

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
CAMPUS ARAPIRACA
UNIDADE EDUCACIONAL PALMEIRA DOS ÍNDIOS
SERVIÇO SOCIAL - BACHARELADO**

SHEYLA SUELY LINO XIMENDES

**SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA
SAÚDE MATERNO INFANTIL**

**PALMEIRA DOS ÍNDIOS
2019**

Sheyla Suely Lino Ximendes

Saúde e serviço social: atuação dos assistentes sociais na saúde materno infantil

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Serviço Social na Universidade Federal de Alagoas – campus Arapiraca – Unidade Educacional Palmeira dos Índios como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em curso de Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Heline Caroline Eloi Moura.

Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Campus Arapiraca
Bibliotecário Responsável: Nestor Antonio Alves Junior
CRB - 4 / 1557

X6s Ximendes, Sheyla Suely Lino

Saúde e serviço social: atuação dos assistentes sociais na saúde materno infantil / Sheyla Suely Lino Ximendes. – Palmeira dos Índios, 2019.

52 f.

Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas – UFAL, Campus Arapiraca, Unidade Educacional de Palmeira dos Índios, Palmeira dos Índios, 2019.

Orientadora: Profa. Ma. Heline Caroline Eloi Moura.

Bibliografia: p. 51-52.

1. Saúde. 2. Serviço social. 3. Saúde materno-infantil. I. Moura, Heline Caroline Eloi. II. Título.

CDU: 364

Sheyla Suely Lino Ximendes

Saúde e serviço social: atuação dos assistentes sociais na saúde materno infantil

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Serviço Social na Universidade Federal de Alagoas – campus Arapiraca – Unidade Educacional Palmeira dos Índios como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em curso de Serviço Social.

Aprovado em 20 de maio 2019.

Banca Examinadora:



Profa. Ma. Heline Mora
Universidade Federal de Alagoas -UFAL
Campus Arapiraca
Unidade Educacional de Palmeira dos Índios
Orientadora



Profa. Ma. Monica Lima
Universidade Federal de Alagoas -UFAL
Campus Arapiraca
Unidade Educacional de Palmeira dos Índios
Avaliadora



Prof.º Dr. Japson Gonçalves
Universidade Federal de Alagoas -UFAL
Campus Arapiraca
Unidade Educacional de Palmeira dos Índios
Avaliador

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus por me dá coragem para questionar a realidade do mundo, a minha mãe e minha falecida tia que sempre me apoiaram em tudo nessa trajetória, ao meu marido que me deu muito apoio e carinho para que eu concluísse essa etapa da minha vida, a minha grande amiga Jamile por me dá incentivo constantemente e acreditar em mim, à professora Heline pela paciência na orientação e incentivo para que a conclusão dessa monografia se tornasse possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dá força e coragem para vencer cada obstáculo e dificuldade na minha vida, por me proporcionar a chegar até aqui e por realizar o meu sonho da graduação.

A Virgem Maria por me cobrir com seu manto sagrado em todos os momentos de aflição e agonia e me proteger em todos os momentos.

A minha mãe Maria de Lourdes que sempre me apoiou e me aconselhou em todas as horas e em todos os momentos.

A minha tia Francisca Maria que sempre me ensinou que o estudo e a educação é o melhor caminho para que se realizem todos os sonhos e que tudo vem através de muito esforço e dedicação.

Ao meu tio João Vicente que sempre fez de tudo para que eu pudesse ter uma educação de qualidade.

A minha Madrinha Maria Cicera que me ensinou a ler e a escrever quando eu tinha três anos e sempre me deu apoio para estudar e entrar na Universidade.

Ao meu marido Alfredo José que sempre esteve ao meu lado me dando apoio e incentivo em cada momento de dificuldade nessa trajetória acadêmica.

A minha querida amiga de todas as horas Jamile Viera que sempre esteve do meu lado, me ouvindo, me apoiando e estudando comigo.

A minha família que me ajudou para que tudo acontecesse em minha vida nesses anos de vida universitária.

A minha orientadora Heline Moura pelas dicas e paciência em todas as etapas dessa pesquisa.

A professora Silvana que me incentivou em cada momento de tristeza e decepção e sempre buscou ajudar, apoiar e aconselhar em todos os momentos.

Agradeço pelo estágio na casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima pois foi a partir dele que houve o interesse sobre a área da Saúde e pude obter mais conhecimento sobre o trabalho do Assistente Social na Saúde.

Agradeço a todos que de forma direta ou indiretamente me ajudaram a estar e a me manter focada nos estudos e na vida acadêmica e influenciaram de alguma forma na conclusão dessa jornada e a finalizar esse trabalho.

Obrigada Senhor por me permitir concluir mais uma etapa da minha vida e poder concluir mais esse processo.

Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui, nunca desista de seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa.

Albert Einstein

RESUMO

O presente artigo apresenta uma breve trajetória sobre a saúde no Brasil passando pelos momentos marcantes para a sua consolidação enquanto política pública e também a consolidação de um sistema de saúde que trata a todos sem distinção com equidade. Enfatizaremos, dentro da política de saúde, a saúde materno-infantil apontando o processo de consolidação das políticas voltadas para área, os principais programas voltados para a intervenção sobre a saúde materno e infantil, destacando-se assim os avanços da saúde nessa área. Iremos tratar sobre o Assistente social enquanto trabalhador interventivo na área da saúde em especial sobre os que atuam na área da saúde materno-infantil que apesar de ter sua profissão regulamentada na a abordando também aos programas e a política de saúde da mulher e a saúde materno-infantil. Para o desenvolvimento desse estudo recorreremos à pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras - chave: Saúde. Serviço social. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

This article presents a brief trajectory on health in Brazil, passing through the important moments for its consolidation as public policy and also the consolidation of a health system that treats all without distinction with equity. We will emphasize, within the health policy, maternal and child health, pointing out the consolidation process of the policies directed at the area, the main programs focused on the intervention on maternal and child health, thus highlighting the health advances in this area. We will deal with the Social Worker as a health worker in particular on those who work in the field of maternal and child health who, despite having a regulated profession in the area, also addressing the programs and the policy of women's health and maternal health child. For the development of this study we resorted to bibliographical and documentary research.

Key words: Cheer. Social work. Maternal and child cheer.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 A trajetória da saúde no Brasil e a criação da Política de Saúde.....	10
1.2 O processo de reforma sanitária brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde.....	17
1.3 Avanços e perspectivas sobre a saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988.....	29
2 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E AS PARTICULARIDADES DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	36
2.1 A Política de Saúde da Mulher e o direito à vida e à saúde no Estatuto da criança e do Adolescente.....	36
2.2 A atuação do assistente social na atenção à saúde materno infantil.....	43
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta um estudo acerca da atuação do assistente social na política de saúde, enfocando sobretudo, a saúde materno-infantil. Para isto, delimitamos como, objetivo geral o estudo sobre a trajetória da política de saúde no Brasil, objetivos específicos aprofundar o estudo acerca da política de saúde materno-infantil no Brasil; bem como, investigar a atuação do assistente social nessa política com o direcionamento para a saúde materno-infantil. Para esse estudo recorreremos a pesquisa bibliográfica e documental, metodologia que subsidiou o entendimento do objeto de estudo em questão no caso a saúde materno-infantil, com o objetivo de verificar a importância da política de saúde na vida dos brasileiros em especial na vida das mulheres, das gestantes, puérperas e bebês, além de trazer um pouco sobre o trabalho dos assistentes sociais como trabalhador interventivo na área da saúde

Abordaremos nas próximas páginas um pouco sobre a saúde pública no Brasil, o movimento para sua consolidação enquanto direito de todos, os programas organizados para intervir sobre a mortalidade materno-infantil, a política nacional de saúde da mulher, o serviço social enquanto profissão interventiva na área da saúde.

A saúde no Brasil tem vários avanços marcantes na história brasileira, com esses avanços houve a melhoria e ampliação da atenção em saúde. As Conferências Nacionais de Saúde trouxeram a participação da população e atuação dos Conselhos de Saúde, tendo em vista uma legislação que garantisse a todos o acesso a saúde de forma pública e gratuita sendo organizada e disponibilizada pelo Governo Federal tornando assim o Estado responsável pela gestão da saúde pactuada em âmbito federal, estadual e municipal.

Existe um longo processo para a evolução da saúde pública e o Sistema Único de Saúde é um dos grandes avanços do processo de garantia do direito à saúde, a Constituição Federal brasileira de 1988 traz a Saúde como dever do Estado e direito de todos, esse direito deve ser garantido por meio de uma política social, reconhecendo assim o livre acesso à saúde por toda a população.

O Sistema Único de Saúde é uma importante conquista da população brasileira tem em seus princípios a promoção de ações em saúde de qualidade de caráter universal sem nenhuma distinção ou preconceito, ou seja, o acesso deve ser integral, para todos e igual, sendo assim o Setor Saúde como direito social. Em 1990 houve a consolidação das leis para a regulamentação das bases de funcionamento do SUS

são elas as leis nº 8.080 e nº 8.142 que tratam também sobre a participação da sociedade e também regulamentam os serviços, ações e intervenções na área da Saúde.

No contexto da saúde da mulher a rede pública de saúde promove a assistência com tratamento preventivo e curativo de doenças, ações em saúde no período de pré-natal, parto e puerpério, assim como no aborto, tem-se também o direito a ter assistência para a contracepção como pílulas, preservativos masculinos e femininos, cirurgia de ligadura de trompas e vasectomia. As primeiras décadas do século XX tem-se políticas e programas voltados basicamente para a gravidez e ao parto.

Com a instituição do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher em 1984 houve a ruptura da saúde da mulher vista dentro dos parâmetros da saúde materno-infantil e a introdução da saúde da mulher em caráter integral em todas as fases de sua vida tendo com ponto de maior cuidado e intervenção na área da saúde reprodutiva , planejamento familiar, gestação, parto e pós-parto.

Verifica-se pois que a política nacional de saúde é um campo de atuação e intervenção do Assistente social este tendo sua inserção em uma equipe multidisciplinar, tem como desafio a articulação com os demais profissionais na área da saúde.

Vale mencionar que o interesse pela temática surgiu a partir de minha inserção na área da saúde na condição de estagiária em Serviço Social, quando no estágio supervisionado obrigatório na Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima pude vivenciar o exercício profissional do trabalho do Assistente Social no âmbito da Saúde foi desse momento que surgiu o interesse nessa área.

1.1 A trajetória da saúde no Brasil e a criação da política de saúde

Iniciaremos este estudo abordando os aspectos histórico sociais que marcam a constituição da política de saúde no Brasil. Verifica-se que no contexto contemporâneo a saúde apresenta avanços dentre eles: a universalização, a descentralização das ações em saúde tendo com isso a municipalização das ações e intervenções, o melhoramento e ampliações dos serviços prestados. Mostraremos ao longo da história, especialmente a partir de 1920, como as questões que envolve a saúde no Brasil são apreendidas pelo Estado, e, como se tornam alvo de políticas sociais.

