os resultados ainda não atingiram o alcance necessário.

Mesmo com a redução da taxa de mortalidade materna de 68,9 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos em 1980 para 45 óbitos em 1996 (RIPSA, 2004), o Brasil ainda permanecia com índices altíssimos de mortalidade materna quando comparado com os países desenvolvidos, uma vez que, nesses países, ocorriam menos de 10 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. (CASSIANO et al., 2014, p. 234)

---

<sup>10</sup> Atualmente o planejamento familiar é assegurado constitucionalmente pela Lei 9.263/1996 e orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, de modo a garantir direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Serruya, Cecatti e Lago (2004) descrevem que a operacionalização da ideia de integralidade foi um dos grandes desafios impostos, além de outros impasses políticos, financeiros e operacionais para uma implantação efetiva do programa, que, portanto, não foi possível de ser igualmente executado em todo território nacional, apesar dos indiscutíveis avanços.

Dessa forma, em junho de 2000, foi criado o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), que possui como elementos estruturadores a perspectiva da humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. O PHPN foi instituído tendo como principal objetivo reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, além de possuir linhas de ação que determinam condições básicas para uma assistência de qualidade durante o pré-natal (SANTOS NETO et al., 2008).

A partir da humanização do parto e nascimento previstos no PHPN, em abril de 2005 outra conquista importante foi adotada com a Lei 11.108, que garante a parturiente o direito a um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato<sup>11</sup>, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005b). Tal direito atua diretamente como um facilitador no trabalho de parto, pois envolve apoio psicológico, emocional e segurança à parturiente durante todo o processo por parte de alguém de sua confiança.

Entretanto, de acordo com Cassiano et al. (2014), o PHPN não possuiu a abrangência esperada. De fato, a expectativa era de que o programa seria capaz de modificar o quadro de saúde da mulher e da criança no Brasil e diminuir os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, todavia houve somente um aumento significativo na quantidade de consultas do pré-natal, enquanto a qualidade da assistência mantinha-se sem a melhora necessária. Os autores relatam que por parte dos grandes centros urbanos conseguiu-se implantar a humanização no atendimento, contudo nas demais áreas a população feminina permaneceu recebendo atendimento de baixa qualidade, não humanizado e incapaz de resolver os problemas existentes.

---

<sup>11</sup> De acordo com a Portaria Nº 2.418 de 02 de Dezembro de 2015, em seu Art. 1 § 1º “entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico” (BRASIL, 2005).

Em 2004, como consequência do PAISM, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A política acarretou em significativos avanços por incorporar o conceito de gênero como categoria de discussão das condições de vida e saúde das mulheres, além de destacar as desigualdades em saúde, identificando demandas de mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais e moradoras de áreas rurais (COSTA, 2012).

Em 2005, foi publicado pelo Ministério da Saúde o documento “Direitos sexuais e reprodutivos”, a fim de garantir os direitos de homens e mulheres sobre saúde sexual e reprodutiva, com enfoque em planejamento familiar (BRASIL, 2005a). Ampliando, inclusive, a oferta de esterilização cirúrgica definitiva masculina e feminina (vasectomia e laqueadura tubária), serviços de reprodução humana assistida aos casais com infertilidade e de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS.

Em seguida, outro marco importante foi instituído a partir da Lei Nº 11.634 de 2007, que estabelece que toda gestante tem direito ao conhecimento e vinculação prévia a maternidade de referência na qual será realizado o parto, bem como em qual será atendida nos casos de intercorrência pré-natal (BRASIL, 2007). Proporcionando, dessa forma, uma maior segurança durante o período gestacional, uma vez que até então a gestante não tinha conhecimento sobre o local do parto.

Aprofundando a Lei Nº 11.634, no ano de 2011 o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.459/2011 que instituiu a Rede Cegonha, com o objetivo de assegurar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na assistência ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança até os dois anos de idade; além de garantir o acesso, acolhimento e resolutividade na rede de atenção; e reduzir a mortalidade materna, infantil e neonatal (BRASIL, 2011a).

Além disso, possui como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011e). As diretrizes da rede baseiam-se na garantia do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, com ampliação do acesso e qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante a

unidade de referência e ao transporte seguro; de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; de atenção à saúde das crianças até o segundo ano de vida com qualidade e resolutividade; e de acesso às ações do planejamento reprodutivo. Tais ações estão inseridas a partir de quatro componentes estruturantes, divididos em Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha, logo, caracteriza-se como um dos mais completos programas materno-infantis elaborados pelo Governo Federal. As ações consolidam a melhoria do acesso ao pré-natal de qualidade e ao parto humanizado, com estratégias que abrangem a assistência à mulher durante a fase gestacional, puerperal, e também o cuidado com o nascimento e desenvolvimento saudável da criança. Percebe-se também que apesar dos avanços desencadeados, o programa basicamente se configura como uma articulação dos outros já existentes, tendo em vista a similaridade das ações e objetivos, mas somados a estratégias que atendam as demandas mais atuais.

Assim, analisando as políticas de atenção à saúde materno-infantil desde o Estado Novo até os anos atuais, são indiscutíveis os avanços obtidos na assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, puerpério, bem como no cuidado ao recém-nascido, desde o seu nascimento, até os primeiros anos de vida, a fim de proporcionar um desenvolvimento saudável. Também é importante mencionar a extensão da política durante todas as fases da vida da mulher, o cuidado e a prevenção com doenças sexualmente transmissíveis, contracepção, concepção e a garantia aos direitos sexuais e reprodutivos, e tantos outros mencionados anteriormente. No entanto, é necessário perceber que ainda existem muitos limites que dificultam uma garantia plena de acesso das mulheres aos serviços de saúde, assim como a qualidade dos serviços prestados.

Durante a revisão do processo histórico de construção das políticas e programas voltados à saúde materno-infantil no Brasil, também foi possível perceber que a maioria deles possuía um objetivo em comum: reduzir os elevados índices de mortalidade materna<sup>12</sup> e neonatal demarcados historicamente. E, de fato, a redução dos índices foi bastante significativa.

---

12 "Morte materna é a morte de uma mulher ocorrida durante a gravidez, aborto, parto ou até 42 dias após o parto ou aborto, independente da duração ou da localização da gravidez, atribuídas a causas



[...] Dados do Ministério da Saúde apontam que, entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51%. Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, a mortalidade infantil era de 26,6 óbitos por 1000 nascidos vivos, e em 2010, de 16,2 óbitos por 1000 nascidos vivos. [...] (CASSIANO et al., 2014, p. 237 *apud* BRASIL, 2001c)

Contudo, os índices permaneceram insuficientes para alcançar o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecido pela ONU em 2000, com a meta de redução da RMM<sup>13</sup> em  $\frac{3}{4}$  entre 1990 e 2015, que no caso do Brasil a meta significava um valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2011c). Porém, o país concluiu o ano de 2015 com redução insuficiente para alcançar a meta estipulada.

Segundo Souza (2015) para que haja diminuições nos índices de mortalidade materna é fundamental a redução das desigualdades a que as mulheres estão sujeitas e o aumento da qualidade da atenção obstétrica. O Brasil se caracteriza como um dos países com praticamente cobertura universal de partos em instituições de saúde, apresentando excessiva medicalização da assistência ao parto, inclusive, com uso excessivo de intervenções, a exemplo da cirurgia cesariana, no qual o Brasil lidera o ranking mundial na realização do procedimento. Em 1994, a taxa nacional de realização de cesariana era de 32%, em 2010 alcançou 52% (2011c) e em 2015 a porcentagem chegou a margem dos 55% (OMS, 2015). Enquanto isso, o índice recomendado pela OMS seria de 10 a 15%.

Os índices demarcam que mulheres submetidas a cesáreas tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de morte (no período entre 1992-2010) e 5 vezes mais chances de possuir infecção puerperal (de 2000-2011), quando comparado ao parto normal (2011 c). Para a OMS a cesariana é um procedimento interventivo necessário para

---

relacionadas ou agravadas pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela” (BRASIL, 2011c, p. 347).

<sup>13</sup> “A Razão de Mortalidade Materna (RMM) compreende o número de mortes de mulheres gestantes ou até 42 dias após o término da gestação, por cem mil nascidos vivos (NV), residentes em determinado território, por ano considerado. É um indicador que mede o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida pelas mulheres, incluindo o planejamento familiar, o pré-natal, o parto e, no período após o parto, o puerpério. Importante lembrar que a maioria das causas de mortes maternas poderia ter sido evitada, o que confere impotência política e sanitária ao indicador” (COSTA, 2012, p. 981).

salvar a vida da mãe e do bebê, que quando realizado nas indicações médicas estritamente necessárias, reduz os índices de mortalidade materna e neonatal. Mas, não há evidências de que a mortalidade seja reduzida quando a taxa ultrapassa o limite recomendado. E apesar do reconhecimento dos riscos envolvidos, a realização desenfreada do procedimento está fortemente associada aos interesses mercantilistas que a categoria médica incorporou à sua prática, e também, a um fetiche criado e valorizado pela cultura do consumo entre as mulheres (COSTA, 2012 *apud* COSTA, 2003).

Ademais, a mortalidade materna é um fator extremamente importante para definição de políticas de saúde mais efetivas no âmbito da saúde da mulher, além de se configurar como um indicador importante na qualidade de vida de uma população (BRASIL, 2011c). Segundo Costa (2012, p. 981) “a RMM no Brasil é muito elevada e sua distribuição exhibe as desigualdades regionais do acesso aos serviços de saúde e da qualidade da atenção prestada”. Conhecer esses índices, portanto, é fundamental para dar ênfase a produção de mais pesquisas nessa área, como forma de subsidiar melhorias no campo. No caso do Brasil, essa problemática advém de muitos anos, e mesmo todos os investimentos governamentais na área ainda não foram suficientes para sanar a questão de forma efetiva.

Os números ainda chamam mais atenção quando consideramos os dados entre mulheres negras e pardas. Em 2012, os óbitos de mulheres negras correspondiam a mais de 60% do percentual de mulheres mortas durante a gravidez e o puerpério, sendo que 52% da população feminina brasileira são representadas por mulheres negras. Enquanto os óbitos de mulheres brancas representavam 34%, e elas representavam 47,5% da população feminina do país (BRASIL, 2015).

Dessa forma, fica evidente que a implantação do SUS ampliou a cobertura das políticas de atenção à saúde materno-infantil, bem como desencadeou a criação de diversas ações com o intuito de reduzir a mortalidade materna, e de fato, o resultado foi bastante significativo na diminuição dos índices. Contudo, o acesso efetivamente universal para garantir atenção a todas as mulheres ainda está muito distante de ser atingido no país e permeado por desigualdades. Sendo necessário, portanto, intensificar o acesso a esses serviços.

### 3 O SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC

Neste capítulo serão feitas algumas considerações sobre a atuação do/a profissional de Serviço Social na política de saúde, a partir de uma breve análise das transformações teórico-metodológicas que constituem o processo socio-histórico da profissão até a contemporaneidade.

Em seguida, realizaremos uma análise sobre as competências e atribuições profissionais do setor de Serviço Social da Maternidade Escola Januário Cicco – MEJC, elencando as principais demandas e atividades. E, para concluir, analisaremos brevemente as transformações ocorridas no mundo do trabalho e como elas afetam o/a assistente social, enquanto trabalhador assalariado, também submetido às condições de trabalho impostas pelo modo de produção capitalista. Aqui, faremos uso de um importante instrumento investigativo utilizado como base para esta análise: as respostas advindas dos questionários aplicados aos profissionais do setor de Serviço Social da instituição.

#### 3.1 O DEVER SER DA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

Para discutir a relação do Serviço Social com a política de saúde na contemporaneidade é importante, primeiramente, resgatar os fundamentos sócio-históricos que caracterizam a profissão, principalmente a partir da década de 1945<sup>14</sup>, quando a atuação profissional nessa área se torna o “setor que mais vem absorvendo os/as assistentes sociais” (BRAVO; MATOS, 2007, p. 198). Isso ocorre devido à elaboração do novo conceito de saúde, em 1948, com enfoque para os aspectos biopsicossociais, requisitando novos profissionais para atuar no setor, entre eles, o/a assistente social. Nessa época, o/a profissional atuava nos hospitais realizando as seguintes ações “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária ” para a “clientela” (BRAVO; MATOS, 2007, p. 199). A abordagem do Serviço Social Médico orientava-se sob a

---

<sup>14</sup> A conjuntura anterior da profissão ficou marcada pela influência europeia, que a partir de 1945 substituiu-se pela norte-americana, tanto no nível da formação profissional, como também nas instituições prestadoras de serviço. O marco da mudança se situou no Congresso Interamericano de Serviço Social, realizado em 1941, em Atlantic City (EUA) (BRAVO; MATOS, 2007).

perspectiva de casos e na dimensão individual, a fim de engajar o “cliente no tratamento”, assim como definem os autores.