Assim, esse primeiro capítulo traz uma breve história sobre a trajetória da saúde no Brasil, a importância das Conferências Nacionais de Saúde para a consolidação da política de saúde, em que o Estado constitui a Saúde enquanto política pública, assumindo o dever intervir nas condições de saúde da população, chegando a Constituição Federal de 1988.

O início das ações da saúde se dá antes mesmo que o capitalismo em sua forma mais madura estivesse no Brasil, registra-se que no início do século XX já existiam campanhas para controle de doenças que estavam se alastrando pelo país causando grandes epidemias e várias mortes no Brasil. Dentre as doenças mais evidentes nesse período tem-se: a varíola, malária, chagas, entre outras. Como estratégia para conter essas problemáticas o Sanitarista Oswaldo Cruz, teve destaque nesse período por sua campanha higienista e sua campanha da vacina compulsória.

Nos anos de 1904 no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz, um dos principais pesquisadores da Saúde no Brasil nessa época, foi chamado pelos governantes para assumir a frente de combate a endemias. Oswaldo assume o Departamento Federal de Saúde Pública, foi criado o Instituto Fitoterápica de Manguinhos para a produção de vacinas, a primeira preocupação era o Combate à Febre Amarela. Nesse período, os doentes de doenças infecciosas são colocados em quarentena, suas primeiras ações foi: a desinfecção de casas, com a queimada de colchões e roupas; a vacinação obrigatória antivaríola que deu início de um movimento chamado de Revolta da Vacina; a saúde nesse momento era tratada como caso de polícia pois não se havia conhecimento sobre o porque dessa vacinação nem sobre o que estava sendo injetado na população.(GOMES, 2007)

A Revolta da vacina foi um movimento muito importante para a participação da população sobre os assuntos no que se diz respeito a saúde, pois a saúde pública no Brasil estava sendo tratada como caso de polícia. A polícia ia as ruas para obrigar a população a ser vacinada e também para retirar as pessoas doentes para quarentena em uma tentativa de se impedir a proliferação. As práticas sanitárias estavam sendo implantadas autoritariamente pelo Estado. (GOMES, 2007)

Posteriormente, o médico Geraldo Paula Souza volta ao Brasil após ter feito um Curso sobre a Saúde Pública nos Estados Unidos. Sua experiência possibilitou ~~tem-se~~ o início da reforma do Centro de Saúde em São Paulo, por meio de uma obra social para os médicos e educadores sanitárias para que não fossem mais necessários recorrer à força para combater e controlar as doenças. Geraldo Souza

trouxe práticas mais humanitárias e também educou a população para evitar a proliferação das endemias, a família aqui era o centro da ação. (GOMES, 2007)

É a partir das décadas de 1920 e 1930 que vemos expressões mais concretas de intervenção por parte do Estado na saúde. Em 1923 Eloy Chaves – Ministro da Justiça nesse período regulamentou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que seriam financiadas pelas empresas e seus trabalhadores e pela união, pois as greves e mobilizações estavam tensionando as relações capitalistas no país. Assim, a proposta das CAPs, possibilitou aos trabalhadores o auxílio doença, por acidente de trabalho e a aposentadoria quando já não tivessem mais condições de trabalhar, para que pudessem viver mais dignamente. (GOMES, 2007)

Nas análises de Bravo, 2015:

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela união, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. Os presidentes das mesmas eram nomeados 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 de trabalho por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. 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, 2015, p.3)

As campanhas se alastravam por todo o país espalhando a importância dos cuidados a saúde também no meio rural, a saúde para os mais pobres era marcada pela filantropia e pelas instituições religiosas e atendimentos mais complexos só eram feitos por hospitais particulares. Anos mais tardes teve um período onde a cidadania era restrita e vigiada pelo Estado e o cidadão para ser atendido nos serviços de saúde pública precisava mostrar a carteira de trabalho, provando ser contribuinte dos fundos de pensão, esse tipo de atendimento da saúde pública é implementada entre o período que vai dos anos de 1930 até 1964 passando pelo Governo de Vargas e acabando no início da Ditadura militar, com o fim da ditadura militar o Brasil volta a ser República democrática. (GOMES, 2007)

De acordo com Bravo 2015:

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. (BRAVO, 2015.)

Percebe-se que até o início da instauração da Era Vargas os direitos sociais no Brasil só tinha abrangência em alguns pequenos aspectos na área trabalhista e na área da previdência, assim a implantação da legislação social tratando de todos os sujeitos sociais é datada do início das lutas dos trabalhadores nesse período que perpassa as décadas de 1920 e 1930.(Gomes, 2007)

Getúlio em seu mandato unifica a estrutura da saúde, dando início aos Institutos de Aposentadorias e Pensões dos maritimos - IAPs algum tempo depois todas as categorias trabalhadoras tiveram suas IAPs onde os trabalhadores pagariam uma fração do seu salário para que mais a frente quando precisassem tivessem pleno direito a saúde e a aposentadoria depois de anos de trabalho, esta foi criada para substituir as Caixas de Aposentadorias e Pensões, foi a centralização e unificação da estrutura da Saúde.(GOMES, 2007)

O Governo pensava em um modelo de capitalização, os recursos dos IAPs foram assim aplicados pelo Governo no financiamento da Industrialização do país, os trabalhadores pagariam e trabalhariam durante trinta anos para poderem se aposentar. No Estado novo (1937-1945) teve-se a criação do Ministério do Trabalho, um dos mais modernos do mundo, já se especulava do desvio de dinheiro da previdência (IAPs) para ser investido na evolução da industrialização do país. Alguns IAPs criaram seus próprios hospitais, posteriormente foi introduzido no país os primeiros serviços contratados por empresas, caracterizavam assim um investimento médico-hospitalar voltado para a atenção básica da saúde do trabalhador, marcando uma nova forma de tratamento da saúde pública no Brasil. (GOMES, 2007)

Instaura-se nesse período o SESP- Serviço Especial de Saúde Pública como uma iniciativa da saúde pública para combater as epidemias com ações preventivas dando início a várias expedições para o interior do país, tendo assim a noção social da Saúde – era financiado pelo Estados Unidos para os trabalhadores da borracha, (a borracha era exportada para os Estados Unidos), juntamente com o Governo para

levar aos mais distantes pontos do país combate e enfrentamento principalmente contra a epidemia de malária, com uma política de Saúde para todos. (GOMES, 2007)

Nesse período, os Estados Unidos influenciavam muito a Saúde no Brasil, houve um modelo de Hospitais, com os modelos mais modernos de equipamentos americanos, espaços da saúde para o combate e enfrentamento de doenças, com os médicos especializados em cada um cuidava de uma parte do corpo. (GOMES, 2007)

Em 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, o Ministério da Saúde foi instituído, a partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades que até então eram de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existente. Na verdade, o Ministério limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações. (GOMES, 2007)

A lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953 é um dos marcos para a saúde pública brasileira, pois foi a partir desta que houve o desmembramento da Saúde de outras políticas e mais visibilidade para se investir em uma saúde ampliada com uma facilidade maior de acesso de toda a população.

Alguns dos artigos dessa lei são:

Art.1ºÉ criado o Ministério da Saúde, ao qual ficarão afetos os problemas atinentes à Saúde humana.

Parágrafo Único. Fará parte do Ministério acima um departamento de Administração, com divisões de pessoal, material, Obras e Orçamento.

Art. 3º Ao Ministério da Saúde são transferidos todos os atuais órgãos e Serviços do antigo Ministério da Educação e Saúde, atinentes à Saúde e à criança e desmembrados os que exerçam atividade em comum.

Parágrafo Único. São também transferidas as parcelas das dotações constantes da Verba 3 do Orçamento do Ministério da Educação e Saúde, bem como a terceira parte da dotação constante do orçamento da Despesa para o ano de 1953 – na Verba 4 – Obras e Equipamentos – Consignação VI – Dotações diversas – Subconsignação II – Estudos e Projetos – 04 Divisão de Obras – a) Ajustes com profissionais estrangeiros à Divisão de Obras, para a elaboração de projetos e levantamentos topográficos.

Art. 6º Os créditos orçamentários e adicionais destinados ao Ministério da Saúde poderão ser depositados no Banco do Brasil à disposição do referido Ministério, de acordo com o critério que for estabelecido anualmente pelo Ministro de Estado.

Art. 9º Para a execução da presente Lei, o Ministro da Saúde apresentará ao Presidente da República, dentro de 60 dias, o regulamento a ser expedido, regendo-se provisoriamente, o Ministério da Saúde, pela do Ministério da Educação e Saúde, na parte que lhe for aplicável. (BRASIL, 1953)

Com o advento desta lei a Saúde pública brasileira apresenta a estrutura necessária para o fortalecimento das ações em saúde e medicina preventiva. Como uma das primeiras medidas tem-se a ideia da separação dos doentes infecciosos das pessoas saudáveis, como forma de isolamento houve a proposta de criação de sanatórios para tuberculosos, leprosários para leprosos e hospícios para loucos.

Neste período tem-se uma ruptura entre os médicos criando-se dois grupos, são estes: os médicos especialistas que tinham uma visão de tratamento separado e especializado para cada tipo de doença, principalmente as mais infecciosas como a varíola e a tuberculose e o grupo de médicos que tinham a percepção que a saúde deveria ser acessível para a população em geral e para isso ocorrer deveria existir a criação de centros de saúde em cada região facilitando o acesso do povo. (GOMES, 2007)

Segundo Bravo (2005), a partir dos anos 1950 a estrutura para atendimento hospitalar privado já estava estruturada, a corporação médica estava ligada ao interesse do capital. Nos anos de 1950, 1960 e 1963 os gastos e investimentos com a saúde pública foram mais favoráveis para a melhoria da população, com um desenvolvimento das condições sanitárias no país, mas mesmo assim não conseguiu eliminar o quadro das doenças infecciosas.

Ainda segundo a autora intervenções do governo na saúde dos brasileiros não estavam surtindo grandes efeitos pois ainda o quadro de epidemias de grandes doenças infecciosas continuava se alastrando continuando a fazer vítimas e a taxa de mortalidade cada vez mais alta. Então a saúde brasileira precisava de uma forma mais forte de intervenção, era necessário trazer para uma questão política com intervenção do Estado e descaracterizar a noção de que somente os contribuintes poderiam ter acesso à saúde. (BRAVO, 2005)

É importante salientar que nesse período foi organizada uma política de saúde que estava organizada por meio das nas formas filantrópicas e nas formas

previdenciárias que deixava os dois polos da saúde da população brasileira: quem tinha emprego e contribuía com a previdência tinha acesso a alguns serviços de saúde que a parte da população que não contribuía não tinha.