Somente a partir de 1960, com o movimento de reconceituação, sinalizaram-se profundas transformações teórico-metodológicas no Serviço Social que afetaram diretamente a atuação na área da saúde. No entanto, esse processo foi bruscamente pausado pelo golpe militar de 1964, no qual o Serviço Social seguia os moldes conservadores, ao mesmo tempo em que, existiam questionamentos no interior da profissão sinalizando para uma reteriorização das práticas, alguns anos mais tarde.

Dessa forma, Netto (2011a) afirma que o processo de renovação do Serviço Social brasileiro se desenvolveu sob três vertentes principais: a modernização conservadora, que se caracterizou como uma forma de adequar o profissional “as exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós 64” (NETTO, 2011a, p. 154), como dinamizador e integrador no processo de desenvolvimento; a reatualização do conservadorismo que “recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão” (NETTO, 2011a, p. 157); e a intenção de ruptura, a mais distinta das anteriores, que se manifesta com o intuito de romper com o legado teórico-metodológico conservador da profissão, sob uma perspectiva crítica.

Sobre as influências da modernização no âmbito da atuação profissional na saúde, Bravo e Matos (2007, p. 202) relatam que:

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios [...]

Entre os anos 1974-1979 os autores também relatam que não houve significativas alterações em relação ao Serviço Social na saúde, apesar do surgimento de novos direcionamentos teórico-metodológicos profissionais. A atuação, portanto, continuou orientada de acordo com a vertente “modernizadora”.

Nos anos 80, o país enfrentava um contexto político de grandes mobilizações e de aprofundamento da crise econômica desencadeada pela ditadura, como vimos no capítulo anterior. No âmbito profissional, a conjuntura também incorporava o

início da interlocução com a teoria marxista mediante um processo de negação do tradicionalismo e da incorporação de uma nova direção teórico-metodológica, suscitado pela intenção de ruptura.

No entanto, por se caracterizar como um movimento de revisão profissional interna, não houve vinculação com outros debates democráticos também importantes, como o movimento da reforma sanitária. Isso se deve, principalmente, pelo fato dos profissionais engajados nessa perspectiva estarem, em sua grande maioria, nas universidades, havendo pouca influência do processo de renovação da profissão no âmbito dos serviços (BRAVO; MATOS, 2007). Dessa forma, os avanços<sup>15</sup> conquistados pela profissão no decorrer dos anos 1980 foram considerados insuficientes, pois além de afetaram superficialmente o cotidiano dos serviços, o Serviço Social chega à década de 1990 enquanto categoria desarticulada ao movimento da reforma sanitária.

O projeto político-econômico neoliberal instaurado nos anos 1990 entra em conflito com os ideais propostos pela reforma sanitária, propiciando assim, uma arena de disputa entre dois projetos que apresentavam – e ainda apresentam – requisições distintas para o Serviço Social. Conforme descrevem Bravo e Matos (2007, p. 206):

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.

Nota-se, portanto, que há uma significativa similaridade entre os ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social. Sendo, inclusive, no

---

<sup>15</sup> Dentre os avanços conquistados no decorrer da década de 1980, podemos citar: “[...] a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde” (BRAVO; MATOS, 2007, p. 204-305 *apud* BRAVO, 1996).

decorrer dos anos 90 o momento em que se inicia uma aproximação gradual da atuação profissional na área da saúde com o projeto da reforma sanitária, mesma década em que se consolida hegemonicamente o projeto ético-político.

Contudo, as requisições postas as/os assistentes sociais na área da saúde desde a década de 90 até os dias atuais – pautadas na lógica do projeto privatista – possuem características totalmente adversas aos valores ético-políticos da profissão e apresentam desafios extremamente complexos no cotidiano dos serviços de saúde. Desafios esses que determinam impasses para a materialização do direito universal a saúde e da garantia dos direitos sociais.

Dessa forma, mediante contexto atual de contrarreforma das políticas sociais e de contínuas ofensivas do capital aos direitos democráticos, cabe ao profissional de Serviço Social estar articulado a outros segmentos que defendam o aprofundamento do SUS, para assim, formular estratégias que tenham como objetivo reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que viabilizem o acesso universal a política (BRAVO; MATOS, 2007).

Iamamoto (2010) afirma que o atual quadro sócio-histórico não se limita a um “pano de fundo” para que se possa, posteriormente, analisar o trabalho profissional. Ele permeia e configura o “cotidiano do exercício profissional do assistente social, afetando as suas condições e as relações de trabalho, assim como as condições de vida da população usuária dos serviços sociais” (p. 19). Dessa forma, a autora fomenta a importância em discutir as alternativas ético-políticas que são postas para uma atuação verdadeiramente crítica e competente nos dias atuais.

Logo, “pensar o Serviço Social na contemporaneidade requer os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar da sua recriação” (IAMAMOTO, 2010, p. 19). Assim, segundo a autora, faz-se necessário sintonizar a profissão com os tempos atuais, rompendo com as práticas focalistas e burocratizadas, bem como superando uma visão “de dentro”<sup>16</sup> do Serviço Social, a fim de ampliar o olhar para o movimento das classes sociais e do Estado nas relações com a sociedade. Mais ainda, envolve a iniciativa de um profissional que possua competência suficiente para propor seus projetos à instituição, que defenda

---

<sup>16</sup> Iamamoto descreve que romper com uma visão “de dentro” do Serviço Social significa extrapolar os horizontes profissionais para “melhor apreendê-lo na história da sociedade da qual ele é parte e expressão. É importante sair da redoma de vidro que aprisiona os assistentes sociais numa visão de dentro e para dentro do Serviço Social, como condição para que se possa captar as novas mediações e requalificar o fazer profissional, identificando suas particularidades e descobrir alternativas de ação.” (2010, p. 20).

seu projeto profissional<sup>17</sup>, suas qualificações e formações profissionais. Dessa forma, um dos maiores desafios atuais que necessitam ser enfrentados cotidianamente pelos/as assistentes sociais durante o exercício profissional consiste em,

[...] desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo. (IAMAMOTO, 2010, p. 20)

Entretanto, levando em consideração uma conjuntura que não condiciona a concretização das perspectivas profissionais, cabe ao/a assistente social identificar o panorama de limites e possibilidades que compõem o cenário institucional e desenvolvê-los. Uma vez que “sempre existe um campo para a ação dos sujeitos, para a proposição de alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação das possibilidades e contradições presentes na própria dinâmica da vida social” (IAMAMOTO, 2010, p. 21).

Atitudes permeadas por características fatalistas ou messiânicas também são importantes de serem evitadas no cotidiano profissional. O fatalismo se expressa “como se a realidade já estivesse dada em sua forma definitiva, os seus desdobramentos predeterminados e os limites estabelecidos de tal forma, que pouco se pode fazer para alterá-los” (IAMAMOTO, 2010, p. 22). Disseminando, assim, práticas que refletem a acomodação, a rotinização e ao burocraticismo profissional. Enquanto o messianismo se caracteriza por “uma visão heróica do Serviço Social que reforça unilateralmente a subjetividade dos sujeitos, a sua vontade política sem confrontá-la com as possibilidades e limites da realidade social” (IAMAMOTO, 2010, p. 22). Ambas as perspectivas, de acordo com a autora, não condizem com os processos sociais contemporâneos.

Outro fator que merece destaque para situar a profissão na contemporaneidade é compreendê-la como um tipo de trabalho na sociedade.

---

<sup>17</sup> De acordo com Netto (2007, p. 144) os projetos profissionais: “[...] apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais)”. No âmbito do Serviço Social, o projeto profissional que a categoria possui como direcionamento refere-se ao PEPSS (Projeto Ético-Político do Serviço Social).

Iamamoto (2011) compreende o significado do desenvolvimento da profissão a partir da sociedade capitalista, estabelecendo-a como um dos elementos coadjuvantes do processo de reprodução das relações sociais e da relação contraditória entre elas. Dessa forma, a autora situa o Serviço Social como “um tipo de especialização do trabalho coletivo dentro da divisão social do trabalho” (IAMAMOTO, 2011, p. 71).

Atualmente, tanto na saúde como em outros espaços sócio-ocupacionais, o exercício da profissão é norteado pelo aparato jurídico-normativo da categoria – o Código de Ética Profissional de 1993 e a Lei de Regulamentação da Profissão<sup>18</sup>. Também possui como direcionamento profissional o projeto ético-político do Serviço Social, que entre suas premissas se vincula a um projeto societário<sup>19</sup> que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia, sexualidade ou gênero. Também defende intransigentemente os direitos humanos, repudiando toda e qualquer forma de preconceito. Dessa forma, a dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são postas como direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras (NETTO, 2007).

A questão social<sup>20</sup>, objeto de intervenção desta categoria, demanda uma atuação pautada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais, responsáveis pela reprodução das desigualdades (CFESS, 2010). Dessa forma, requer uma intervenção que pressupõe:

[...] leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de

<sup>18</sup> A Lei Nº 8.662 de 7 de Junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências.

<sup>19</sup> Segundo Netto (2007), os projetos societários deslumbram uma imagem de sociedade a ser construída, que possuem determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la. Constituem-se em projetos macroscópicos, para o conjunto da sociedade, se configurando, portanto, enquanto projetos de classe. Para ele, os projetos societários – como qualquer outro projeto coletivo – são constituídos necessariamente por uma dimensão política e envolve relações de poder.

<sup>20</sup> Iamamoto conceitua questão social como “[...] o conjunto das expressões das desigualdades sociais da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...]” (2010, p. 27)



pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos. (CFESS, 2010, p. 35)

Assim, todo e qualquer espaço sócio-ocupacional demanda uma atuação pautada na análise crítica da realidade, determinando competências e atribuições profissionais imprescindíveis ao enfrentamento da questão social. Contudo, cada área possui suas especificidades e necessitam de práticas direcionadas. No caso desta pesquisa, a análise direciona-se especificamente a atuação do/a assistente social na área da saúde, tomando como base o documento elaborado pelo CFESS, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

De acordo com o documento, os/as assistentes sociais na saúde atuam em quatro eixos principais: I – atendimento direto aos usuários; II – mobilização, participação e controle social; III – investigação, planejamento e gestão; e por último, IV – assessoria, qualificação e formação profissional. Apesar de apresentarem demandas e ações específicas, tais eixos não devem ser compreendidos de maneira fragmentada, mas mediante uma concepção articulada e de totalidade.

O primeiro eixo citado, referente ao atendimento direto aos usuários, engloba os diversos espaços de atuação profissional na saúde e compreende todos os níveis de complexidade. As ações predominantes no atendimento direto são as socioassistenciais, as de articulação interdisciplinar e as socioeducativas<sup>21</sup>, que devem integrar o processo coletivo no trabalho em saúde, sob caráter complementar e indissociável (CFESS, 2010).

Nesse eixo, cabe destaque para as ações socioassistenciais, que tem se constituído historicamente como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social. Por meio delas é imprescindível que o/a profissional ultrapasse os limites de caráter emergencial e burocrático, pautado numa perspectiva de atuação que possua como horizonte a direção socioeducativa e que reconheça as condições sóciohistóricas de vida dos/as usuários/as, sempre em consonância com as lutas em

---

<sup>21</sup> “Essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática. Devem-se constituir eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. [...] não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico de sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. [...]” (CFESS, 2010, p. 55).

defesa do direito universal a saúde. Dentre as principais ações a serem desenvolvidas pelo/a assistente social nesse âmbito, cabe destacar:

[...] democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais; conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social; elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde; buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços; emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009. (CFESS, 2010, p. 44-45)

O universo das ações socioassistenciais também envolve no cotidiano profissional ações de “caráter emergencial assistencial”<sup>22</sup>, que “se expressam nas atividades voltadas para agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos, obtenção de transporte, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo, etc.” (COSTA, 2007, p. 315). Demandas essas que, segundo a autora, se configuram como reflexo das precárias condições de vida da

---

<sup>22</sup> Conforme denominação utilizada por Costa (2007).

população e da escassez de políticas sociais que atendam as reais necessidades do público usuário.

O próximo eixo de atuação referente à mobilização, participação e controle social na saúde se relaciona ao conjunto de ações que envolvam os/as usuários/as, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais nos espaços democráticos (conselhos, conferências, fóruns de saúde e etc.), com o objetivo de suscitar a organização da população usuária enquanto sujeitos políticos no processo de gestão do sistema de saúde. As principais ações profissionais<sup>23</sup> nesse âmbito se referem a mobilização desses para contribuir no processo de elaboração, planejamento e avaliação dos serviços de saúde; articulação com as entidades das diversas categorias profissionais de modo a fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nos espaços coletivos de debate; contribuição com a democratização da saúde enquanto política, mediante participação nos conselhos de saúde; estimulação da educação permanente dos conselheiros de saúde, por meio de cursos e debates sob perspectiva crítica; participação na organização, coordenação e realização de pré-conferências e/ou conferências; incentivo a participação da população no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde, e etc. (CFESS, 2010).