Na ditadura militar (1964-1985) houve o reforço da política de saúde formulada e tratada pelos IAPs- Institutos de Aposentadorias e pensões, que em 1966 foram unificados, assim, neste período o Estado utilizou de sua intervenção para estruturar a política de Saúde de modo que esta fosse burocratizada, ampliada e modernizada pelas ações estatais tendo como fim regular a sociedade, suavizar as tensões que estão sendo ampliadas neste momento para que pudesse tornar o regime legítimo e por conseguinte acumular capital. Em 1966 com a unificação dos IAPs houve uma reestruturação de alguns programas de saúde pública e ocorreu também o crescimento e fortalecimento da medicina previdenciária. (GOMES, 2007)

Em 1979 foi criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) trazendo uma organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, medicina social e da saúde coletiva. A Abrasco tem-se sua criação voltada para a atuação como um mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa que são voltados para a Saúde em âmbito coletivo para que assim possa se ter um fortalecimento entre essas entidades e para que assim possa se ter a ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, ações governamentais e não governamentais e a sociedade civil.

Podemos dizer que essas instituições foram peças-chaves para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva. Campo marcado pela diversidade de saberes e disciplinas, abordagens e perspectivas, foi um palco de grande movimento de crítica às velhas formas de se praticar saúde pública. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.22)

Segundo Paiva e Teixeira (2014), com essas organizações a saúde em termos de coletividade teve maior amplitude nos campos de produção de saberes e no território das práticas democráticas em Saúde, essas entidades defenderam neste momento a participação da sociedade, a troca de uma política de saúde voltada para o controle de doenças para uma política de promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida da população, a unificação dos setores da saúde pública e previdenciária transformando-se em um sistema único e igualitário para todos.

1.2 O processo de reforma sanitária brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde

Com o fim da ditadura militar, inicia-se um movimento dos sanitaristas mais conhecido como Movimento da Reforma Sanitária que teve atuação forte em uma das principais Conferências sobre a saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi realizada em 1986 esta teve uma influência considerável na Assembleia Nacional Constituinte, de 1987.

Esse movimento trouxe junto com a ideia de universalização a inclusão dos não contribuintes da Previdência Social, estas propostas foram bem defendidas e tiveram a sua consagração na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília, o tema dessa Conferência foi: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à Cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento Setorial, as conferências de saúde trouxeram para a sociedade o debate da questão da saúde no Brasil. (portal.ficruz.br/linha do tempo_conferencias de saúde)

O processo da Reforma sanitária tem grande relevância para a proteção social e a saúde pública brasileira. Esse movimento se refere o conjunto de ideias com base na transformação e mudança necessária na área da saúde abrangendo todo o seu setor visando melhorias das condições de vida de todo o povo. O grupo de sanitaristas eram constituídos por médicos e vários profissionais de saúde que estavam preocupados com a separação dos serviços de saúde e buscavam a constituição de um sistema único para todos.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2005)

Percebe-se que o movimento social acaba por impulsionar a reforma na saúde brasileira, também conhecida como reforma sanitária. Este movimento tinha como principal objetivo defender as políticas sociais e a garantia dos direitos sociais para todos, ressaltando a concepção de saúde. Dentro desta perspectiva, a saúde é considerada não só no como o combate a proliferação de doenças, mas também

buscar melhores condições de vida da população, ou seja, tem-se o pensamento também nos determinantes sociais e como isso afeta a saúde de todos. (CFESS, 2010)

O Projeto de Reforma Sanitária tem-se como base o Estado como responsável pelas políticas sociais e assim, por conseguinte, pela criação da política de saúde. Tem a sua fundamentação formada na constituição de um acesso democrático, ações universais, melhores condições dos serviços prestados, tendo assim a ideia de um novo modelo de assistência com pauta na integralização e equidade das ações, transparência na utilização dos recursos governamentais, tendo como base a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010)

Almejava-se com essa proposta de reforma a democratização de todo o território brasileiro e a instauração do conceito de cidadania no país, essa reforma busca novas direções para a consolidação da saúde enquanto pública e para todos, trazia consigo um projeto que visa ao longo alcance com uma reforma no Estado de Proteção Social com caráter inovador com a luta pela formulação da ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde tendo-se assim a redemocratização do Estado.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), representam um momento marcante da história da saúde no Brasil, um momento de avaliação da situação do setor com a formulação de diretrizes para as políticas públicas, reunindo vários cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção as necessidades da população.(portal.ficruz.br/linha do tempo_conferencias de saúde)

Realizou-se num período em que os setores de educação e saúde eram de responsabilidade de um mesmo Ministério de Educação e Saúde (MES). As conferências subsequentes refletiram também os momentos históricos. Apesar da determinação legal de convocação a cada dois anos, a 2ª

Conferência Nacional de Saúde foi realizada apenas em 1950, no final do governo Dutra, e pouca informação sobre ela está disponível. Sobre a administração do ministro Pedro Calmon, foi realizada no período de 21/11 a 12/12 de 1950. Com um temário destinado a analisar “Pontos de vista dominantes entre os Sanitaristas”, pretendia construir uma compreensão sobre os problemas sanitários compartilhada entre os gestores estaduais e os do nível federal.(Brasil. CONASS, 2009; Documenta; 18)

Vale lembrar, que a primeira Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1941, esta primeira conferência trazia para debate, a conscientização de todos sobre a questão sanitária brasileira, assistência social para todos os indivíduos, com ações e serviços também voltados para a maternidade, infância e juventude, não somente para o combate de endemias, mas também com atenção voltadas para toda a população. A saúde então passa a ser mais compreendida com um problema também da qualidade de vida de cada cidadão e não somente como ausência de doenças, tem-se então várias questões para a prevenção e controle das endemias que estavam afetando a população na época. (CONASS, 2009)

Em 1950 ocorreu a Segunda Conferência de Saúde, com o tema: Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho. Não há registros formais dessa conferência nem o relatório final da mesma, nesse momento foi tratado as questões sobre as prestações de serviços de assistência médica sanitária e preventiva para os trabalhadores e gestantes. Houve debates também acerca da malária e também sobre a segurança do trabalho. Os marcos dessa década foi a separação dos dois setores que era composto o ministério da saúde-educação em 25 de julho de 1953 e a aprovação da Lei n.2.312 de 03/09/1954, que se constituiu em um dos pontos para a fundamentação da política sanitária da época, este que só foi regulamentado em 21/01/61, assim sendo instituído o Código Nacional de Saúde. Neste momento houve uma iniciativa de organizar um sistema nacional de saúde. (CONASS 2009)

Em 1963, após treze anos depois da realização da segunda conferência Nacional de saúde houve a convocação do então presidente da República João Goulard para se ter a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, entre seus integrantes tiveram vários representantes do Governo Federal e dos estados e territórios mas houve também a ampliação dos participantes. Essa Conferência teve como proposta inicial a descentralização da saúde.(CONASS 2009)

Em 1967 aconteceu a quarta conferência Nacional de Saúde: recursos humanos necessários às demandas de saúde no Brasil, essa conferência foi realizada

durante o regime militar em que se teve um espaço de debate mais técnico, compostas de especialistas nos temas bases e também de autoridades do Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Assistência Social e dos estados e territórios. Os debates dessa conferência tiveram como foco a necessidade de formação dos recursos humanos para ações em Saúde, as funções e responsabilidades do Ministério da Saúde. (CONASS 2009)

Em 1975 foi realizada a quinta Conferência Nacional de Saúde e foi tido como foco de debates cinco temas centrais. Primeiro tema: Implementação do Sistema Nacional de Saúde; Segundo tema: Programa de Saúde Materno-Infantil; Terceiro tema: Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Quarto tema: Programa de Controle das Grandes Endemias; Quinto tema: Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. Essa conferência foi presidida pelo Ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado – o ministro da época. (CONASS, 2009)

No primeiro tema desta conferência foi tratado a implementação da lei n.6.229/75, que trouxe consigo a criação do Sistema Nacional de Saúde e a distribuição das atribuições e ações de Saúde entre o Ministério da Saúde que ficaria responsável pelas ações da saúde pública em caráter coletivo e o sistema de assistência previdenciário seria responsável por realizar suas ações assistencialistas em saúde individual. (CONASS,2009)

Houve neste momento o debate voltado para a obtenção de estratégias e formas para se implementar o Programa de Saúde Materno-Infantil, o Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais, além de se formular a implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Essa conferência teve a participação de autoridades e técnicos setoriais, membros do Conselho de Desenvolvimento Social que era composto de representantes de todos os ministérios existentes de cunho social, além disso teve também a participação dos representantes dos ministérios do Planejamento e Fazenda. A parte contributiva dessa conferência foi as propostas para a organização do Sistema Nacional de Saúde. (CONASS, 2009)

Após um período de dois anos, mais precisamente em agosto de 1977, houve a realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde, em que foi trazido para debate neste momento quatro temas: O primeiro tema foi A situação atual do controle das grandes endemias; O segundo tema foi formado pelo debate sobre a Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; O terceiro tema foi sobre a Interiorização dos serviços de saúde;

e o quarto tema Política Nacional de Saúde. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>.

Esta conferência retoma o debate sobre a necessidade de uma Política Nacional de Saúde, voltado para a avaliação e análise das implantações de programas governamentais na área da saúde pública, aqui também foi defendido algumas demandas sociais relacionadas a democratização de processos decisórios nas ações e serviços em saúde pública no país, com a defensoria de que essas práticas deveriam ser legitimadas por toda a população ou, pelo menos, por seus representantes e lideranças. (CONASS, 2009)

Em 1980 houve a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde está foi realizada no período do Governo de João Batista Figueiredo e foi presidida pelo ministro Waldir Mendes Arcoverde, teve como tema a Extensão das ações de saúde por meio dos Serviços básicos, compareceram nesta conferência 402 participantes, em sua maioria representantes dos órgãos públicos, o eixo do debate foi em torno da proposta sobre a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde prestados à população, criando assim um sistema único para todos com uma rede básica de saúde. (CONASS, 2009)

Neste debate houve a proposta do presidente do Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) em se criar um seguro-saúde este seria constituído por meio da colaboração previdenciária adicional direcionada ao financiamento da instituição. Essa conferência foi a última a ser realizada no período da Ditadura Militar no país. (CONASS, 2009)

O sistema de saúde que foi consolidado no período ditatorial que tinha como bases estruturais os anos anteriores não correspondia as necessidades dos diferentes setores da sociedade, todo o sistema estava centralizado e fragmentado institucionalmente acionando o alerta para a necessidade de mudanças e melhorias em todo o setor, nesta conferência havia a contestação da forma de organização da saúde pública social e de qualidade para toda a população brasileira. (CONASS,2009)