A contribuição dos parâmetros no que concerne a investigação, o planejamento e a gestão debate que esse eixo se caracteriza como um conjunto de ações que objetivam o fortalecimento da gestão democrática e participativa, de modo a produzir propostas que possibilitem uma gestão pautada na garantia dos direitos sociais, sempre em defesa dos/as usuários/as e trabalhadores/as da saúde. Acerca disso, o documento também complementa que:

O processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de

---

<sup>23</sup> Um dos espaços de atuação profissional do/a assistente social nesse âmbito é a ouvidoria, como meio criado para estabelecer a comunicação entre os/as usuários/as e a instituição. “[...] A ouvidoria no SUS é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados. Entre suas atribuições estão: receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes. [...]” (CFESS, 2010, p. 57). Cabe mencionar também que a ouvidoria não se configura como um trabalho de atribuição privativa do/a assistente social, podendo ser realizado por outros profissionais.

saúde dos usuários e/ou coletividade. As investigações realizadas têm por objetivo alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional. (CFESS, 2010, p. 60-61)

Por fim, o último eixo citado refere-se à assessoria<sup>24</sup>, qualificação e formação profissional na saúde. Sendo as ações de formação e qualificação profissional responsáveis pela “educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes” (CFESS, 2010, p. 63). Além disso, essas ações visam o aprimoramento profissional, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados aos/as usuários/as. Neste eixo também cabe acrescentar não somente as ações relacionadas entre a equipe de Serviço Social, como também entre os demais profissionais que compõem equipe multiprofissional na saúde.

Ademais, o documento evidencia a importância da articulação dos/as profissionais com as unidades de formação acadêmica (universidades), a fim de favorecer o desenvolvimento das atividades de formação profissional, como supervisão de estágio e/ou preceptoria de residência multiprofissional.

Em suma, os quatro eixos explicitados nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde desenvolvem considerações sobre as principais ações que cercam o exercício da profissão nessa área. Destacando a capacidade propositiva e investigativa do profissional, seja em atividades de caráter socioeducativo, em equipe multiprofissional, no atendimento direto aos/as usuários/as, no controle social, assim como em atividades de gestão, assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010).

---

<sup>24</sup> A Lei de Regulamentação da Profissão, 8.662/93, determina o exercício da assessoria/consultoria como competência e, também, atribuição privativa do/a assistente social. Matos (2006) relata que “no campo das atribuições privativas, o assistente social desenvolve assessoria na matéria ‘Serviço Social’. Assim, esta assessoria é toda aquela que se referencia à profissão e, portanto, só pode ser prestada por um profissional graduado na área. Esse tipo de assessoria está preocupada com a qualidade do exercício profissional dos assistentes sociais. A assessoria do Serviço Social, no campo da competência profissional, se refere àquelas ações desenvolvidas pelo assistente social a partir da sua competência no campo do conhecimento coletivo, pois, os assistentes sociais vêm sendo requeridos a prestarem assessoria à gestão / formulação de políticas sociais públicas e privadas e aos movimentos sociais. [...]” (MATOS, 2006, p. 45)

### 3.2 CONHECENDO O LÓCUS DA PESQUISA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A MEJC

Para compreendermos como ocorre o fazer profissional do/a assistente social na MEJC, primeiramente, se faz necessário realizar algumas considerações sobre o lócus da pesquisa, a fim de conhecermos em que contexto está inserido essa atuação.

A Maternidade Escola Januário Cicco foi idealizada pelo médico Dr. Januário Cicco, nascido em 1881 no município de São José de Mipibu. Em 1906, quando concluiu sua graduação em Medicina na Bahia, o médico retornou a capital nordestino-grandense com o objetivo de reorganizar a assistência médica. Para isso, construiu o Hospital de Caridade Juvino Barreto, atualmente chamado Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). Pensando na autonomia para o funcionamento do hospital, até então propriedade do estado, Dr. Januário Cicco criou a Sociedade de Assistência Hospitalar, em 1926, cuja finalidade era a administração terceirizada do hospital. Em seguida, fundou a Maternidade de Natal, que teve suas obras iniciadas em 1932.

A partir da década de 1940 a maternidade estava pronta para funcionar, contudo, com a emergência da II Guerra Mundial, Natal serviu como base americana, sendo então necessária a construção do Campo de Aviação em Parnamirim, como também a ocupação da Maternidade de Natal como Quartel General das Forças Aliadas e Hospital de Campanha. Somente após a guerra, Dr. Januário Cicco pôde retornar as dependências do prédio, restaurá-lo e colocá-lo para funcionar, o que ocorreu em 1950. Dois anos após, Dr. Januário Cicco faleceu, sendo necessário passar a administração da Sociedade de Assistência Hospitalar para Dr. Onofre Lopes, seu sucessor.

A Maternidade de Natal, que em sua inauguração teve seu nome mudado para Maternidade Escola Januário Cicco, foi administrada pelos Doutores João Tinôco, Joaquim Luz Cunha, Leide Moraes, Ivis Bezerra, e Ivan Lins, respectivamente. No entanto, o Professor Leide Moraes esteve a frente da maternidade por mais tempo, se destacando pela criação de diversos serviços como: a instalação da cátedra de obstetrícia, a integração do Departamento de

Toco-Ginecologia, o estímulo à formação das bases de pesquisa e a reformulação de gerações de toco-ginecologistas na região Nordeste<sup>25</sup>.

Atualmente, a MEJC se configura como Hospital Universitário Público e desde 2013<sup>26</sup> está sob administração da EBSEH<sup>27</sup>. A maternidade também é certificada e reconhecida como instituição de ensino, vinculada ao Ministério de Educação e integrante do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Caracteriza-se como hospital de alta complexidade que realiza serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, conforme denominado pelo SUS. Servindo, assim, como campo de prática, ensino, pesquisa e extensão.

No que corresponde a área de atuação, a maternidade oferece diversos serviços direcionados a atenção à saúde da mulher, dentre eles: serviços assistenciais materno-infantil, diagnósticos, serviços terapêuticos e cirúrgicos que contemplam a vida da mulher em todas as fases da sua vida. Conta também com equipamentos que possuem tecnologia de média e alta densidade, com destaque na realização de exames de ultrassonografia e mamografia, além de vários programas voltados à assistência da saúde da mulher, como: parto humanizado, aleitamento materno, banco de leite humano (referência em todo estado do Rio Grande do Norte), mãe canguru<sup>28</sup>, programa de atendimento a mulher em situação de violência (PROAMA)<sup>29</sup>, entre outros.

Além disso, a instituição conta com ambulatório próprio que presta assistência médica em diversas áreas da saúde da mulher, servindo também como campo de

---

<sup>25</sup> Maternidade Escola Januário Cicco.

Disponível em: <<https://sistemas.ufrn.br/portal/PT/servicos/maternidade/#.VzxYNDUrLIU/>> Acesso em: 22/11/16.

<sup>26</sup> A assinatura de contrato firmado entre a UFRN e a EBSEH, em 29 de agosto de 2013, prevê a administração além da MEJC, do Hospital Universitário Ana Bezerra (Santa Cruz) e do HUOL.

<sup>27</sup> Criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

<sup>28</sup> As mães cangurus ficam instaladas em enfermaria específica (Unidade Canguru) e praticam o método com os/as filhos/as, recém-nascidos/as prematuros, que consiste em mantê-los/as no contato pele a pele e posicionados próximos ao coração, possibilitando que o bebê sinta o calor do seu corpo. O método canguru se configura como um tipo de assistência neonatal que estimula o desenvolvimento do/a recém nascido e contribui na recuperação do baixo peso, assim como na amamentação. Diariamente são acompanhadas por profissionais de diversas áreas que orientam, auxiliam e reforçam a importância do contato direto com os bebês (BARBOSA; NASCIMENTO, 2016).

<sup>29</sup> "Almejando consolidar o Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, ações são desenvolvidas quanto à escuta qualificada, apoio psicológico, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual, garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos, com encaminhamentos direcionados aos órgãos públicos de justiça." (BARBOSA; NASCIMENTO, 2016, p. 10)

aulas práticas para alunos de graduação e residência médica. Dentre os serviços ambulatoriais, são oferecidos atendimentos das seguintes especialidades: Obstetrícia, Ginecologia, Ultrassonografia, Microbiologia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Os atendimentos realizados no ambulatório atendem especialmente casos de pré-natal de alto risco; ginecologia geral e infanto-juvenil; prevenção de câncer ginecológico; saúde reprodutiva do adolescente; esterilidade e infertilidade; climatério, centro de reprodução assistida; planejamento familiar; vídeo-histeroscopia; mastologia; promoção e incentivo ao aleitamento materno e revisão de cirurgias. Ademais, a MEJC também possui setor de urgência e emergência obstétrica e ginecológica, com atendimento 24 horas.

Enquanto instituição pública e de referência no estado do Rio Grande do Norte no que concerne a assistência a saúde da mulher e materno-infantil, o atendimento oferecido na maternidade direciona-se a mulheres de todas as camadas sociais, entretanto, a procura pelos serviços é majoritariamente realizada por usuárias de classes menos favorecidas, com baixos níveis de escolaridade e em situações de vulnerabilidade social, cabendo destaque para o grande número de mulheres advindas do interior do estado.

Todo esse contexto e, principalmente, a grande quantidade de mulheres que diariamente procuram os serviços da maternidade – muitas vezes devido à falta de atendimento especializado em outras unidades – contribui para geração do fenômeno da superlotação. Acarretando, dessa forma, o “improvisado” no atendimento assistencial às parturientes e a aglomeração de leitos nos corredores do hospital. Comprometendo, também, o trabalho dos profissionais de saúde que diariamente atuam na maternidade, pois necessitam atender uma demanda superior a capacidade máxima que o espaço físico suporta.

Assim, mediante a conjuntura que envolve o cotidiano na instituição e a partir das observações sistemáticas realizadas durante a experiência de estágio, ficou perceptível a relevância em aprofundar a discussão sobre o exercício profissional do/a assistente social inserido nesse contexto. Contribuindo, assim, para a materialidade da elaboração desta pesquisa.

Também com a finalidade de analisar os desafios enfrentados pelo setor de Serviço Social da MEJC – setor que além de compor a unidade hospitalar e prestar suporte às usuárias do serviço é alvo de investigação deste trabalho – foram aplicados questionários semi-estruturados a uma amostra de 60% do total de

assistentes sociais que atuam na instituição. Os resultados<sup>30</sup> obtidos através dos questionários foram bastante satisfatórios, pois tangenciou aspectos importantes do cotidiano profissional dos/as assistentes sociais.

Guerra (2013) aponta o cotidiano profissional como o “lócus privilegiado” do/a assistente social, pois é o espaço onde ele/a atua no cotidiano de outros sujeitos. Entretanto, essa relação não ocorre de forma plena, sendo, dessa forma, permeada de tensões que tanto são impostas pelo próprio cotidiano em suas características<sup>31</sup> (heterogeneidade, espontaneidade, imediaticidade, superficialidade) como pelo próprio contexto social do qual a profissão faz parte, marcada pelas transformações societárias aprofundadas, sobretudo, no fim do século XX.

Assim, conhecer o espaço de atuação e a percepção dos profissionais da categoria quanto à qualidade dos serviços prestados neste espaço se faz imprescindível à discussão realizada neste trabalho. Dessa forma, foi elaborada uma questão sobre como os profissionais avaliam os serviços prestados na maternidade, e as respostas obtidas foram diversas. Apesar disso, foi observável que a maioria encontra-se satisfeitos/as quanto à qualidade da assistência profissional ofertada. Paralelo a isso, no tocante a infraestrutura da instituição, pode ser observado uma significativa insatisfação com as instalações físicas do hospital de um modo geral. Dentre as respostas consideradas como mais relevantes, podemos citar:

Do ponto de vista da assistência profissional boa. Mas a estrutura física é muito precária e antiga. Os leitos não garantem privacidade. (Questionário 2, 2016)

A MEJC embora haja grandes avanços na área assistencial, ainda tem desafios em questões estruturais e de organização da gestão. (Questionário 5, 2016)

Acho que valorar o trabalho prestado em ‘bom’ ou ‘ruim’ seria um reducionismo da complexidade que esta análise exige. São prestados serviços de alta complexidade a uma grande parcela da população do estado. Pra mim tem aspectos positivos e negativos, mas de uma maneira geral, só por oferecer o acesso à atenção a saúde da mulher em casos que exigem assistência de alta complexidade já sinaliza que o trabalho prestado é de grande importância para propagação. (Questionário 6, 2016)

---

<sup>30</sup> A discussão sobre os resultados da pesquisa será realizada nos tópicos 3.3 e 3.4 deste trabalho.

<sup>31</sup> Guerra faz essa discussão sobre o cotidiano profissional em sua obra “A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In.: A Dimensão Técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos”. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2012.