A mais importante conferência de Saúde foi a 8ª Conferência de Saúde em 1986, o relatório final dessa conferência serviu como base para a elaboração do capítulo sobre a saúde no Brasil da Constituição Federal de 1988, resultando assim na criação do Sus.(portal.fiocruz-Conferências de saúde).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi um marco para que as mudanças em torno da saúde fossem mais amplos, o seu relatório tornou-se a

direção para as transformações no setor. Essa conferência foi realizada sob a gestão de Roberto Figueira Santos e organização de Sergio Arouca. Os temas desta foram: Primeiro tema - Saúde como direito; Segundo tema - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Terceiro tema - Financiamento Setorial. (CONASS,2009)

A articulação da representação foi marcada pela mobilização de vários segmentos, assim reuniu-se cerca de quatro mil pessoas em Brasília para debater as questões da saúde pública brasileira e os rumos que esta seguiria daqui em diante, dentre essas pessoas mil eram delegados, ou seja, pessoas com voz e voto sobre as propostas e direções que seriam tomadas neste momento. (CONASS,2009)

Em sua apresentação a 8ª Conferência de Saúde tratava sobre os objetivos políticos, ou seja, alcançar seu projeto escrito em Constituição, ter sua luta descrita como lei ou pelo menos uma redação semelhante das propostas que em seu principal objetivo era a criação da saúde como direito, um sistema único e universal em saúde que atendesse a todos sem nenhuma distinção, a saúde deveria assim ser vista como dever do Estado fazendo parte das políticas sociais, com acesso igualitários com suas ações voltadas para a redução do risco de doenças, promoção de saúde, prevenção de doenças e recuperação do bem-estar dos doentes. (CONASS, 2009)

Neste momento também foi proposto a definição da responsabilidade de cada setor na gestão de um sistema de saúde, a divisão de responsabilidades entre a União, Estados e Municípios, esse deveres deveriam ser fundamentados no Caráter federativo da República desfazendo a centralidade da gestão em saúde pública brasileira, tinha-se também a proposição sobre a estatização do setor, a saúde passaria ser um dos deveres do Estado. (CONASS, 2009)

O principal objetivo da comissão organizadora desta conferência era que nesse debate fosse elaborado propostas tanto para os dispositivos constitucionais quanto para a legislação que fosse formada posteriormente que poderia regulamentar essas propostas, a maior parte das propostas desta conferência foi contemplada no texto da Constituição Federal de 1988, assim como a Lei Orgânica da Saúde (Leis n.8080/90 e n.8142/90). (CONASS,2009)

O acesso universal é a expressão de que todos tem o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Ele implica a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso dos contribuintes da previdência social – inicialmente compostos por determinadas categorias

profissionais e posteriormente, pelos trabalhadores formalmente no mercado de trabalho— aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços: as despesas com os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária entre grupos de diferentes classes de renda, sendo de responsabilidade de toda a sociedade. (GIOVANELLA, 2012,)

Com o advento da nova Constituição Federal, a saúde no Brasil se transformava em direito de todos os cidadãos iniciando assim o processo de criação de um sistema público universal e descentralizado. O setor de saúde passou por uma profunda reorganização para se ter uma nova estruturação em saúde sendo de caráter universal.

Com a Constituição Federal de 1988 a saúde no Brasil passa por muitas transformações em especial em sua colocação enquanto estabelecido como direito social, tem-se nesta Constituição um capítulo dedicado somente aos direitos sociais, com normas e garantias de sua existência para o bem comum a todos. Como apresentado, até 1988 a saúde no Brasil não era reconhecida como um direito de todos, antes desse período tinha-se um sistema de saúde pública voltada para quem contribuía para a Previdência Social, quem não contribuía tinha assistência da caridade e da filantropia. A partir de 1988 a saúde é para todos sem restrição nem discriminação, atende a todos que dele necessitem.

O Sistema público de saúde de que dispomos hoje – o Sistema Único de saúde ou SUS – foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e decorre de seus artigos 6º - que reconhece a saúde como direito social; 196 - que estabelece ser dever do Estado garanti-lo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; 197 - que declara ser de relevância pública essas ações e serviços, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, execução e fiscalização; e 198 - que determina a organização das ações e serviços públicos de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, sob diretrizes e descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. (ROMERO, Luís Carlos ; O Sistema Único de Saúde – Um capítulo a parte, s.d.)

A saúde é direito de todos dever do Estado previsto pela Constituição Federal brasileira garantido por políticas sociais e econômicas visando a redução de doenças e de outros agravantes, promovendo serviços igualitários, para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Os serviços da saúde têm em sua totalidade a integralização

em uma rede regionalizada e hierarquizada que formam um sistema total, único, organizado de acordo com algumas diretrizes que são: descentralização, atendimento a saúde integral, e participação da comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) Em 1990, tem-se a criação do SUS com a Lei 8.080, como resultado das conquistas do Movimento de Reforma Sanitária.

A Lei Orgânica da Saúde lei 8080/1990 trouxe várias diretrizes para a saúde pública no país, esta lei regulamenta todas as ações e serviços em todo o território brasileiro, com sua execução sendo tratada em caráter isoladamente ou em conjunto sendo composta por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. A disposição geral dessa lei traz a saúde como direito de todos e é dever do Estado promover esse direito na garantia de livre acesso, com a visão de redução de riscos de propagação das doenças e de outros agravantes que interferem nas condições de vida dos habitantes, o Estado deve assegurar o acesso no qual deve-se ser de forma universal e igualitário em suas ações e serviços em promoção, proteção e recuperação da saúde. O SUS- Sistema Único de Saúde constitui-se como um conjunto de ações e serviços de saúde prestado por órgãos e instituições públicas que podem ser federais, municipais, estaduais, tem como objetivo executar ações em vigilância sanitária, em vigilância epidemiológica; ações em saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral assim se estabelece um sistema articulado em ações de prevenção e cura de doenças em sua integralidade sem distinção, sem preconceito ou qualquer tipo de privilégio.(Collor; Guerra. Brasília Lei Nº 8.080, 19 de Setembro Dde 1990.)

O Sistema Único de Saúde - SUS teve em seu propósito a promoção de justiça social e superação das desigualdades na assistência em saúde para a população em geral, tornando assim os serviços e atendimentos gratuitos para todos os indivíduos. O SUS é um avanço histórico das ações em serviços em saúde em especial a atenção em saúde de toda a população, com vigilância sanitária e controle social, além da atuação dos conselhos em saúde para a intervenção direta sobre os condicionantes de proliferação de endemias.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira, com forte significado político no que se refere a políticas sociais públicas para maior desenvolvimento e efetividade das políticas sociais e direitos sociais no país. As propostas das ações do SUS visam a inserção da cooperação dos agentes de Saúde, cooperação dos multiprofissionais que compõem a equipe de saúde, em busca da identificação, prevenção, combate e intervenção de doenças. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

A regulamentação do SUS constitui-se numa responsabilidade do poder legislativo e do executivo em âmbitos nacional, estadual e municipal sendo realizada por meio de instrumentos legais e executivos (leis, decretos, resoluções, medidas provisórias, portarias,

documentos oficiais). Em âmbito nacional destaca-se a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica de Saúde (leis n.8.890 e n.8.142, de 1990), além de uma série de portarias ministeriais publicadas pelo Ministério da Saúde ao longo das décadas de 1990 e 2000. GIOVANELLA, Lígia. 2012. p.374

A lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 regulamenta as ações e serviços em saúde de todo o Estado brasileiro assim verifica e intervém sobre a organização e o funcionamento dos Serviços e recursos, promoção e recuperação da saúde, as ações podem ser executadas de isoladamente ou em conjunto. (BRASIL, 1990) De acordo com esta Lei:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de Garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

Esta lei trouxe várias diretrizes para a saúde pública no país, a mesma regulamenta todas as ações e serviços em todo o território brasileiro, com sua execução sendo tratada em caráter isoladamente ou em conjunto sendo composta por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. A disposição geral dessa lei traz a saúde como direito de todos e é dever do Estado promover esse direito na garantia de livre acesso, com a visão de redução de riscos de propagação das doenças e de outros agravantes que interferem nas condições de vida dos habitantes, o Estado deve assegurar o acesso no qual deve-se ser de forma universal e igualitário em suas ações e serviços em promoção, proteção e recuperação da saúde. (Brasil,1990)

O SUS constitui-se como um conjunto de ações e serviços de saúde prestado por órgãos e instituições públicas que podem ser federais, municipais, estaduais, tem

como objetivo executar ações em vigilância sanitária, em vigilância epidemiológica; ações em saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral assim se estabelece um sistema articulado em ações de prevenção e cura de doenças em sua integralidade sem distinção, sem preconceito ou qualquer tipo de privilégio. (BRASIL, 1990)

Dois anos após a instituição do SUS, ocorreu a 9ª Conferência de Saúde no Brasil ocorreu em 1992, teve vários temas aos quais teve como tema central: Municipalização é o caminho. Temas Específicos: Tema 1. Sociedade, governo e saúde; Tema 2. Implantações do SUS; Tema 3. Controle Social; Tema 4. Outras deliberações e recomendações. Neste momento teve a apresentação de um total de 253 deliberações e recomendações relativas aos quatro temas aqui tratados e debatidos, com a participação de cerca de 3.000 delegados e participantes credenciados e mais de 1500 observadores. (CONASS, 2009)

Essa Conferência contribuiu para a Política Nacional de Saúde e dentre as suas contribuições a mais importante foi de fato a descentralização no qual era aqui feito a defesa de os municípios entrassem em cena no setor da saúde tendo participação em todo o processo de instalação do sistema único de saúde e propagação da política em saúde pública de qualidade e para todos. (CONASS, 2009)

Houve a proposta de maior participação e mobilização social em torno do financiamento do setor, defensoria do fortalecimento dos mecanismos de participação social no SUS, que seriam conferências estaduais e municipais e houve também a proposta de extinção do INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, que foi extinto em 1993 pela lei de nº8.689 sendo as suas competências passadas a nova gestão da saúde.(CONASS, 2009)

A 10ª Conferência Nacional de Saúde teve sua realização em 1996, tendo como temas: Tema 1. Saúde, cidadania e políticas públicas; Tema 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; Tema 3 Controle social na saúde; Tema 4. Financiamento da saúde; Tema 5. Recursos humanos para a saúde; Tema 6. Atenção integral à saúde.(CONASS, 2009)

As deliberações aqui defendidas foram segundo Nelson Rodrigues dos Santos,(Coordenador da Comissão Organizadora desta Conferência):