Portanto, podemos perceber que de acordo com a concepção dos/as profissionais de Serviço Social, os serviços prestados pela instituição são de bastante qualidade. Entretanto, a estrutura física não consegue suprir o necessário e possui algumas características ainda antigas, não proporcionais para um hospital de alta complexidade e que se configura como referência em todo estado do Rio Grande do Norte.

### 3.3 O FAZER PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA MEJC

Situando brevemente o setor de Serviço Social da MEJC, podemos afirmar que não existem dados oficiais que comprovem a sua data de fundação. Contudo, os relatos dos profissionais mais antigos, obtidos através da experiência de estágio, descrevem que o setor possui mais de trinta anos de história e vivenciou as mais diversas transformações teórico-metodológicas que constituem o processo sócio-histórico da profissão.

Assim, apresenta-se como objetivo do Serviço Social na instituição potencializar a orientação social visando à ampliação do acesso aos direitos sociais. No âmbito da saúde materno-infantil, especificamente, o setor assume como prioridade a garantia dos direitos da grávida, da puérpera e do recém-nascido, estabelecendo um contato precoce com a usuária a fim de levantar indicadores de risco social que possam delinear uma intervenção adequada<sup>32</sup>.

Atualmente, o quadro do setor é composto por dez (10) assistentes sociais, três (03) vinculados a UFRN e os outros sete (07) a EBSEH. Devido à ampliação significativa no número de profissionais após o concurso da EBSEH, em 2014, o Serviço Social assumiu uma nova configuração de trabalho, dividido entre setores: ambulatório, urgência e emergência, UTI materna e neonatal, e enfermarias.

Todos/as cumprem carga horária de 30h/semanais<sup>33</sup>, com expediente dividido conforme o horário de funcionamento do setor, das 7h às 19h. Durante a semana (de segunda a sexta feira) os setores da maternidade são divididos entre os/as profissionais e cada um/a possui duas ou três enfermarias pelo qual é responsável,

---

<sup>32</sup> Plano de trabalho do Serviço Social da MEJC (2015).

<sup>33</sup> Conforme conquista da categoria e do conjunto CFESS/CRESS, estabelecida pela Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010, que dispõe sobre a duração do trabalho do/a assistente social. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2010/lei/12317.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/12317.htm)> Acesso em: 28/11/2016.

e um/a profissional fica designado/a para atender as demandas espontâneas que chegam até a sala do Serviço Social. Nos finais de semana (sábado, domingo e feriados) o setor segue o regime de plantão, ficando um/a profissional, apenas com vínculo UFRN, das 7h às 19h.

A partir da análise dos questionários aplicados aos/as profissionais de Serviço Social da MEJC, podemos elencar as principais atividades realizadas<sup>34</sup> em:

Atendimento; Acolhimento; Entrevista social; Articulação com a rede; Roda de conversa; Participação em reuniões; Comunicação de alta; Relatório social. (Questionário 1, 2016)

Acolhimento; visita aos leitos; orientação social, previdenciária e trabalhista; articulação com a rede socioassistencial e órgãos de proteção (ex.: Conselho Tutelar, Vara da Infância); atividades socioeducativas; orientações sobre sepultamento (auxílio funeral); orientações sobre rotina da MEJC; atendimento multiprofissional; inserção em equipe multiprofissional; tutoria de residência e supervisão de estágio. (Questionário 2, 2016)

Acolhimento as usuárias e acompanhantes; orientações sociais sobre direitos trabalhistas, previdenciários, etc.; entrevistas; articulação de rede de serviços para fortalecer a prática do Serviço Social e solucionar problemas emergenciais; rodas de conversas/atividades socioeducativas; supervisão de estágio; tutoria/preceptoria de residência em Serviço Social, etc. (Questionário 3, 2016)

Acolhimento; visita diária as enfermarias; emissão de declarações para acompanhantes; contatos telefônicos para viabilização da alta do paciente; encaminhamentos para a rede. (Questionário 4, 2016)

Acolhimento; Orientação social aos usuários, acompanhantes e visitantes; Fornecimento de declaração em matéria de Serviço Social; Encaminhamento e articulação com a rede SUS e demais políticas públicas; Orientação em caso de óbito; Realização de rodas de conversa / atividade de educação em saúde; Reuniões de planejamento estratégico. (Questionário 5, 2016)

Visitas diárias às enfermarias para orientações gerais sobre a instituição, direitos sociais, trabalhistas e previdenciários; acompanhamento de usuários internados (sobretudo os de longa permanência); contato com a rede de saúde, assistência social, sócio-jurídica; orientações sobre planejamento familiar; atendimento em casos de óbito; atendimento a vítimas de violência (principalmente sexual); atividades em grupo (rodas de conversa); tutoria e preceptoria de Residência Multiprofissional; supervisão de estagiários. (Questionário 6, 2016)

---

<sup>34</sup> As respostas foram obtidas através da seguinte pergunta: “Quais as principais atividades realizadas pelo setor de Serviço Social?”

Vemos que as ações acima citadas envolvem requisições de distintos campos de atividades ou eixos de inserção do trabalho profissional, que conforme denomina Costa (2007) se dividem em: a) levantamento de dados; b) interpretação de normas e rotinas; c) agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial-assistencial; d) procedimentos de natureza sócio-educativa, informação e comunicação em saúde; e) desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico político.

Assim, estabelecendo um comparativo de análise entre as atividades exercidas pelos/as profissionais na instituição e os eixos predefinidos pela autora, iniciaremos retratando a importância da utilização da entrevista social, conforme apontado nas respostas. Costa (2007, p. 318) destaca que esse instrumento está incluído no eixo de “levantamento de dados para caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários”. Sua finalidade consiste em adquirir informações sobre as variáveis que interferem no processo saúde/doença do/a usuário e, assim, estabelecer possibilidades de intervenção profissional. Dentre os dados coletados se inserem noções sobre as condições sanitárias, econômicas, habitacionais, composição familiar, renda, religião e referências pessoais do/a usuário/a<sup>35</sup>. Cabendo, também, compreender as condições de vida de seus familiares, parentes próximos, responsáveis, entre outros, que possam contribuir no decorrer do diagnóstico e tratamento (COSTA, 2007).

A utilização da entrevista social como instrumento técnico-operativo de trabalho, normalmente se configura como o primeiro contato<sup>36</sup> do Serviço Social com o/a usuário/a. Na maternidade, seu uso está inserido no cotidiano de todos/as os/as assistentes sociais atuantes nos diversos setores, seja nas UTIs, na urgência e emergência, nas enfermarias e no ambulatório.

Entre as respostas dos/as profissionais também notamos que outra atividade realizada rotineiramente se refere às orientações gerais sobre a instituição, que de

---

<sup>35</sup> “Ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença.” (COSTA, 2007, p. 319)

<sup>36</sup> Acerca disso, Costa (2007, p. 320) acrescenta que “no atendimento hospitalar, por exemplo, a obtenção dos dados, por meio de entrevistas, preenchimento de ficha social ou questionário, é a primeira etapa do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo assistente social, integrando, pois, um conjunto de procedimentos e normas relativos ao internamento dos pacientes. [...]”

acordo com Costa (2007), se insere no eixo de atuação “interpretação de normas e rotinas”. A realização dessa atividade consiste basicamente,

[...] num conjunto de orientações sobre os regulamentos, o funcionamento e as condições exigidas pelas unidades, tais como: observação de horários, prazos de retorno do paciente, documentos exigidos, etc. No cotidiano dos serviços, sua utilidade tem sido a de assegurar o disciplinamento e o enquadramento dos usuários e acompanhantes às normas e rotinas da unidade, embora também constitua momento em que já se identifica a necessidade de abertura de exceções a regras. (COSTA, 2007, p. 323)

Na MEJC essas orientações circundam o repasse de informações sobre os horários de visitas, a quantidade de visitantes permitidos para cada usuário/a e alguns informes para os acompanhantes, principalmente, sobre as regras e rotinas da instituição. Evitando, assim, futuros problemas de convivência entre os/as usuários, seus acompanhantes, visitantes e funcionários/as.

A execução de outras atividades realizadas rotineiramente, conforme citadas nas respostas dos questionários, estão inseridas no eixo de atuação “procedimentos de natureza sócio-educativa, informação e comunicação em saúde” (COSTA, 2007), que:

Em todos os tipos e fases do atendimento e acompanhamento (individual ou coletivo) e em todas as unidades de saúde, o assistente social realiza ações voltadas para a “educação”, informação e comunicação em saúde, quer por meio de orientações, encaminhamentos individuais e coletivos, realização de eventos e criação de espaços de discussão, reclamações e sugestões. (COSTA, 2007, p. 325-326)

No contexto da maternidade a realização dessas ações se expressa através de encaminhamentos para a rede socioassistencial; orientações sociais, trabalhistas e previdenciárias; orientações sobre o registro do bebê e do cartão SUS; orientações sobre a importância das consultas de revisão do parto e demais cirurgias; encaminhamentos e orientações em caso de óbito; orientações sobre os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, dentre outros.

No que se referem às ações sócio-educativas realizadas, essas se expressam principalmente através de rodas de conversas planejadas e executadas em equipe multiprofissional. De maneira geral, a maioria dos/as profissionais de Serviço Social realizam esse tipo de trabalho nas enfermarias e setores os quais são responsáveis.

Os temas de discussão costumam ser diversos e abrangem conteúdos que incorporam a realidade das mulheres internadas e de seus bebês, tais como: importância do aleitamento materno, prevenção do câncer de mama e de colo de útero, depressão pós-parto, importância do método canguru, diabetes gestacional, cuidados durante a gestação de alto risco, dentre outros. O planejamento das ações ocorre nas reuniões de equipe multiprofissional e durante a execução das rodas de conversa cada profissional abrange as discussões conforme sua área de atuação, havendo bastante participação das usuárias.

No ambulatório, a maior demanda existente se refere à procura pela realização da laqueadura tubária, pertencente ao programa do planejamento familiar. Dessa forma, semanalmente há rodas de conversas com participação da equipe multidisciplinar – enfermeiros/as, assistentes sociais e psicólogos/as – que contemplam discussões sobre direitos sexuais, reprodutivos e métodos contraceptivos, com as usuárias e seus/suas companheiros/as que despertaram interesse em realizar o procedimento cirúrgico.

Outras atividades realizadas pelos/as assistentes sociais no cotidiano do exercício profissional na instituição se referem ao eixo sinalizado por Costa (2007) como “agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial-assistencial”, que de acordo com a autora,

A maioria das atividades do assistente social, em todos os tipos de unidades de saúde (seja unidades básicas, hospitais ou ambulatórios e/ou serviços especializados), consiste em tomar providências no sentido de: – atender às urgências sociais que envolvem o processo de prestação de serviços, tais como providenciar transporte, marcação de exames, consultas e leitos extras, mobilização de recursos assistenciais dentro e fora do sistema de saúde. (COSTA, 2007, p. 332)

Conforme citado nas respostas dos questionários e também com base nas observações realizadas ao longo do estágio, a reprodução dessas ações pelos/as assistentes sociais se referem à: solicitação de transporte para usuários/as vindos/as de outros municípios; fornecimento de declaração de comparecimento aos acompanhantes; agilização para realização de exames em outras unidades de saúde; contato com outros hospitais em busca de vagas quando há necessidade de transferência da usuária ou do recém-nascido; obtenção de medicamentos;

permissão de utilização do telefone para os/as usuários/as utilizarem em casos de necessidade, dentre outros.

Costa (2007) discute que a realização das atividades anteriormente citadas tem se configurado como estratégia para atenuar as implicações da demanda reprimida. Assim, propicia “[...] condições objetivas para a realização do processo de trabalho em saúde e, principalmente, para tornar possível o acesso de segmentos excluídos do próprio serviço existente, constituindo-se numa espécie de elo invisível” (COSTA, 2007, p. 336).

Outra atividade desempenhada pelo setor se refere ao eixo “desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico político” conforme denominado pela autora, que,

[...] Trata-se da realização de atividades em que o profissional assessora, organiza e realiza cursos, seminários, debates, treinamentos, palestras, oficinas de trabalho, cartas-convite, *folders*, reuniões, visitas a lideranças e entidades comunitárias, articula profissionais, saberes, recursos audiovisuais etc. [...] (COSTA, 2007, p. 337)

Aqui podemos citar as iniciativas do setor em realizar atividades como o “Encontro Socializando Casos Sociais – Fortalecendo a rede de proteção à criança e ao adolescente”, evento realizado na instituição direcionado aos conselheiros tutelares de Natal e região metropolitana, com o objetivo de socializar os casos que derivaram de encaminhamentos realizados pelo Serviço Social da maternidade. Caracterizando-se também como uma oportunidade de fortalecer a rede de apoio territorial da criança e do adolescente.

Outra iniciativa relevante de atuação do Serviço Social no desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico político, refere-se ao treinamento/capacitação direcionado à equipe de recepção e vigilância da instituição, com o objetivo de unificar as orientações direcionadas aos/as usuários/as e fornecer uma ação pedagógica de cunho formativo sobre a Política Nacional de Humanização (PNH). Qualificando, assim, a assistência do atendimento e a relação com o público usuário.

Sobre a execução dessas atividades, cabe destaque para a atuação do Serviço Social em conjunto com outras categorias profissionais em composição de

equipe multiprofissional. Acerca disso, é importante realçar como ocorre esse trabalho no contexto das relações com outros profissionais na instituição:

Existe um planejamento de atividades voltadas aos usuários numa perspectiva multiprofissional, em cada setor e na MEJC como um todo. Para fortalecer as ações, há uma unidade gerencial. (Questionário 5, 2016)

A atuação multiprofissional vem sendo construída diariamente, seja em atendimentos conjuntos, atividades em grupo, na atuação para a formação de residentes e nas reuniões da equipe multiprofissional. Temos muito a avançar, mas reconhecemos que diariamente estamos conquistando espaço. (Questionário 6, 2016)

[Maneiras como se expressam as ações em equipe multiprofissional] Atividades planejadas, eventos, ações, rodas de conversas, elaboração de material, etc. (Questionário 1, 2016)

Logo, fica perceptível que há estímulo para a difusão de práticas multiprofissionais, em razão da existência de uma unidade gerencial específica e que planeja a execução das atividades direcionadas aos/as usuários/as. Conforme apontado pelo questionário 1, as ações envolvem eventos, realizações de rodas de conversas, elaboração de material educativo, atividades socioeducativas, dentre outras.

Assim, compreendendo o leque de competências e atribuições que norteiam o exercício profissional do/a assistente social na instituição, cabe agora adentrar na discussão da autonomia profissional neste espaço socio-ocupacional, enquanto categoria fundamental na análise sobre os elementos constituintes do cotidiano profissional. Conforme consta no Código de Ética de 1993, Art. 2º, um dos direitos do/a assistente social se constitui em:

h- ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções. (CFESS, 2011, p. 26)

Dessa forma, questionamos sobre como os/as assistentes sociais avaliam a autonomia no exercício profissional na instituição, dentre as respostas que cabem destaque, podemos mencionar as seguintes:

A autonomia é relativa, não somos chamados para as decisões maiores; no âmbito da atuação profissional, temos autonomia. (Questionário 1, 2016)

O Serviço Social tem autonomia para exercer seu papel pautado no projeto ético-político da profissão. Gozando de autonomia em matéria específica do Serviço Social, entretanto, em ações de caráter coletivo, ainda existem barreiras gerenciais. (Questionário 5, 2016)

A autonomia é relativa sofrendo rebatimentos tanto da gestão institucional quanto das limitações inerentes à precarização das políticas públicas, sobretudo as políticas sociais. (Questionário 6, 2016)

Observamos que a resposta do questionário 1 demonstrou possuir autonomia relativa no que se refere às “decisões maiores” e o questionário 5 manifestou que nas “ações de caráter coletivo, ainda existem barreiras gerenciais”. Mas, no que tange ao direcionamento das ações profissionais do Serviço Social em si, ambos os questionários exprimiram satisfação quanto à autonomia. O questionário 1 afirmou “no âmbito da atuação profissional, temos autonomia”, e o questionário 5 declarou “O Serviço Social tem autonomia para exercer seu papel pautado no projeto ético-político da profissão. Gozando de autonomia em matéria específica do Serviço Social”.

Entretanto, Iamamoto (2009) afirma que a condição de trabalhador/a assalariado/a<sup>37</sup> na qual o/a assistente social está inserido/a, tensionada pela compra e venda da sua força de trabalho, se configura enquanto determinante fundamental em sua autonomia. Pois envolve, inevitavelmente, a incorporação de critérios institucionais e trabalhistas que estabelecem as relações de trabalho, ao mesmo tempo em que os organismos empregadores definem as funções e atribuições conforme a normatização institucional. Essas contradições restringem em graus variados a autonomia profissional, não possibilitando condições objetivas para materialização de uma autonomia consoante a citada nos questionários 1 e 5.

Ainda de acordo com Iamamoto (2009, p. 32),

[...] as exigências impostas pelos distintos empregadores, no quadro da organização social e técnica do trabalho, também materializam requisições, estabelecem funções e atribuições, impõem regulamentações específicas ao trabalho a ser empreendido no âmbito do trabalho coletivo, além de normas contratuais (salário, jornada, entre outras), que condicionam o conteúdo do trabalho realizado e estabelecem limites e possibilidades à realização dos propósitos profissionais.

---

<sup>37</sup> “Seja como funcionário público ou assalariado de empregadores privados, empresariais ou não” (IAMAMOTO, 2009, p. 31).



Dessa forma, explanar sobre a autonomia profissional do/a assistente social requer compreender o complexo de determinações que elucidam o seu trabalho, as exigências que as instituições empregadoras requerem de seus trabalhadores assalariados e, principalmente, em que condições de trabalho estão submetidos/as. À vista disso, poderemos aclarar de que modo se dá essa autonomia a partir das discussões presentes no próximo tópico, pois abarcam os pontos anteriormente citados e também como ocorrem os interesses políticos, ideológicos e as relações de poder na instituição.

### 3.4 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

As transformações ocorridas no mundo do trabalho durante o século XX afetaram diretamente as condições de trabalho da classe trabalhadora em geral. Esse processo foi desencadeado pela falência do sistema taylorista/fordista, em meados da década de 1970 e pelo advento de um novo padrão de organização da produção, o toyotismo (PINTO, 2010). Esse novo modelo,

[...] prioriza a flexibilização da produção e dos processos de trabalho que dinamizam o mercado mundial com enorme salto tecnológico, expresso na automação, na robótica e na microeletrônica. Essas transformações imprimiram mudanças significativas nos processos produtivos, precarizando as condições e relações de trabalho. (CAVALCANTE; PRÉDES, 2010, p. 6)

Harvey (1992) aponta que a acumulação flexível implica em níveis relativamente altos de desemprego estrutural, rápida destruição e reconstrução de habilidades, assim como em ganhos modestos (quando há) de salários reais e significativos retrocessos do poder sindical. Cavalcante e Prédes (2010) acrescentam que tais impactos referentes às mudanças durante o processo produtivo “têm rebatimentos diretos no mercado de trabalho, com uma progressiva e crescente desregulamentação, processo que tem possibilitado a redução do trabalho formal e o aumento do trabalho temporário, terceirizado e em tempo parcial” (p. 07).

Segundo Mota e Amaral (2008) essas mudanças determinam novas atribuições de domínio do capital sobre o trabalho, com vistas à construção de outra cultura do trabalho e de uma nova racionalidade política e ética em consonância com a sociabilidade requerida pelo atual projeto do capital.

Ainda conforme as autoras, na esfera da produção e da organização social, o conjunto dessas mudanças provocou o redirecionamento da intervenção do Estado. As mudanças nas relações que envolvem Estado, sociedade e mercado efetivaram-se em “um conjunto de medidas de ajuste econômico e de reformas institucionais, cujos destaques são os mecanismos de privatização, as pressões do empresariado e da burocracia estatal para suprimir direitos sociais e trabalhistas”, bem como na “naturalização” da superexploração do trabalho (MOTA; AMARAL, 2008, p. 37)

No que se refere às condições de trabalho no setor público estatal<sup>38</sup> – maior empregador dos/as assistentes sociais – Cavalcante e Prêdes (2010) afirmam que elas também se organizam de acordo com a lógica da flexibilização e precarização, assim como pela influência do ideário neoliberal<sup>39</sup>. Segundo as autoras, enquanto funcionários/as públicos os/as assistentes sociais estão submetidos/as ao processo decorrente do enxugamento da máquina estatal, ao mesmo tempo em que necessitam lidar cotidianamente com o processo de contrarreforma do Estado, que transforma as políticas sociais em ações pontuais e seletivas, sob o argumento de crise fiscal do Estado.

Ou seja, o processo de precarização do trabalho do/a assistente social “está associada à própria natureza precária das políticas sociais, desde a sua gênese, e como este profissional atua diretamente com essas políticas, o seu trabalho também participa dessa precarização” (CAVALCANTE; PRÉDES, 2010, p. 14). Além disso, o fato de ser considerado um/a trabalhador/a assalariado/a intensifica ainda mais a precarização em suas relações trabalhistas.

A partir das respostas contidas nos questionários e, também, através do contato direto estabelecido durante a experiência de estágio com os/as profissionais de Serviço Social da MEJC, constatamos que todos/as ingressaram na instituição por meio de concurso público. Sendo que apenas três foram através do concurso público da UFRN, regidos/as pelo Regime Jurídico Único – RJU, enquanto os/as outros/as sete foram através do concurso público da EBSEH, regidos/as pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

---

<sup>38</sup> Raichelis (2009) afirma que o Estado ainda permanece sendo a expressão mais efetiva de operar a universalização de direitos, apesar dos tantos desmontes e desmanches que têm atingido a esfera estatal.

<sup>39</sup> “[...] O neoliberalismo como ideário econômico e político, é expresso nos princípios da economia de mercado, na regulação estatal mínima e na formação de uma cultura que deriva liberdade política da liberdade econômica. O pragmatismo econômico é expresso na subordinação dos processos sociais às necessidades de reestruturação (ajustes e reformas), neutralizando, na prática, as questões que dizem respeito aos projetos sociais. [...]” (MOTA; AMARAL, 2008, p. 30)

Acerca disso, cabe considerar que a EBSEH se configura como uma proposta de gestão eficiente dos recursos financeiros em parceria com a iniciativa privada. Recaindo, assim, sobre os trabalhadores da saúde os efeitos mais perversos dessa proposta. Portanto, a empresa se configura enquanto representação concreta do processo de flexibilização e intensificação do trabalho no setor público.

De acordo com Guerra (2010, p. 719) a precarização do exercício profissional se expressa por meio de diferentes dimensões, dentre elas:

[...] desregulamentação do trabalho, mudanças na legislação trabalhista, subcontratação, diferentes formas de contrato e vínculos que se tornam cada vez mais precários e instáveis, terceirização, emprego temporário, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade dos espaços laborais e dos salários, frágil organização profissional, organização em cooperativas de trabalho e outras formas de assalariamento disfarçado, entre outras.

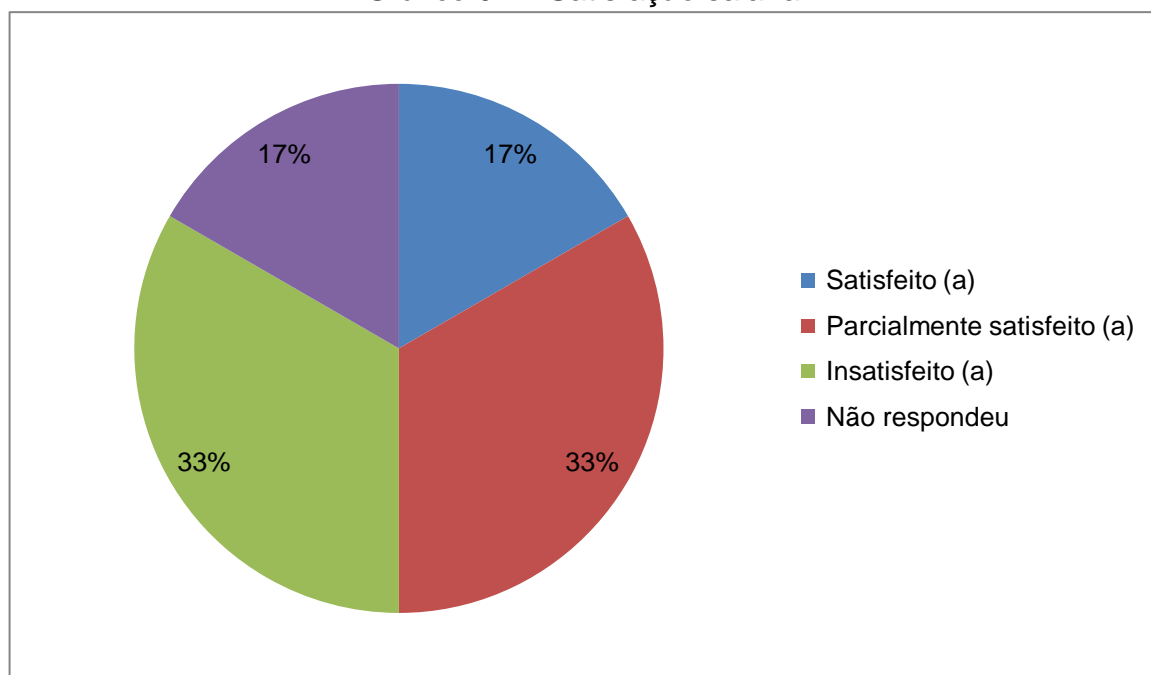
Adentrando, ainda, nas formas como a precarização do trabalho se expressa, realizamos a seguinte pergunta no questionário aplicado: Está satisfeito (a) com o plano de cargos e com o valor do salário? A partir do processo de análise das respostas, cabe destacar que 100% dos/as entrevistados/as demonstraram insatisfação quanto ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); no entanto, no que se refere ao valor do salário as respostas obtidas foram diversas. Dentre as mais relevantes, podemos relatar:

Se comparado aos demais espaços sócio-ocupacionais a remuneração é satisfatória. O plano de cargos precisa de ajustes nos critérios, promovendo ganhos reais. (Questionário 5, 2016)

Não. A forma como a progressão por mérito se dá é muito subjetiva, prejudicando quem a submete de forma criteriosa. O salário pra realidade do Serviço Social é bom, porém ainda inferior ao de outras categorias de nível superior de mesma carga horária nesta instituição. (Questionário 6, 2016)

Não. A progressão se dá de forma subjetiva. A avaliação de desempenho não tem critérios claros. (Questionário 2, 2016)

Gráfico 01 – Satisfação salarial



Fonte: Elaboração da autora, com base nos dados obtidos em aplicação de questionário, 2016.