A qualidade das deliberações, conferida pela alta representatividade dos delegados, manifestou-se pela novidade do grande peso destinado

ao tema “Gestão e Organização dos serviços de saúde”, onde constam desde as mais detalhadas e singelas recomendações até as mais abrangentes e complexas. Também constam deliberações importantes e oportunas nos itens “Saúde, Cidadania e Políticas Públicas”, com questões mais gerais voltadas à qualidade de vida dos cidadãos; “Controle Social na Saúde”, que trata da consolidação e da ampliação do poder e da autonomia dos Conselhos de Saúde; “Financiamento da Saúde”, com deliberações sobre a origem, utilização, controle e fiscalização dos recursos financeiros do SUS; “Recursos Humanos para a Saúde”, que dispõe principalmente sobre a política, a administração e a formação da força de trabalho em saúde; e a “Atenção Integral à Saúde”, com deliberações que aprofundam e consolidam novas dimensões para a atenção qualificada à saúde através do SUS. (Nelson Rodrigues dos Santos; 31 de março de 1997.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2000, esta teve como seu principal tema: Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Tema 1. Controle social; Tema 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; Tema 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização à atenção saúde com controle social. Teve em sua composição 2.500 delegados, foi travado debates por 180 grupos. (CONASS, 2009)

Essa Conferência foi composta de vários debates, em torno de todos os tópicos centrais mais estes temas tiveram vários sub-temas e proposições neste momento pois aqui foi debatido toda a organização em torno da consagração da institucionalização do Sistema único de Saúde pública brasileira, ocorreram debates sobre: as fontes de financiamento e fontes complementares do setor, quais os critérios que seriam postos para o repasse de recursos federais e como seria organizado a redistribuição nas outras esferas, os modelos que seriam adotados para a garantia de acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde, fortalecimento dos princípios que são fundamentais para o sistema de saúde, como este sendo de caráter público, humanitário, em ações igualitárias sem nenhum tipo de distinção e a integralização de todo o setor. (CONASS, 2009)

Foi realizada em 2003 a 12ª Conferência Nacional de saúde que em seu tema central trouxe o debate sobre: A Saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Temas: Tema 1. Direito à saúde; Tema 2. Seguridade Social e a saúde; Tema 3. A intersetorialidade das ações de saúde; Tema 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; Tema 5. A organização da atenção à saúde; Tema 6. Controle Social e gestão participativa; Tema 7. O trabalho

na saúde; Tema 8. Ciência e Tecnologia e a saúde; Tema 9. O Financiamento da saúde; Tema 10. Comunicação e informação em saúde. (CONASS, 2009)

Foram apresentados nesse debate 723 diretrizes relacionadas aos dez temas tratados, todas as deliberações tinham por finalidade aumentar a qualidade das propostas apresentadas para melhoria do sistema da saúde, o relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco para aprimoramento do Sistema Único de Saúde – SUS, esse relatório passou a ser uma base textual para o fortalecimento do tratado em saúde para todos. (12ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final, Brasília-DF, 2004)

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2007 e teve como tema central a Saúde e qualidade de vida, políticas de Estado e desenvolvimento; Tema 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; Tema 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida; o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; Tema 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Foi coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisco Batista Júnior e teve como secretário-geral Clóvis Adalberto Boufleur que era no momento representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). (CONASS,2009)

Essa conferência foi bastante significativa no que se diz respeito as discussões democráticas sobre a política de saúde brasileira, seu principal objetivo foi a avaliação da saúde, o que realmente se tinha consolidado até aqui de acordo com as diretrizes e princípios defendidos pelo Sistema único de Saúde - SUS, definir a direção para a total garantia de saúde esta sendo como direito fundamental da população e política do Estado. (CONASS,2009)

A 14ª Conferência Nacional de saúde ocorreu em 2011 teve como Tema: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social – política pública, patrimônio do povo brasileiro. Nesta conferência foi tratado a consolidação da universalidade do SUS, assegurando que o Estado mantenha a Saúde como política social, financiamento de programas sociais em saúde voltados para a população, com projetos voltados à promoção e a prevenção à saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf.

A saúde é direito de todos dever do Estado previsto pela Constituição Federal brasileira garantido por políticas sociais e econômicas visando a redução de doenças e de outros agravantes, promovendo serviços igualitários, para a promoção, proteção

e recuperação da saúde. Os serviços da saúde têm em sua totalidade a integralização em uma rede regionalizada e hierarquizada que formam um sistema total, único, organizado de acordo com algumas diretrizes que são: descentralização, atendimento à saúde integral, e participação da comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Posto as questões mais gerais de consolidação do SUS apresentaremos os avanços e perspectivas no que concerne à saúde materno-infantil no âmbito desse sistema.

1.3 Avanços e perspectivas sobre a saúde materno-infantil no âmbito do Sistema Único de Saúde

Posto as considerações mais gerais de criação e institucionalização do SUS e do direito universal à saúde, abordaremos neste item as políticas e programas voltados a saúde materno infantil, que se consolidam no âmbito do SUS.

A saúde materno-infantil tem-se ao longo dos anos vários programas tais como: O Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN instituído nos anos 2000; O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal instituído em 2004; A Agenda de Atenção Integral à Saúde da Criança instituído em 2005 e o Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e Amazônia Legal que foi instituído no ano de 2009.

Contudo, mesmo com esses programas os índices das taxas de morbi-mortalidade materna e infantil continuam altas em especial as taxas com relação a morbi-mortalidade neonatal, além disso a Rede de atenção encontra-se fragmentada e sem grandes intervenções para a redução dessas taxas. (Ministério da Saúde; s.d.

A tabela a seguir mostra dados coletados no ano de 2017 sobre a mortalidade materna estes dados mostram a mortalidade sem uma causa de falecimento pré-estabelecido no atestado de óbito

Figura 1 - Óbitos infantis

Ministério da Saúde					
INFORMAÇÕES DE SAÚDE			DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS		
A JUDA			NOTAS TÉCNICAS		
DATASUS					
ÓBITOS INFANTIS - BRASIL					
Óbitos p/Residênc por Causa mal definidas segundo Região					
Período: 2017					
Região	Sint sinais e achad anorm,exc morte súbita infânci	Doenças do aparelho circulatório, mal definidas	Doenças do aparelho respiratório, mal definidas	Afecções originad período perinatal, mal definidas	Total
TOTAL	721	3	60	363	1.147
1 Região Norte	117	-	13	78	208
2 Região Nordeste	207	2	23	169	401
3 Região Sudeste	280	1	15	86	382
4 Região Sul	66	-	4	9	79
5 Região Centro-Oeste	51	-	5	21	77

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Nota:

- Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Óbito, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011".

Legenda:

- Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.
- 0;00 - Dado numérico igual a 0 resultante de arredondamento de um dado originalmente positivo.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde Disponível em:
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

Outro programa do governo que se estabelece para intervir nas questões que envolve a saúde materno infantil é o Programa de Humanização do parto e Nascimento. Esse programa teve sua instituição em 1/06/2000 pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, foi criado com a intenção de intervir sobre as necessidades de uma maior e mais específica atenção para gestantes, as mães no período pós-parto e ao recém-nascido.

Esse programa foi instituído com o intuito de redução das taxas de morbimortalidade, peri e neonatal que estavam demasiadamente alta no país, trazendo também a adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade de todo o acompanhamento de toda a gestação desde o pré-natal até o parto e puerpério; ampliação dos cuidados já em vigor pelo Ministério da Saúde nesta

aréa, trazendo mais investimentos e manutenção dos serviços prestados até o momento; investimento da rede Estadual para a aréa assistencia à gestantes de alto risco, incrementação das ações da Maternidade Segura; Desenvolvimento e ampliação do Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais; Direcionamento de mais recursos para treinamento e capacitação de profissionais atuantes nesta aréa; Ampliação, desenvolvimento e melhorias nas unidade integrantes destas redes de cobertura às gestantes. (Programa de Humanização do Parto; Ministério da Saúde - Secretária Executiva; Brasília-DF; 2002)

O Principal objetivo desse programa é assegurar que se tenha melhorias do acesso aos serviços da Saúde na aréa direcionada a maternidade, desenvolvimento da cobertura da rede de serviços, e melhorias na qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério, tendo em vista dos direitos de cidadania.

O Programa de Humanização do parto e Nascimento (PHPN), tem seus fundamentos no princípio da humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é o principal condicionada para um acompanhamento de parto e puerpério adequados. Essa Humanização deve ser compreendida com base em no mínimo dois aspectos que devem ser fundamentais, o primeiro trata da afirmativa convicta de que é dever das unidades de saúde receber dignamente a mulher, seus familiares e o recém-nascido tendo assim o requerimento de ética e solidariedade nas atitudes dos profissionais de saúde de modo que a organização da instituição possa criar um ambiente acolhedor que visem a romper com o tradicional isolamento da mulher.

O segundo princípio se refere-se a adoção de medidas e procedimentos que tragam benefícios direcionados ao acompanhamento do parto e do nascimento com intenção de ser evitado práticas e intervenções que sejam desnecessárias e que não tragam benefícios nem a mulher nem ao recém-nascido e que posteriormente possam acarretar em eventuais riscos a ambos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

O Programa de Humanização do parto e Nascimento está estruturada nos seguintes princípios:

- Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;

-todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera deverão ser realizadas as seguintes atividades:

1 Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação;

2 Garantir os seguintes procedimentos:

2.1 Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

2.2 Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.

2.3 Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a) ABO-Rh, na primeira consulta;

b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;

c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;

d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; p.6)

Os programas, seus princípios e objetivos visam que a gestação e maternidade sejam bem cuidadas para que assim não ocorra riscos futuros para a mãe e para o bebê com isso o Governo Federal em conjuntos com os Governos Estaduais e os vários profissionais da área da saúde trazem um vasto plano de ação para a redução da mortalidade materno-infantil.

Em 2014 tem-se a instituição do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o objetivo de articulação e mobilização dos setores em saúde relacionado a gestação, parto, puéperio e ao recém-nascido tendo em vista a melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças e a intervenção sobre os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil. (Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; Ministério da Saúde; Brasília; março de 2004)

A diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal é ainda uma grande preocupação para o Governo Federal, os Serviços de Saúde e a sociedade em Geral, as taxas em alta configuram-se em um grave problema de saúde pública. A morte de uma mulher em consequência da gestação, parto ou aborto foi por um longo período de tempo considerada uma fatalidade que atinge de forma desigual as regiões

brasileiras em especial às mulheres e crianças de classes sociais com menor acesso aos serviços de saúde pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

As mortes materna e neonatal estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém nascido. A morte de uma mulher conseqüente à gravidez, aborto ou parto foi durante muito tempo considerada uma fatalidade. Da mesma forma a mortalidade de recém nascidos era cercada pela aura da inevitabilidade e atribuídas a “debilitas vitae” ou seja, fraqueza da vida. Paulatinamente, estes eventos foram sendo entendidos como indicadores sensíveis da qualidade de vida de uma população, por evidenciarem em sua maioria, mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Acrescente-se a isto o fato de que a mortalidade materna e neonatal não se distribui de maneira homogênea na população e o risco de morrer está relacionado com o seu nível sócio-econômico. A desigualdade social gera graves disparidades na chance de sobrevivência das mulheres e recém natos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Na figura abaixo mostra-se dados sobre a mortalidade materna.

Figura 2 - Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde Disponível em:
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019 .

Tem-se como destaque a formação da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação dos impactos que o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna

e Neonatal causou sobre as taxas de Mortalidade Materna e neonatal no início do ano de 2006 a mortalidade materna, neonatal e infantil. Em janeiro de 2006, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil foi reafirmada como uma das principais prioridades para o Pacto pela vida, essa Comissão teve sua aprovação pela CIT(Comissão Intergestores Tripartites) e fortalecida pelos Pactos de Gestão e em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste mesmo ano a Organização das Nações Unidas considerou a organização e a relação entre os gestores e a sociedade um possível direcionamento para diálogos sociais e formas de mobilização de todos os indivíduos envolvidos no enfrentamento/combate dos altos índices. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Outra estratégia criada foi a Agenda de Atenção Integral à Saúde da Criança que tem a pretensão de ressaltar a atenção dos profissionais para a criança, intervindo em todas as oportunidades que se apresente seja na unidade de saúde, em domicílio ou espaços coletivos. Dessa forma, a criança pode ter benefícios em cuidado integral e em conjunto com multiprofissionais que compreenda todas as necessidades e direitos das crianças.

Como forma de cuidados integrais tem-se a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde em níveis assistenciais em atenção primária e até as formas mais complexas de assistência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004.)

O Governo Federal, juntamente com o Ministério da Saúde, têm buscado ao longo dos anos várias formas de promoção da saúde e bem-estar para os recém nascidos e crianças, trazendo a responsabilidades sobre os cuidados em saúde também para o Estado. Os cuidados com a saúde infantil tem sido alvo de várias ações pelo Ministério da saúde tendo em vista o desenvolvimento do atendimento médico, este portanto deveria ser mais humano e de melhor qualidade para as crianças.

Na região Norte e Nordeste, foi criado em 2009 o Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e Amazônia Legal, como objetivo intervir nas desigualdades regionais em terras brasileiras, essa intervenção tem como objetivo focar investimentos em quatro eixos centrais: taxa de mortalidade infantil, taxa de analfabetismo, precária estrutura para agricultores familiares e falta do Registro Civil, trabalhando esses eixos pode-se ter uma maior igualdade entre as regiões. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.184)

Com esse compromisso houve o estabelecimento de metas para acelerar a redução das desigualdades entre as regiões, por meio de medidas e ações cooperadas entre a União e os Estados da Federação, com participação dos municípios visando o enfrentamento dos eixos citados anteriormente.

No ano de 2010 o governo assumiu as seguintes metas:

- I) erradicar o índice de sub-registro civil de nascimento;
- II) reduzir em 5% ao ano a taxa de mortalidade infantil e do componente neonatal;
- III) ampliar a oferta e efetividade dos cursos de alfabetização de jovens, adultos e idosos, para atendimento de mais de 3,9 milhões de pessoas; e
- IV) ampliar a prestação de serviços de assistência técnica e extensão rural beneficiando mais de 600 mil famílias de agricultores familiares nos Territórios da Cidadania.

Como parte desse Protocolo, o Ministério da Saúde, em conjunto com os governos estaduais e assegurada a participação dos governos municipais, se comprometeu a reduzir em 5% ao ano, nos anos de 2009 e 2010, a taxa de mortalidade infantil e do componente neonatal. Deve-se destacar que a redução da mortalidade infantil é uma das prioridades sanitárias do Pacto pela Saúde, sendo um dos itens dos Termos de Compromisso de Gestão da União, Estados e Municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010, p.184)

Assim os gestores do Sistema Único de saúde-SUS comprometeram-se a promover várias ações em conjuntos com as secretarias de saúde tendo em vista a redução da mortalidade infantil tendo com ênfase também na redução da mortalidade neonatal com referência também a atenção ao nascimento. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal:2009-2010; Brasília,2010; 184p)

Neste próximo capítulo trataremos um pouco sobre a política de saúde para as mulheres em especial para as gestantes, o Serviço Social enquanto profissional da saúde e o Assistente social na Saúde materno infantil.

2 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E AS PARTICULARIDADES DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Neste capítulo, apresentaremos uma breve trajetória sobre a política de saúde da mulher, a atuação do assistente social na política de saúde, especialmente sobre os profissionais que atuam diretamente com a saúde materno infantil. Um espaço legítimo para atuação dos assistentes sociais que envolvem desde as questões do direito da mulher, bem como sobre o direito da criança, visto que o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, puerpério e pós-natal, são assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A resolução CFESS nº383 de 29/03/1999 caracteriza o Assistente Social como um profissional da área da Saúde com o compromisso de assessorar e defender os direitos sociais da população. Assim cabe ao assistente social facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais.

Para melhor explicitar tais questões, esse capítulo está dividido em dois momentos: no primeiro, discutiremos sobre *a Política de Saúde da Mulher e o direito à vida e à Saúde no Estatuto da Criança e do Adolescente*; em seguida, é abordado acerca da *atuação do Assistente Social na atenção à Saúde materno-infantil*.

2.1 A Política de Saúde da Mulher e o direito à vida e à saúde no Estatuto da Criança e do Adolescente

A saúde da mulher geralmente é entendida como a saúde reprodutiva, cuidados no pré-natal, mortalidade materna e desnutrição infantil. Os programas do Governo trazem políticas voltadas para a saúde materno-infantil, pois a mortalidade materna é um dos grandes problemas da saúde no mundo segundo a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. (Ministério da Saúde, 2004)

A promoção e a proteção da saúde individual e coletiva mesmo sendo colocados em prioridade na Legislação começam a ser desvalorizadas pela falta de manutenção dos serviços de saúde. De modo que, a fragilização do Sistema Único de Saúde incide diretamente nos direitos relativos a saúde materno-infantil. Verifica-se que dentre as legislações que amparam esse direito, o Estatuto da Criança e do Adolescente assegura como direitos fundamentais à vida e saúde:

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1993)

A gravidez é um momento que exige cuidados redobrados, tanto em relação a saúde da mãe quanto do bebê. É por isso que toda mulher que deseja ficar grávida deve procurar uma unidade básica de saúde para planejar sua gestação, isto é, realizar um planejamento reprodutivo. Essas ações em saúde também servem para prevenir uma possível gravidez indesejada e em casos de violência. As Unidades Básicas de Saúde se colocam como espaços propícios para realização de ações e atividades que contribuam nessa atenção integral à saúde.

Os serviços de saúde que integram a atenção primária no âmbito do Sistema Único de Saúde, são aqueles que primeiramente devem contribuir com a saúde da mulher e do planejamento reprodutivo, evitando ou minimizando a ocorrência de problemas durante e após a gravidez.

Melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção à gestante e ao recém-nascido implica na reorganização do sistema, com a compreensão da necessidade de integração das ações básicas com as de média e alta complexidade, conformando-se uma rede articulada de assistência que responda à necessidade da gestante e do recém-nascido. A implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, voltados para a identificação e enfrentamento dos principais problemas de saúde em seu território, é a principal estratégia de fortalecimento da atenção básica, devendo se tornar a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. (Ministério da Saúde, 2004)

A mulher gestante também deve procurar uma unidade básica de saúde assim que descobrir a gravidez e/ou nos três primeiros meses de gestação para ter acesso à assistência pré-natal, para que haja um cuidado monitorado durante todo o período gestacional para que se tenha um parto tranquilo. A atenção à saúde da mulher no período gestacional é tida como prioridade em todos os sistemas de saúde, conforme aponta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Os programas criados pelo Governo Federal buscam melhorar a qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde, visando também o bem-estar daqueles que necessitam e utilizam dos serviços. (Ministério da Saúde, 2004)

Ainda conforme o Ministério da Saúde:

É essencial a organização de serviços de saúde que, em conformidade com o nível de complexidade, devem contar com recursos humanos adequadamente capacitados, equipamentos mínimos necessários e manutenção sistemática: sistema de registro que permita acompanhamento adequado das gestantes e o planejamento das suas necessidades em termos de medicamentos: retaguarda laboratorial e de unidades transfusionais e bancos de leite. Ainda, é necessário o monitoramento e avaliação sistemática de suas ações. Mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação para o parto. É necessário organizar a referência e contra-referência da gestante para o parto, com disponibilidade de meios seguros de transporte para a mulher e para a criança, quando necessário, e a garantia da assistência imediata e de qualidade no hospital/maternidade, para que a conduta adequada seja tomada em tempo hábil para ser eficaz. (Ministério da Saúde, 2004)

Ainda conforme o Ministério da Saúde (2004):

As seguintes ações de saúde devem ser ofertadas pelos sistemas de saúde: pré-natal (de acordo com protocolo do ministério da saúde); parto institucional (e parto domiciliar seguro em alguns municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste); atenção ao puerpério; urgências e emergências maternas, com acesso a leitos de Unidades de Tratamento Intensivo; atenção imediata ao recém nascido na sala de parto, garantia de alojamento conjunto e acesso à Unidade de Cuidados Intermediários e a Unidades de Tratamento Intensivo, quando necessário, e acompanhamento após alta.

Como forma de dirimir os possíveis transtornos no período do parto o Estatuto da Criança e do Adolescente afirma que toda mulher tem o direito de estar vinculada a um hospital de referência, ao qual ocorrerá seu parto:

Os profissionais de saúde garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantindo o direito de opção da mulher. Incube ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. A assistência psicológica [...] deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestante e mães que se encontrem e situação de privação de liberdade. (BRASIL, 1993)

Ainda como direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), “a gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato”. (BRASIL, 1993) Tal direito é um desafio posto nos hospitais públicos, uma vez que muitos profissionais da saúde negam a presença do acompanhante na hora do parto.

Sobre as orientações de nutrição o ECA assegura: “a gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança”. A socialização dessas informações pode ser desenvolvida nas unidades básicas de saúde, bem como no ambiente hospitalar no período de internação da gestante.

De acordo com o Ministério da Saúde:

O pós-parto é outro momento de cuidado especial com a mulher e os serviços de saúde devem se organizar para garantir a atenção à puérpera. A ação “Primeira Semana Saúde Integral”, quando o teste do pezinho é recomendado, é uma estratégia e oportunidade de atenção à saúde da mulher e da criança, em um momento especial e de maior vulnerabilidade na vida da mulher e da criança.

As mulheres são a maioria da população brasileira e são também as que mais utilizam o Sistema Único de Saúde – SUS, frequentam os serviços da saúde periodicamente tanto para próprio atendimento quanto como acompanhantes de crianças ou outros familiares.