Através da explanação dos dados ficou claramente perceptível que somente 17% dos/as entrevistados/as demonstraram satisfação com o valor do salário. Fato esse, que pode ser uma justificativa pela qual uma quantidade significativa dos/as profissionais possui outro vínculo empregatício. Quando questionados/as se possuem outro vínculo, as respostas obtidas foram as seguintes:

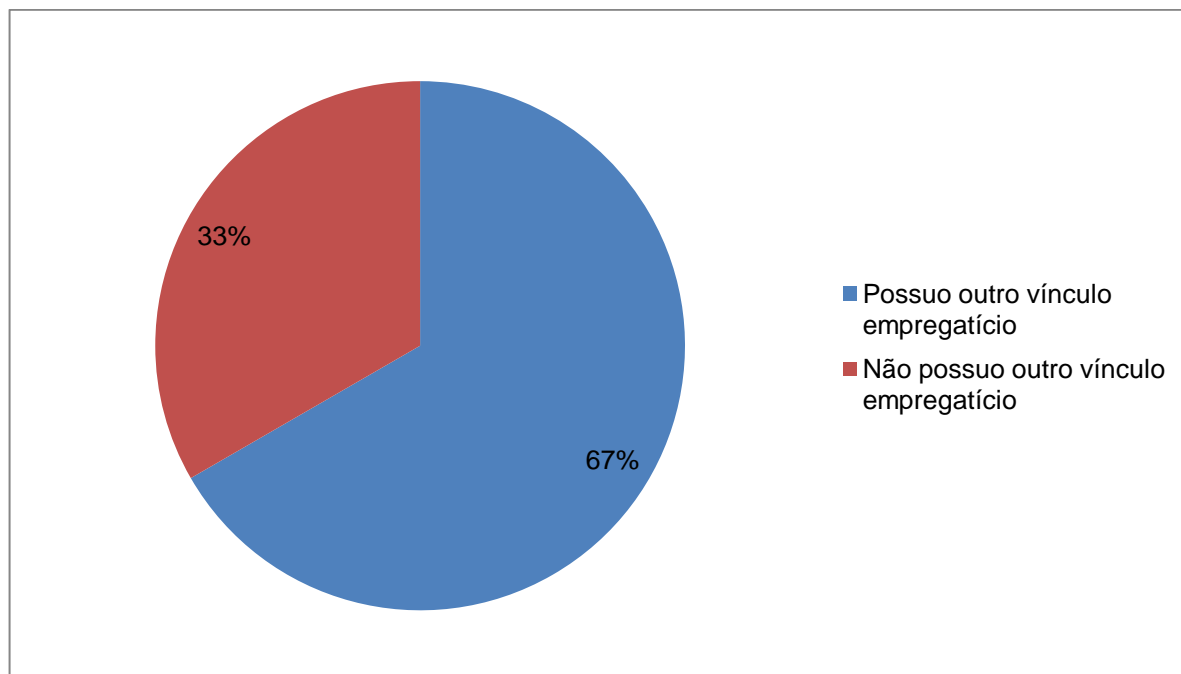


Gráfico 02 – Quantidade de vínculos empregatícios

Fonte: Elaboração da autora, com base nos dados obtidos em aplicação de questionário, 2016.

Dessa forma, ficou evidente que a maioria dos/as profissionais necessita buscar outros vínculos empregatícios. O que se apresenta enquanto reflexo dos baixos salários e da precarização em ambos os espaços sócio-ocupacionais de trabalho, uma vez que as consequências da flexibilização atingem o/a trabalhador/a assalariado/a<sup>40</sup> como um todo, em especial, àqueles/as que atuam diretamente com as políticas sociais, principal alvo da ofensiva neoliberal. Acerca disso, Boschetti (2011, p. 562) acrescenta que,

[...] a não realização de concursos públicos em conformidade com as demandas do trabalho tem levado à terceirização do trabalho, à precarização, à superexploração da força de trabalho, à inserção dos (as) profissionais em dois ou três campos de atuação com contratos precários, temporários, o que tem causado adoecimento físico e mental.

<sup>40</sup> Acerca disso, Iamamoto afirma que “o Serviço Social é regulamentado como uma profissão liberal, dispondo de estatutos legais e éticos que atribuem uma autonomia teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa à condução do exercício profissional. Ao mesmo tempo, o exercício da profissão se realiza mediante um contrato de trabalho com organismos empregadores – públicos ou privados –, em que o assistente social afirma-se como trabalhador assalariado. Estabelece-se uma tensão entre autonomia profissional e condição assalariada. Assim, assistente social também é um(a) trabalhador(a) assalariado(a), qualificado(a), que depende da venda de sua força de trabalho especializada para a obtenção de seus meios de vida [...]” (IAMAMOTO, 2007, p. 181).

Vale salientar também que todos/as os/as profissionais entrevistados/as possuem pós-graduação, sendo que cinco deles/as possui especialização e um/a, que ingressou na instituição através do concurso da EBSEH, possui mestrado. Acontece que seu salário está na mesma faixa salarial que o dos/as profissionais vinculados ao RJU e que possuem titularidade inferior. Isto é, na instituição a titulação do/a profissional não interfere diretamente na sua faixa salarial, demonstrando, portanto, um déficit na progressão do PCCS.

Outro levantamento importante apontado nos questionários e que interfere diretamente nas condições de trabalho se refere aos recursos materiais que a instituição dispõe para atuação do/a assistente social. Apesar de apresentarem ter acesso a itens como telefone, computador, impressora, material de escritório e acesso a internet; 100% dos/as entrevistados apontaram insatisfação quando perguntados/as sobre o espaço físico das salas que o Serviço Social atua.

Não é suficiente, sala pequena e com poucas cadeiras. Não garante o sigilo profissional. Na urgência o Serviço Social não dispõe de sala e no ambulatório a sala é compartilhada com a Psicologia. (Questionário 3, 2016).

Não. Existe uma sala pequena para atendimento social. A mesma sala comporta os demais profissionais. O espaço é insuficiente e fere a privacidade do usuário. (Questionário 2, 2016).

Apenas uma sala, que é o que dispomos, não é suficiente para todas as atividades que nosso trabalho exige e pra garantia do sigilo. Os colegas que atendem na urgência e ambulatório não possuem sala própria para o Serviço Social. (Questionário 6, 2016).

Não. Uma vez que no ambulatório é de uso compartilhado com a Psicologia e, por vezes, com profissional médico e/ou enfermagem. (Questionário 5, 2016).

Percebemos que foram relatadas insatisfações a respeito do espaço físico na sala principal do Serviço Social, pois não possui tamanho suficiente para o quadro atual de profissionais<sup>41</sup>. Nesse quesito, é necessário ressaltar também que com a chegada da EBSEH houve um aumento considerável na quantidade de profissionais, entretanto, não houve ampliação no espaço físico do setor. O que

---

<sup>41</sup> Cabe considerar que além dos/as dez profissionais que compõem o quadro atual do setor, atualmente também existem duas residentes e sete estagiárias que diariamente exercem suas atividades neste mesmo espaço físico.

compromete diretamente o cotidiano do exercício profissional e, também, a qualidade do atendimento prestado aos/as usuários/as.

Conforme constatado nas respostas o espaço que o/a assistente social ocupa na urgência e emergência se configura como ainda mais precarizado, pois os/as profissionais não dispõem de sala e dividem o ambiente da triagem com os/as enfermeiros/as. Enquanto que no ambulatório existe sala, no entanto, é de uso compartilhado com a Psicologia, sendo necessário que os/as profissionais revezem os atendimentos como forma de garantia do sigilo. Por vezes, dependendo da demanda nas demais salas, médicos e/ou enfermeiros também a utilizam.

Logo, as situações acima apontadas sobre os espaços que o Serviço Social ocupa na instituição se contrapõem diretamente com as condições éticas e técnicas do exercício profissional. Acerca disso a resolução nº 493/2006 do CFESS estabelece:

Art. 1º – É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer.

Art. 2º – O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

- a) iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;
- b) recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;
- c) ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;
- d) espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

Art. 3º – O atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo.

A ausência de espaço adequado para o atendimento também entra em confronto diretamente com os deveres do/a assistente social nas relações com os/as usuários/as, conforme consta no Código de Ética em seu título III, capítulo I:

Art. 5º – São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as:

[...] f – fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional; (CFESS, 2011, p. 30)

Também de acordo com o capítulo V, deste mesmo Código, constam as seguintes disposições necessárias para garantia do sigilo profissional:

Art. 15 – Constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional.

Art. 16 – O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.

Art. 17 – É vedado ao/à assistente social revelar sigilo profissional.

Art. 18 – A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/a e da coletividade. (CFESS, 2011, p. 35)

Dessa forma, percebemos que as iniciativas para garantir o sigilo ficam a cargo dos/as profissionais ao utilizarem estratégias no cotidiano com o intuito de evitar a violação desse direito, como o exemplo da permuta dos atendimentos entre Psicologia e Serviço Social no ambulatório. Fato que evidencia o compromisso ético dos/as profissionais com o código de ética da categoria e, também, com as histórias de vida dos/as usuários/as e suas singularidades. Mais ainda, ressalta o uso de artifícios para garantia de um atendimento de qualidade apesar das condições precarizadas de trabalho.

Dentre as perguntas, também questionamos se a quantidade de profissionais que atuam no setor atualmente é suficiente. Sobre esse ponto as respostas variaram, enquanto alguns apontaram a ausência de profissional na urgência, outros/as relataram que algumas enfermarias necessitam de uma atenção maior. Mas, predominantemente, houve o apontamento que caso haja a implementação da cobertura 24 horas no setor<sup>42</sup>, se faz necessário o ingresso de outros/as assistentes sociais.

Não totalmente suficiente [quantidade de profissionais no setor], por conta de algumas enfermarias grandes há necessidade de ampliação da equipe. (Questionário 1, 2016)

Não. Existe ainda uma vaga em aberto do concurso. A urgência está descoberta. (Questionário 2, 2016)

Para que o Serviço Social funcione 24h necessitaria de mais profissionais. (Questionário 3, 2016)

---

<sup>42</sup> Atualmente o setor de Serviço Social na instituição atua das 7h às 19h, ou seja, doze horas diárias.



No momento, necessitamos de um quadro maior de profissionais para abranger todos os horários e setores da MEJC. (Questionário 4, 2016)

Considerando a necessidade de cobertura no atendimento do Serviço Social 24h, faz-se necessário contratações de, pelo menos, 3 (três) assistentes sociais por concurso público. (Questionário 5, 2016)

Não temos profissionais suficientes para uma cobertura 24 horas (atualmente temos AS's<sup>43</sup> 12h/dia na instituição), o que seria de grande importância para um hospital de alta complexidade. Falta uma AS para atendimento na urgência pela manhã. A maioria das AS's que atendem enfermarias, acumulam 2 setores diferentes, prejudicando a oferta de um trabalho de qualidade. (Questionário 6, 2016)

Conforme apontado em duas das respostas acima, o setor da urgência está descoberto no período da manhã, pelo fato de ainda existir uma vaga em aberto no concurso público da EBSEH. Sendo, essa, uma expressão da precarização, pois sobrecarrega o trabalho para o/a assistente social do turno da tarde, assim como algumas demandas necessitam ser repassadas para profissionais que já possuem responsabilidades por outros setores no período da manhã.

Ainda, quando questionados se existe sobrecarga de trabalho no setor, 100% dos/as profissionais responderam que sim, embora cada um/a tenha citado contextos específicos entre os quais a sobrecarga se expressa, tais como:

A sobrecarga não é rotina, mas dependendo da demanda pode acontecer. (Questionário 1, 2016)

Sim [existe sobrecarga], dependendo das demandas que se apresentam no cotidiano. (Questionário 2, 2016)

Devido a fragmentação do trabalho, demandas de outros profissionais encaminhadas de forma inadequada, em determinados períodos, o Serviço Social sofre sobrecarga. (Questionário 5, 2016)

Sim. Principalmente para aquelas AS's que acumulam mais de uma enfermaria e ainda precisam oferecer suporte ao atendimento do plantão na sala de SS [Serviço Social]. Na maioria das vezes algum trabalho importante fica negligenciado. (Questionário 6, 2016)

Cabe destaque para a resposta do questionário 5, pois o/a entrevistado/a sinalizou uma questão bastante pertinente no cotidiano profissional: a realização de encaminhamentos inadequados por parte de outras categorias profissionais, o que

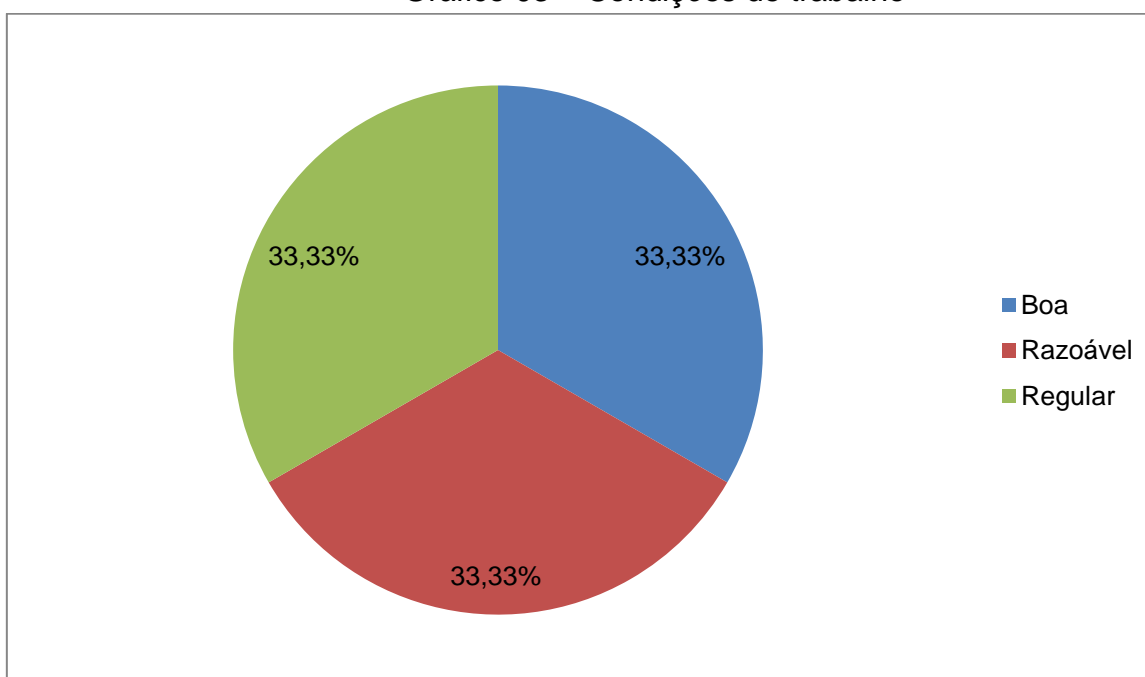
---

<sup>43</sup> O termo AS utilizado pelo/a entrevistado/a se refere à palavra assistente social.

se caracteriza reflexo do desconhecimento e/ou da falta de entendimento sobre as competências e atribuições do/a assistente social. O que, de certa forma, resulta numa sobrecarga de trabalho que reduz a prática a aspectos burocráticos e administrativos, fortalecendo as requisições postas pelo projeto privatista, que demanda respostas imediatas a dinâmica do cotidiano.

Sobre como os profissionais avaliam as condições de trabalho para o setor de Serviço Social na instituição, as respostas foram de acordo com o gráfico a seguir:

Gráfico 03 – Condições de trabalho



Fonte: Elaboração da autora, com base nos dados obtidos em aplicação de questionário, 2016.

Dessa forma, podemos perceber que as avaliações ficaram balanceadas no que diz respeito às condições de trabalho no setor, cabendo destacar que somente 33,33% avaliaram-as como “boa”<sup>44</sup>. Apesar disso, quando questionados/as se tais condições acarretam em dificuldades para o exercício profissional, 100% responderam que sim. Dentre as principais implicações apresentadas por eles/as, temos:

O fato de só ter uma sala dificulta outros atendimentos concomitantes. Muitas vezes atendemos no corredor, no leito, por

<sup>44</sup> Dentre as alternativas de avaliação das condições de trabalho, constavam as opções “péssima”, “razoável”, “regular”, “boa”, “muito boa” e “ótima”. Entretanto, conforme consta no Gráfico 03, os/as profissionais dividiram as opiniões somente entre “boa”, “regular” e “razoável”.

vezes ferindo a privacidade e condição adequada para uma assistência humanizada. A MEJC dispõe de 1 anfiteatro, o que restringe a possibilidade de ampliar as atividades de cunho mais amplo (ex.: oficina, palestras, etc.). (Questionário 2, 2016)

Espaço físico reduzido que não garante o sigilo profissional, compromete o cotidiano do assistente social. (Questionário 3, 2016)

A principal [dificuldade para o exercício profissional em decorrência das condições de trabalho] é a não garantia do sigilo profissional, seja na sala de SS [Serviço Social], seja nas enfermarias. Além disso, as relações de poder na instituição exigem uma postura vigilante e por vezes combativa da categoria para que não se imponham práticas que não sejam de competência do AS [assistente social]. (Questionário 6, 2016)

Vemos que, mais uma vez, os/as assistentes sociais retomam a questão da ausência de garantia do sigilo profissional durante seus atendimentos. Reforçando a precarização do espaço institucional no qual o Serviço Social ocupa. Ademais, surge outra questão referente à escassa infraestrutura da maternidade: a existência de um (01) anfiteatro para a realização de atividades como palestras, oficinas e seminários. Atividades essas que são de fundamental importância para formação continuada de seus profissionais, principalmente, no caso desta instituição que se configura enquanto hospital universitário.

Outra questão que cabe delinear uma pertinente discussão foi apontada através do questionário 6, quando relatado que “as relações de poder na instituição exigem uma postura vigilante e por vezes combativa para que não se imponham práticas que não sejam de competência do AS”. Acerca disso, é importante compreender o significado das relações de poder no contexto das instituições.

De acordo com Faleiros (1997, p. 32) as instituições se configuram enquanto “aparelhos das classes dominantes para desenvolver e consolidar o consenso social necessário à sua hegemonia e direção sobre os processos sociais”. Ou ainda, são estruturas políticas de poder que delimitam as relações expressas no cotidiano, na burocracia, no trabalho profissional e técnico, consoante com as conjunturas e contextos históricos.

O autor ainda acrescenta que “no interior de uma empresa produtiva, a institucionalização dos serviços sociais está vinculada ao processo político global do desenvolvimento das condições da acumulação do capital” (FALEIROS, 1997, p. 32). Contexto no qual se insere a MEJC, enquanto instituição pública administrada

por uma empresa de direito privado, a EBSEH, à qual preza pelos interesses do capital e se contrapõe diretamente a consolidação do projeto ético-político profissional. Dessa forma, dentre as relações de poder são instituídas práticas que não condizem com as competências profissionais, cabendo ao/a assistente social uma postura vigilante e combativa, conforme resposta materializada no questionário.

O desafio de possuir um projeto profissional que se confronta com a proposta da sociabilidade vigente e com os interesses institucionais, naturalmente proporciona condições de trabalho que nos colocam em situações de subordinação, exploração e dominação. Especialmente na área da saúde, onde notoriamente se expressa a hierarquia entre categorias profissionais, setores e funcionários. Dessa forma, é imprescindível compreender como ocorre a inserção do/a assistente social mediante esse espaço, pois tais contradições interferem diretamente em sua prática.

Distinguir se o assistente social é agente privilegiado ou subordinado em seu trabalho é importante para a análise de sua prática: possibilidades, autonomia, estratégias, competência etc. No entanto, por falta de disseminação das teorias institucionalistas em Serviço Social, essa contradição da atuação fica velada e distorce as análises em campos que ele é subordinado [...] (BISNETO, 2011, p. 93).

Conforme discussão apontada por Bisneto (2011) no estudo sobre as organizações institucionais é importante perceber como os agentes estão inseridos, pois estes são subcategorizados de acordo com seu “grau de saber” em relação ao objeto institucional, o que lhes atribui poder e posição estratégica. Desse modo, na área da saúde, e especificamente no contexto hospitalar, o/a assistente social se configura enquanto agente subordinado<sup>45</sup>, em razão de possuir um saber relativo no que se refere ao objeto institucional. Ao passo que o médico possui um saber pleno mediante tal objeto e, em consequência disso, se configura enquanto agente privilegiado.

Assim, compreender como ocorre a dinâmica hierarquizada entre os agentes institucionais é fundamental para lidar com as relações de poder instituídas nos espaços sócio-ocupacionais de atuação do/a assistente social, dentre eles a MEJC.

---

<sup>45</sup> De acordo com Bisneto (2011, p. 93) “os agentes subordinados são atores cujas práticas também estão ligadas a ação ou objeto institucional, mas estão subordinados, na ordem do saber, aos agentes privilegiados [...]”

Pois, de acordo com Bisneto (2011) a prática institucional é resultado da prática entre seus agentes.

Dessa maneira, vemos que as correlações de forças no ambiente institucional da maternidade condicionam, por vezes, em condições de trabalho desfavoráveis. Assim como os problemas na infraestrutura, a sobrecarga de trabalho, o PCCS deficitário e a gestão de uma empresa que caminha na contramão da efetivação do projeto ético-político profissional dos/as assistentes sociais. Todos os aspectos anteriormente citados e a conjuntura hostil de focalização e seletividade das políticas sociais, ocasionados pelo contexto de contrarreforma do Estado, configuram-se enquanto expressões da precarização do trabalho.

Conforme afirma Iamamoto (2007) embora o/a assistente social disponha de uma relativa autonomia na condução de seu trabalho, as instituições empregadoras também interferem diretamente, pois:

[...] detêm poder para normatizar as atribuições e competências específicas referidas de seus funcionários, definem as relações de trabalho e as condições de sua realização – salário, jornada, ritmo e intensidade do trabalho, direitos e benefícios, oportunidades de capacitação e treinamento – o que incide no conteúdo e nos resultados do trabalho. [...] (IAMAMOTO, 2007, p. 182)

Dessa forma, as correlações de forças e as condições de trabalho nas quais estão submetidos/as os/as assistentes sociais requisitam um perfil profissional investigativo e, sobretudo, crítico. Que continuamente se aproprie de recursos teórico-metodológicos capazes de subsidiar a compreensão dos processos sociais e como eles interferem na sua prática profissional.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar uma reflexão crítica da atuação profissional do/a assistente social em um determinado espaço sócio-ocupacional é um desafio que requer uma minuciosa apropriação de suas singularidades e particularidades, bem como a análise da sua inserção no contexto das intensas transformações societárias em curso. Especificamente no caso desta pesquisa, ela abarcou os principais elementos que constituem o fazer profissional do/a assistente social inserido na MEJC, elucidando as demandas institucionais e as condições de trabalho às quais estão submetidos/as.

O contexto político-econômico de crise do capital, influenciado pelos ideais da ofensiva neoliberal e, intensionado, pelas mudanças ocorridas no mundo do trabalho a partir do século XX, com a reestruturação produtiva, lesiona significativamente o campo de atuação do/a assistente social, enquanto profissional que atua no âmbito das políticas sociais, principal foco dos ajustes e tensões.

Apesar da conquista histórica que o SUS representa, desde sua implementação ele precisou enfrentar uma conjuntura de contrarreforma que acometeu as políticas sociais de maneira geral, impulsionada pelo projeto privatista que possui lógicas articuladas ao mercado. Tal projeto desencadeou o fortalecimento da iniciativa privada que, conseqüentemente, visa tornar a saúde uma mercadoria, desconstruindo os ideais da reforma sanitária. Como exemplo disso, cabe mencionar os novos modelos de gestão no âmbito da saúde, como a EBSEH, que atualmente administra grande parte dos HUs do país, inclusive a MEJC, locus desta pesquisa.

A instauração desse projeto privatista entra em confronto com os ideais da reforma sanitária e não somente implica em danos no direcionamento das políticas sociais, como também interfere diretamente nas requisições postas à nossa categoria profissional e possui perspectivas antagônicas ao projeto profissional que defendemos. Assim, ele condiciona um ambiente propício para a reprodução de práticas pragmáticas, técnicas, burocratizadas e com predomínio de práticas individuais.

No que se refere ao contexto da atuação profissional na MEJC, vimos que a conjuntura não se difere das análises anteriormente citadas, uma vez que a própria natureza da gestão, a EBSEH, visa tendenciar a lógica da instituição aos

interesses do seu modelo jurídico de direito privado, articulado a perspectiva do mercado e do projeto privatista em curso.

Também ficou evidente que, ao analisar as relações de poder constituintes do cotidiano profissional na instituição, notou-se uma considerável hierarquia que subordina o exercício profissional do/a assistente social – e demais categorias no geral – ao saber médico. Costa (2007) relata que isso se evidencia devido à condução da saúde pública ainda estar centrada em um modelo “assistencial curativista individual”, em que as próprias contradições e precariedades do sistema são interpretadas de maneira secundária nas práticas em saúde. O que revela uma incapacidade do sistema em considerar as reais necessidades da população usuária do SUS.

Além disso, também constatamos a maneira como as transformações ocorridas no mundo do trabalho, desde o último século, implicaram nas condições de trabalho em que o setor de Serviço Social da MEJC está inserido. A reestruturação produtiva e o processo de flexibilização estabeleceram relações precarizadas, com vínculos terceirizados, que superexploram o/a trabalhador/a e não garantem um salário de acordo com a real necessidade dos profissionais. O que desencadeia na inserção em dois (ou mais) vínculos empregatícios, sob contratos de trabalho precários e/ou temporários.

Especificamente na presente pesquisa, contatamos que os/as profissionais possuem déficits expressivos no PCCS, estão relativamente satisfeitos/as com o valor do salário, mas, apesar disso, a maioria atua os dois vínculos empregatícios. Ademais, 7 (sete) entre os 10 (dez) assistentes sociais estão vinculados à EBSERH, sob regime CLT.

Dentre as questões que expressam o processo de precarização no qual os/as assistentes sociais estão submetidos/as na instituição, também podemos mencionar a infraestrutura insuficiente das salas em que o Serviço Social atua, com tamanho desproporcional para o quadro atual do setor e que não garantem o sigilo profissional nos atendimentos realizados. Além disso, também constatamos que, do ponto de vista dos/as profissionais, o atendimento encontra-se incompleto, pois não abrange o período de 24h, o que demandaria a contratação de mais profissionais. Principalmente, para dar conta da sobrecarga de trabalho que, em determinados momentos, se expressa.

Por fim, no que se refere à autonomia profissional, observamos que essa se configura enquanto relativa e substancialmente afetada pelas condições de trabalho precarizadas em que o Serviço Social está inserido. Ainda que, alguns profissionais apontem não sentir as consequências na autonomia, todos afirmaram que as condições de trabalho implicam em dificuldades para o exercício profissional, o que se configura enquanto uma contradição.

Em suma, observamos que os/as assistentes sociais que atuam na instituição demonstraram compromisso ético com o projeto profissional que a categoria defende. Ainda que atuem mediante um contexto que não condiciona a concretização das perspectivas profissionais, desenvolvem atividades dentro do panorama de limites e possibilidades que integram o cenário institucional.

Entretanto, os elementos que constituem o fazer profissional neste espaço sócio-ocupacional não se encerram e, muito menos, devem parar com a concretização desta pesquisa. Muito pelo contrário, é imprescindível que se reproduzam mais análises sobre este objeto, de modo a contribuir para a desconstrução dos processos alienantes da prática e, assim, caminhar rumo à concretização de nossas propostas profissionais. Ainda que os desafios sejam imensuráveis.



## REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Política nacional de estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**. ABEPSS, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/pneabepss\\_maio2010\\_corrigida.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/pneabepss_maio2010_corrigida.pdf)> Acesso em 28/11/2016.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Retomando a temática da “sistematização da prática” em Serviço Social**. In: MOTA, A. E. et al. (org.), Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BARBOSA, Arianne Nobre; NASCIMENTO, Giulia Correia Oliveira. **Relatório final de estágio – Maternidade Escola Januário Cicco**. Relatório final de estágio (Graduação em Serviço Social) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4ª ed. São Paulo: Ática, 2002.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática** / José Augusto Bisneto – 3ª Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete Salete. **Condições de trabalho e a luta dos/as assistentes sociais pela jornada semanal de 30 horas**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 557-584, jul./set. 2011.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa / Fundação Nacional de Saúde** – 1ª reimpressão. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 11.634 de 27 de Dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde/NESP**, UnB. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno nº 1. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. **Garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha Entendendo o SUS**: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf> Acesso em: 22/10/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde. 3ªEd. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília, 2015. Disponível em: [http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/relatorio-anual-socioeconomico-da-mulher-2014-1/at\\_download/file](http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/relatorio-anual-socioeconomico-da-mulher-2014-1/at_download/file) Acesso em: 27/10/2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: BRAVO, M. I. de S. et al. (org.), Saúde e Serviço Social. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, A. E. et al. (org.), Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CASSIANO, A. C. M, et al. **Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde**. Revista do Serviço Público, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CAVALCANTE, Girlene Maria Mátis; PRÉDES, Rosa. **A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E DAS POLÍTICAS SOCIAIS NA SOCIEDADE CAPITALISTA: FUNDAMENTOS DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**. 2010. Libertas. Disponível em: <<https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/viewFile/1860/1309>> Acesso em: 22/11/2016.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 31/10/2016

\_\_\_\_\_. **Código de Ética do/a Assistente Social. Lei nº 8662/93 de regulamentação da profissão**. 10ª ed. Brasília: CFESS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2014cfessmanifesta-ebserh.pdf>> Acesso em: 29/10/2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. **Resolução CFESS Nº 493/2006**. Brasília: CFESS. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_493-06.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf)> Acesso em: 25/11/2016.

COSTA, Ana Maria. **Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

COSTA, Maria Dalva Horário da. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**. In: MOTA, A. E. et al. (org.), Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

EDLER, F. C. **Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial**. In: PONTE, C. F. & FALEIROS, I. (Orgs.) Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 1999.

ESCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.

GIOVANELLA, Lígia (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GUERRA, Yolanda. **A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância**. Revista Serviço Social e Sociedade. N. 104. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares**. Rev. Katálysis, vol.16. p. 39-49. Florianópolis, 2013.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1992.

IAMAMOTO, Marília Villela. **Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. 19ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas do Serviço Social contemporâneo**. In: MOTA, A. E. et al. (org.), **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na cena contemporânea**. In **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p.16-50.

\_\_\_\_\_. CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 35ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MATOS, Maurílio Castro. **Assessoria e Consultoria: Reflexões para o Serviço Social**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro (Org.). **Assessoria, Consultoria e Serviço Social**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Angela Santana do. **Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social**. In: **A nova fábrica de consensos**. MOTA, A. E. (org). 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**. In: MOTA, A. E. et al. (org.), **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 2ª Ed. São Paulo, Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao estudo do Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1)> Acesso em: 21/10/2016.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção**. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). **Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802013000200009>> Acesso em: 27/10/2016.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos, et al. **Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil**. Saúde Sociedade, v.17, n. 2, p.107-119, 2008.

SERRUYA, Suzanne Jacob, et al. **O programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Caderno de Saúde Pública, v. 5, n. 20, p.1281-1289. Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, João Paulo. **A Mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030)**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032015001200549&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001200549&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 20/10/2016.

## APÊNDICES

### **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM RESGATE SOBRE O FAZER PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO**

Questionário direcionado aos profissionais de Serviço Social da MEJC

#### **INFORMAÇÕES PESSOAIS**

1. Em qual ano e instituição concluiu a graduação em Serviço Social?
2. Qual a forma de ingresso na instituição?
  - ( ) Concurso público
  - ( ) Contrato
  - ( ) Outro. Qual?
3. Qual o seu vínculo com a instituição?
  - ( ) UFRN
  - ( ) EBSEH
4. Qual a sua carga horária na instituição?
5. Qual a sua faixa salarial?
  - ( ) 1 a 3 salários mínimos
  - ( ) 4 a 6 salários mínimos
  - ( ) 7 a 9 salários mínimos
  - ( ) Acima de 10 salários mínimos
6. Há quanto tempo trabalha na instituição?
7. Possui pós-graduação?
  - ( ) Sim, possuo
  - ( ) Não possuo, mas tenho interesse
  - ( ) Não possuo, e não tenho interesse
8. Se sim na pergunta anterior, qual tipo de pós-graduação possui?
  - ( ) Especialização
  - ( ) Mestrado
  - ( ) Doutorado

Pós-doutorado

9. Possui outro vínculo empregatício?

Sim

Não

10. Está satisfeito (a) com o plano de cargos e com o valor do salário?

### **INFORMAÇÕES SOBRE A INSTITUIÇÃO**

11. Como você avalia a prestação dos serviços na instituição?

12. Quais os recursos materiais, financeiros e humanos que a instituição dispõe para atuação profissional do/a assistente social?

Sala para o setor de Serviço Social

Telefone

Computador

Impressora

Funcionário de apoio administrativo

Espaço para realização de trabalhos em grupo

Outros. Quais?

13. Caso o setor possua sala, ela é suficiente? Por quê?

14. Quantos/as assistentes sociais compõem atualmente o quadro do setor?

15. O número de profissionais no setor é suficiente? Se não, por quê?

16. Como você avalia as condições de trabalho para o setor de Serviço Social na instituição?

Péssima

Razoável

Regular

Boa

Muito boa

Ótima

Especifique: \_\_\_\_\_

17. As condições de trabalho trazem alguma implicação para o funcionamento do setor?

- 18.** Se sim, quais as principais implicações que dificultam o fazer profissional do/a assistente social na instituição diante das condições de trabalho?
- 19.** Sobre o planejamento das atividades, responda:
- a) Existe um plano de trabalho a ser seguido?
  - b) Existem registros das atividades? Se sim, onde?
  - c) As atividades desenvolvidas são avaliadas? Se sim, com qual periodicidade?
- 20.** Quais as principais atividades realizadas pelo setor de Serviço Social?
- 21.** São estabelecidos objetivos e metas para o Serviço Social? Se sim, quem os estabelece? E quais são?
- 22.** Há reuniões específicas do Serviço Social? Se sim, qual a frequência?
- 23.** Em sua opinião, existe sobrecarga de trabalho no setor?
- 24.** Atualmente você realiza supervisão de estágio?
- 25.** Quais instrumentos, abaixo, fazem parte do seu cotidiano profissional?
- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Visita domiciliar | <input type="checkbox"/> Entrevista | <input type="checkbox"/> Estudo social            |
| <input type="checkbox"/> Parecer social    | <input type="checkbox"/> Relatório  | <input type="checkbox"/> Livro de ocorrência      |
| <input type="checkbox"/> Reunião           | <input type="checkbox"/> Palestra   | <input type="checkbox"/> Atividade socioeducativa |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____     |                                     |   |
- 
- 26.** Como você avalia a autonomia profissional na instituição?
- 27.** O Serviço Social na instituição atua conjuntamente com outras categorias profissionais, compondo equipe multiprofissional?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada “Serviço Social e Saúde: um resgate sobre o fazer profissional do/a assistente social na Maternidade Escola Januário Cicco” que tem como pesquisadora responsável a Prof<sup>a</sup> Ms. Jussara Keila Batista do Nascimento Almeida, docente do Departamento de Serviço Social da UFRN, e pesquisadora principal a graduanda, do mesmo curso, Arianne Nobre Barbosa.

Esta pesquisa tem como objetivo geral discutir o exercício profissional do/a assistente social na Maternidade Escola Januário Cicco. O motivo que nos leva a fazer este estudo é contribuir com a acumulação teórica sobre o tema, bem como aprofundar a discussão sobre o fazer profissional do/a assistente social na área da saúde e, conseqüentemente, na MEJC. Além disso, esta pesquisa faz parte da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Serviço Social da UFRN.

Caso você decida participar desta pesquisa será submetido (a) a aplicação de um questionário, que será utilizado para fins acadêmicos e respeitará sua privacidade e anonimato. Durante a realização das etapas desta pesquisa, você estará livre para interromper a sua participação a qualquer momento, logo identificamos mínimos riscos e/ou danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, considerando que os participantes não serão diretamente identificados e a sua dignidade e autonomia serão respeitadas.

Assim, caso aconteça um desconforto ou risco de constrangimento em alguma pergunta contida no questionário, o (a) participante poderá solicitar, imediatamente, a interrupção da aplicação e/ou o não uso de alguma informação disponibilizada. Para minimizar as possibilidades de constrangimento, os questionários serão aplicados em locais que permitam garantir o sigilo das informações, isto é, nas salas dos profissionais (assistentes sociais) considerando que esses espaços são legalmente garantidos para o exercício do/a assistente social, conforme Resolução CFESS nº 493/ 2006.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a Coordenação do Curso de Serviço Social, solicitando falar com a Prof<sup>a</sup> Ms. Jussara Keila Batista do Nascimento Almeida (Telefone: 3215-3478. End.: Av. Sen. Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.072-970 UFRN/CCSA).

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador responsável e reembolsado para você.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Serviço Social e Saúde: um resgate sobre o fazer profissional do/a assistente social na Maternidade Escola Januário Cicco”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

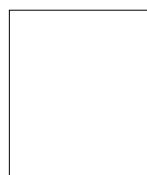
Natal, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

---

**Assinatura do participante da pesquisa**

---

**Assinatura do pesquisador principal**



Impressão  
datiloscópica do  
participante