Pensando nessas e em outras questões, é criado em 1975 o programa materno-infantil, que continha delineamentos gerais sobre proteção e assistência materno-infantil e buscava englobar cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. O programa tinha forte ação de organismos internacionais controlistas, como a Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e, assim como todo programa vertical, fragmentado, reducionista e desarticulado de outras ações e propostas mais amplas, apresentou baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. Na década de 80, por sua vez, no auge do movimento feminista brasileiro, os programas iniciais destinados à saúde mulher são fortemente criticados, uma vez que a mulher tinha acesso apenas a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. (Trindade Garcia, 2013.)

A saúde da mulher tornou-se parte das políticas nacionais de saúde nos primeiros anos da década de XX, mas com suas funções voltadas a gravidez e ao parto, os programas realizados nas primeiras décadas deste século tinham uma visão da saúde da mulher no papel de mãe, com políticas voltadas para a saúde materno-infantil. Atualmente, a saúde da mulher é vista sob vários pontos de vistas com concepções amplas com aspectos biológicos e anatômicos do corpo humano, passando pelos aspectos relacionados aos direitos humanos e questões com relações a cidadania, como também um ponto conceptivo de área mais concentrada e

minimalista do âmbito do corpo humano feminino em caráter reprodutivo e maternal. (Ministério da Saúde, 2004)

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde elaborou em 1984 o Programa de Assistência Integral a Saúde da mulher (PAISM) este foi um marco na política de saúde para as mulheres pois se tem o rompimento com a perspectiva de saúde voltada somente para a reprodução, o PAISM trouxe ações educativas, preventivas, diagnósticos, tratamento e recuperação em diferentes tratamentos buscando atender as necessidades da população feminina. (Ministério da Saúde, 2004)

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Ainda conforme a legislação supracitada:

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativa.

Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios

Em 2011 tem-se a criação da Rede Cegonha pelo Governo Federal, o qual deveria trazer possibilidades ao provimento de ações contínuas em atenção à saúde sendo articulada entre diferentes instituições de saúde sendo assim um sistema de apoio, deve ter em sua organização o pré-natal, parto e puerpério como principais objetos de sua intervenção buscando melhor atendimento e qualidade da atenção da área da saúde da gestação. (Ministério da Saúde, 2011)

Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede Cegonha oferece recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção da sífilis e HIV, para a ampliação e qualificação de leitos de UTI adulto, UCI e UTI neonatal, leitos de gestação de alto risco assim como para a adequação da ambiência das maternidades e a construção e custeio de Centros de Parto Normal e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas, conforme critérios definidos pelas portarias e pactuações das Comissões Regionais e GCE/RC. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Com o pré-natal busca-se a identificação de como está a saúde da gestante e do bebê, fazer a classificação a gestação de acordo com o risco, realização dos exames habituais, vinculação da gestante com o seu local de realização de parto, prevenção e tratamento de DSTs e hepatites.

Entre as ações da Rede cegonha está a organização do cuidado às gestantes por meio de uma rede qualificada de atenção obstétrica e neonatal. Com um pré-natal de qualidade, como preconiza a estratégia, é possível reduzir as taxas de prematuridade, mortalidade materna e neonatal. O objetivo é garantir acolhimento e capacitação precoce da gestante, além de ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade do pré-natal. O diagnóstico rápido permite à mulher iniciar o pré-natal assim que a gravidez seja confirmada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Em decorrência do parto deve-se verificar os leitos obstétricos e neonatais de acordo com a necessidade de cada região, garantir o direito ao acompanhante de escolha da gestante em trabalho de parto, no parto e no pós parto. Assim que o bebê

nascer deve-se incentivar a mãe a promoção do aleitamento materno este deve ser exclusivo até os seis meses de vida da criança. O aleitamento materno evita mortes infantis pois diminui as chances da criança ter diarreia, evita infecção respiratória, diminui o risco de alergias, reduz o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, melhor nutrição, ajuda a desenvolver mais rápido a cavidade bucal, protege contra o câncer de mama, evita nova gravidez, promove o vínculo afetivo entre a mãe e o filho, melhora a qualidade de vida da criança.

Existem algumas leis que configuram e garantem os direitos a saúde da mulher:

A Lei Nº 11.664 constituída em 29 de abril de 2008 trata sobre as ações em saúde da mulher nos seguimentos do Câncer de Colo de Útero e Câncer de mama sendo tratado dentro do Sistema Único de Saúde previnindo detectando e realizado o tratamento.

Lei Nº 11.634 constituída em 27 de dezembro de 2007 trata dos direitos das gestantes em ter o conhecimento e a vinculação ao local onde ocorrerá o parto.

Lei Nº 11.340 constituída em 7 de Agosto de 2006 essa lei traz alguns mecanismos para intervir sob a violência doméstica contra a mulher e todas as formas de discriminação contra a mulher.

- A Lei Nº 11.080 de 7 de abril de 2005 faz uma alteração na Lei nº8.080 constituída em 19 de dezembro de 1990 trazendo a garantia ao direito à um acompanhante de escolha da parturiente no período de parto, no parto e pós parto imediato dentro do Sistema Único de Saúde – SUS.

- Lei nº 10.778 constituída em 24 de novembro de 2003 esta lei estabelece que seja notificado imediatamente em todo o território nacional caso de violência contra a mulher que seja atendida dentro do Sistema Único de Saúde e na rede de assistência a saúde no âmbito privado.

Tais legislações apresenta um avanço no âmbito legal, mas a plena efetivação ainda se constitui um desafio à saúde materno infantil. Posto essas questões mais gerais apresentaremos acerca da atuação do assistente social na atenção à saúde-materno infantil.

2.2 A atuação do Assistente Social na atenção à Saúde materno-infantil

Posto as questões que envolve o direito da mulher e da gestante à saúde materno-infantil, abordaremos neste item acerca da atuação do assistente social inserido nesses espaços. A saúde se constitui como um espaço legítimo para a atuação do assistente social, trabalhando com o atendimento direto ao usuário bem como nas ações de caráter coletivo ou grupais, na administração/gestão e assessoria, bem como na pesquisa e capacitação de profissionais de saúde. Na saúde materno-infantil, esse profissional atua em Hospitais, Unidades Básica de Saúde e nas Maternidades.

Independente do tipo de unidade de saúde, independente das diferenças entre os usuários e das demandas dirigidas ao Serviço Social, os assistentes sociais vêm seguindo uma lógica de organização do seu trabalho e estratégias de ação. O Serviço Social, como um todo, se organiza em plantão ou plantão e programas, enquanto os assistentes sociais, individualmente, podem se organizar desenvolvendo ações no plantão, no plantão e em programas ou somente em programas e projetos. Esta forma de organização individual e coletiva do Serviço Social na saúde e a postura dos profissionais de se colocarem passivos, dependentes, submissos e subalternos ao movimento das unidades de saúde - às rotinas institucionais, às solicitações das direções de unidade, dos demais profissionais e dos serviços de saúde, aceitando ainda, como únicas, as demandas explícitas dos usuários - resultam numa recepção passiva das demandas explícitas dirigidas ao Serviço Social, o que determina a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado pelos assistentes sociais. (VASCONCELOS, s.d. p.5)

O direito a saúde é universal e dever do Estado. As ações do serviço de saúde é de total relevância pública, pois é de total necessidade da população especialmente a que se encontra em vulnerabilidade ou carência, cabendo ao Estado, poder público, sua regulamentação, fiscalização e controle para melhorar o serviço público oferecido para a população.

As demandas dirigidas ao Serviço Social na área da Saúde implicam na atuação da intervenção nos serviços de saúde prestados e na qualidade de vida, bem como a saúde da população usuária, além da produção de atividades e projetos desenvolvidas para o conhecimento e informação dos usuários com características imediatas.

As demandas dos plantões do Assistente Social na área da saúde geralmente são atendimentos individuais com ações instrumentais de encaminhamentos internos a programas e projetos que são recursos oferecidos na unidade, encaminhamentos

externos que podem ser à outra unidade de saúde ou a utilização de algum recurso assistencial, além de serem dadas orientações diversas como esclarecimentos e informações sobre algum recurso ou benefício necessário para o usuário.

Os assistentes sociais utilizam de vários instrumentos, que além de ser próprios do Serviço Social podem vim ou ser incrementado pela instituição de trabalho. Nas maternidades geralmente tem-se a educação em saúde da mulher, como informações do controle do câncer mama/cérvico uterino, obstetrícia, importância do aleitamento materno entre outros.

As instituições geralmente pedem ao Serviço Social que fiscalizem o bem-estar do paciente com os serviços prestados e que atue nos problemas criados entre a instituição e o usuário por causa da qualidade do serviço.

As demandas reconhecidas pelos assistentes sociais que trabalham na área da saúde independem da instituição e das atividades que realizam. O papel do Serviço Social na saúde se estrutura em uma rotina em geral com uma mesma prática profissional no cotidiano e que na maioria das vezes as ações do assistente social não visa a saúde, o bem-esta e sim assessorar e mediar que o usuário tenha acesso aos seus direitos na área da saúde, na maioria das vezes o profissional faz encaminhamentos burocráticos que correspondem a demandas das instituições.

Os assistentes sociais buscam que os usuários/pacientes tenham acesso a um serviço de saúde pública de qualidade e bom atendimento por parte dos profissionais respeitando os direitos do usuário e ao acesso de medicamentos de uso prolongado/continuado.

O assistente social deve participar junto com a equipe multiprofissional de saúde de ações sócio-educativas nos vários programas e também palestras, nos assuntos e medidas de intervenção para esclarecer e informar questões relacionadas à saúde como: planejamento familiar, na saúde da mulher, da criança e idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infectocontagiosas e nas situações de violência sexual e doméstica.

Também deve ter ações para o planejamento e execução de projetos que assegure aos usuários a saúde enquanto direito, alertando e orientando o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe de saúde.

Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos direitos dos usuários comunicando as autoridades competentes bem como também observar e verificar as providências que irão ser realizadas se são

cabíveis a situação. O assistente social juntamente com sua equipe multiprofissional de saúde deve participar de campanhas preventivas, realizando atividades sócio-educativas para a informação da população sobre certos assuntos e doenças. Desenvolvendo atividades nas salas de espera da instituição de trabalho com o objetivo de compartilhar as informações aumentando assim as ações sócio-educativas, além disso o assistente social pode elaborar e divulgar materiais para que a população possa fixar melhor o assunto como: folhetos, cartilhas, utilizar vídeos, cartazes e outros meios que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral além do conhecimento e prevenção sobre determinadas doenças.

O assistente social inserido na equipe multidisciplinar tem em seu objetivo o atendimento humanizado, social buscando assessorar os usuários no acesso à saúde mobilizando-os para a construção de igualdade, na distribuição do atendimento para que haja um melhoramento na estrutura da instituição. Visa a participação da população na fiscalização dos serviços de saúde. (CFESS, 2010)

Segundo Vasconcelos (2007), cabe ao assistente social a participação nos programas de saúde e isso pode se dar por meio do desenvolvimento de ações com equipes multiprofissionais e/ou com ações isoladas articuladas aos programas de desenvolvimento de Projetos nas Clínicas Especializadas, os projetos são ações desenvolvidas pelo assistente social que pode ser planejado e articulado tanto de forma individual quanto de forma coletiva com outros profissionais ou uma equipe multiprofissional nos hospitais, maternidades e nas Unidades Básicas de Saúde.

Algumas funções do Assistente Social na área da saúde geralmente são atendimentos individuais com ações instrumentais de encaminhamentos internos a programas e projetos que são recursos oferecidos na unidade, encaminhamentos externos que podem ser à outra unidade de saúde ou a utilização de algum recurso assistencial, além de serem dadas orientações diversas como esclarecimentos e informações sobre algum recurso ou benefício necessário para o usuário. (Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde – Ana Maria Vasconcelos)

Na área da saúde, o profissional de Serviço Social executam suas ações profissionais nas dimensões: Ações assistenciais que diante do pouco contato com o usuário constitui-se de um caráter emergencial, burocrático e reflexivo; Ações em equipe geralmente o profissional está inserido em uma equipe multidisciplinar; Ações sócio-educativas na qual passa-se informações sobre os serviços oferecidos pela

instituição; Ações de mobilização, participação e controle social - voltada para a inserção de usuários, familiares e trabalhadores da saúde nos espaços de controle social; Ações de investigação, planejamento e gestão - visa a melhora da produção em equipe, busca propostas que viabilizem a melhora da gestão na instituição de modo que favoreça os usuários. (Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde – Ana Maria Vasconcelos)

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

Com as mudanças ocorridas ao longo dos anos na política de saúde em especial nos programas da saúde das mulheres houve a necessidade de que tivesse uma maior intervenção da política da saúde sobre as questões que envolvem toda a estrutura familiar como a saúde das mulheres. O Serviço Social na área materno-infantil tem como prioridade assessorar os cuidados com as gestantes, puérperas e posteriormente com o bebê, assessorar para que durante toda a gestação a mulher tenha acesso aos serviços prestados pelo Estado para que se tenha um pré-natal seguro e assim um parto tranquilo. A gravidez é um momento que exige cuidados redobrados, tanto em relação a saúde da mãe quanto a do bebê, e é por isso que toda gestante deve procurar uma Unidade Básica de Saúde logo no início da gestação para ter acesso à assistência pré-natal para que haja um cuidado monitorado durante todo

o período gestacional, é de extrema importância para que tudo corra tranquilamente em relação ao parto e puerpério e assim sejam evitados e diminuídos os números da mortalidade materna.

A intervenção do Serviço Social está subjacente a capacitação de cada pessoa e da população-alvo que recorre a este serviço. Deste modo a concretização do mesmo passa pelo conhecimento dos direitos, benefícios e recursos sociais que lhe estão inerentes e, conseqüentemente, das entidades através dos quais os mesmos possam ser legitimados. Assim, incumbe ao Serviço Social a promoção dos mesmos direitos sociais e acesso às respectivas entidades. No âmbito da maternidade/paternidade as grávidas, puérperas e os pais têm conhecimento das diversas políticas sociais que traduzem direitos que os mesmos poderão usufruir e, que servirão para colmatar algumas necessidades, como sejam:- Abono Pré-natal: O abono pré-natal é uma prestação pecuniária mensal que apenas pode ser requerida a partir da 13ª semana, ou então nos seis meses posteriores ao nascimento do bebê, na Segurança Social mediante a apresentação de uma declaração que confirma a gravidez, emitida pelo médico (da maternidade ou da família). Após o nascimento do bebê, quer a mãe, quer o pai podem solicitar a licenças a que têm direito, a saber: Licença Parental exclusiva do pai. O pai pode solicitar licença parental exclusiva que corresponde a 20 dias, desde que exerça atividade profissional e estes devem ser gozados no primeiro mês após o nascimento do bebê, sendo que 10 dos mesmos (dias úteis) são obrigatórios e pagos a 100%, ao passo que os restantes dias (seguidos) são opcionais e são pagos a 80%. Licença Parental exclusiva da mãe: A mãe tem o direito de gozo de 120 dias (quatro meses), ou 180 dias (seis meses), pagos a 100% e 80%, respectivamente, desde que exerça atividade profissional. Licença Partilhada. No entanto poder-se-á optar pela licença partilhada (mãe e pai) que poderá assumir duas tipologias, ou seja: caso os pais decidam por uma licença partilhada de 5 meses a mãe gozará de 4 meses e o pai de 1 mês que serão pagos a 100%; se por outro lado, os pais optarem por 6 meses de licença, a mãe gozará 5 meses dos mesmos e o pai gozará 1 mês. Neste caso o pagamento é feito a 83%. Para além disso e de acordo com o artigo 47º do Código do Trabalho – Dispensa para amamentação ou aleitamento, a mãe dispõe, até o bebê completar um ano, de 2 horas por dia, para amamentação independentemente de amamentar ou não. O tempo destinado às consultas pré-natais deve ser pago a 100%, não podendo ser descontado quer em dias de férias, quer no ordenado. Relativamente ao pai, o mesmo não tem direito à remuneração do dia, caso falte para acompanhamento em consultas, no entanto a falta é justificada. (COSTA, 2011, p. 1)

O trabalho prestado no contexto da saúde materno-infantil tem-se em seu principal papel o bem-estar da grávida e do bebê e no pós-parto, os cuidados têm seu início no contato com a grávida no início da gestação, durante o pré-natal, tendo em vista a identificação de indicadores de risco social no qual o assistente social possa ter intervenção adequada, identificados quais os indicadores dá-se início a intervenção sobre os fatores com o fim de assegurar a proteção da gestante e do bebê.(Costa, 2011)

Diante do exposto, verifica-se que o Serviço Social na saúde contribui com a socialização de informações, na perspectiva da garantia dos direitos da mulher e do bebê. Possui com compromisso ético-político com a qualidade dos serviços prestados, bem como na articulação com as equipes de saúde no que concerne aos aspectos socioeconômicos dos sujeitos envolvidos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, vimos que o direito à saúde posto a Constituição Federal e na lei que cria o SUS significou um avanço a saúde da mulher. As instituições de saúde se apresentam como espaços propícios para atenção integram à saúde da mulher e do bebê.

Como vimos, a política de saúde no Brasil foi alvo de vários movimentos sociais para a sua consolidação enquanto política pública, com esses movimentos tem-se início as Conferências Nacionais de saúde dentre as várias Conferências a de maior destaque e de suma importância foi a 8ª Conferência nacional de Saúde, desta Conferência tem-se as bases para a política de saúde pública para todos com sua consolidação enquanto política social culminada na Constituição Federal de 1988 regulamentada sobre a Lei Orgânica da Saúde a Lei nº8.080 de 19 de dezembro de 1990. Esta lei também trata sobre a disposição sobre a organização de um Sistema Único de Saúde sendo este integrado e para todos sem nenhuma distinção e articulado em uma rede de ações entre as esferas Federais, Estaduais e municipais.

A saúde da mulher também teve de enfrentar vários desafios para a sua integralização pois no início da intervenção no âmbito da saúde voltada para as mulheres tinham-se as práticas exclusivas para a saúde materno infantil, tratando assim de ações e programas por parte do Governo Federal sendo direcionada apenas a saúde na gestação, parto e puerpério e a saúde do bebê sendo este alvo de intervenção prioritária na diminuição da mortalidade neonatal.

Um dos principais avanços em política de saúde da mulher foi a criação do Programa de Assistência Integral a saúde da Mulher trazendo abrangências como ações educativas, preventivas, diagnósticos, tratamento e recuperação englobando a assistência a mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, climatério além de outras necessidades identificadas pelas mulheres.

A intervenção dos Assistentes Sociais na política de saúde é de suma importância no que se refere a garantia da saúde como um direito social, devendo o Estado garantir o desenvolvimento das ações e programas em saúde pública, proteção prevenção e recuperação da saúde e o Assistente social assessorar o usuário para um atendimento integralizado e humanizado.

O Assistente social enquanto profissional de saúde está regulamentado pela resolução CFESS nº 383 de 29 de março de 1999 este tendo então o

compromisso de assessorar a população no acesso aos seus direitos sociais com isso cabe ao assistente social facilitar o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde a sua rede de serviços e ações.

O trabalho do assistente social no que se refere a saúde materno-infantil é direcionado para o bem-estar da gestante e do bebê, o trabalho do assistente social inicia-se no primeiro contato com a grávida, durante o pré-natal buscando ter uma identificação de indicadores de risco no qual será objeto de intervenção sobre esses fatores tendo como finalidade a segurança e proteção materno-infantil.

REFERÊNCIAS

- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA. Ana Elizabete. (Org). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2005. p.1-24.
- BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e saúde formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-ENSP. **Introdução**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portallensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18). Disponível em [:http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf). Acesso em: 06 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: **pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal : 2009–2010**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf. Acesso em: 10 de jan. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: www.ccc.saude.gov.br/sus/abs-sus.php. Acesso em: 15 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde . **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: balanço das ações**. 20. ed. Brasília-DF: MS, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf. Acesso em 10 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**.(versão preliminar). Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à saúde da mulher e da criança : rede cegonha-estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2-a-Rede-Cegonha.pdf>. Acesso: em 10 jan. 2019
- CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2010

CFESS. **Parâmetros para a atuação do Assistente Social na saúde materno infantil**. Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasil-Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18).

COSTA, C. **Serviço Social no contexto da maternidade perante grávidas de risco social**: Serviço Social na Saúde: Centro de Recursos para os Assistentes Sociais da Área da Saúde. maio, 2011. Disponível em : <https://servicosociaisauade.wordpress.com/saudematerna/>. Acesso em: 18 mar. 2019

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A história da saúde pública no Brasil: 500 anos na busca de soluções**, 2016. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/94844-a-historia-da-saude-publica-no-brasil-500-anos-na-busca-de-solucoes/>. Acesso em: 20 jan. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Linha do tempo: Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 15 jun. 2018

GOMES, L. **1808**. São Paulo: Planeta, 2007.

MARGUTTI, P. R. **História da filosofia do Brasil: o período colonial (1500-1822)**: São Paulo: Loyola, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal:2009-2010**. Brasília: MS, 2010: 184p

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: MS, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do Parto**: Brasília-DF: MS, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MONTEIRO, Y.N. **História da saúde: olhares e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. 336 p.

VASCONCELOS. A. M. De. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002 .

VASCONCELOS. A. M. de. **Serviço Social e Práticas democráticas na saúde**. In : MOTA, Ana Elizabete (Org.). São Paulo: Cortez, 2001. p.1-32 (Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional).