UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ADROANNY MARIA RODRIGUES DE ARAÚJO

O PAPEL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE

CAMPINA GRANDE – PB
2024

ADROANNY MARIA RODRIGUES DE ARAÚJO

O PAPEL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso, de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para aprovação no componente curricular.

Orientador: M.a Franciele da Silva Santos

CAMPINA GRANDE – PB
2024

A663p Araujo, Adroanny Maria Rodrigues de.
O papel do/a assistente social na atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres: uma análise da política de saúde [manuscrito] / Adroanny Maria Rodrigues de Araujo. - 2024.
30 f.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2024.
"Orientação : Prof. Ma. Franciele da Silva Santos, Departamento de Serviço Social - CCSA".

1. Política de Saúde. 2. Exercício profissional. 3. Direitos femininos. 4. Atenção à saúde. I. Título

21. ed. CDD 361.2

Elaborada por Maria Adarlene Almeida Marinho - CRB - 15/329 BSCCSA

ADROANNY MARIA RODRIGUES DE ARAUJO

O PAPEL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social

Aprovada em: 22/11/2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente por:

- **Emanuelle Galdino de Oliveira Moura** (***.025.914-**), em **06/12/2024 14:02:47** com chave **eb3f294ab3f311ef9e6006adb0a3afce**.
- **Franciele da Silva Santos** (***.473.383-**), em **06/12/2024 11:52:20** com chave **b2281124b3e111ef97a92618257239a1**.
- **Alcione Ferreira da Silva** (***.417.824-**), em **06/12/2024 11:59:51** com chave **bee4ce56b3e211ef90be1a1c3150b54b**.

Documento emitido pelo SUAP. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QrCode ao lado ou acesse https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/ e informe os dados a seguir.
Tipo de Documento: Folha de Aprovação do Projeto Final
Data da Emissão: 24/07/2025
Código de Autenticação: 2cee9c

"Qualquer um que saiba alguma coisa da história sabe que grandes mudanças sociais são impossíveis sem o fermento feminino."

Karl Marx

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 7

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL 9

3 AVANÇOS E RETROCESSOS NOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS PARA MULHERES NO CAMPO DA SAÚDE 15

4 EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA GARANTIA DOS DIREITOS DAS MULHERES 19

CONSIDERAÇÕES FINAIS 25

REFERÊNCIAS 27

O PAPEL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE

Adroanny Maria Rodrigues de Araújo

RESUMO

Este artigo denominado 'O papel do Assistente Social na atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres: uma análise da Política de Saúde', tem como objetivo tecer reflexões sobre a atuação profissional do/a Assistente Social na viabilização do acesso aos direitos das mulheres na atenção à saúde sexual e reprodutiva. Partindo de uma abordagem qualitativa, através de revisão de literatura, a qual se apoiou em dissertações, legislações e artigos científicos, como também foi optado o método dialético crítico com o intuito de se aprofundar na prática profissional no âmbito da garantia dos direitos às mulheres. Com essa finalidade, discutiu-se a Política de Saúde no Brasil, traçando uma linha do tempo, desde a reforma sanitária, entendendo a Saúde e o SUS como direito universal. Em sequência, explanou-se a respeito dos avanços e retrocessos nos direitos femininos no campo da saúde, buscando analisar os avanços do movimento feminista dentro da Política de Saúde, através de um estudo das leis que foram aprovadas para as mulheres, na área sexual e reprodutiva. Nesse sentido, foi-se feito um aprofundamento sobre a correlação do exercício profissional do/a Assistente Social na garantia dos direitos das mulheres dentro dessa política de saúde, desde a sua contribuição enquanto profissional, como também desafios encontrados para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários. A partir disso, reconhece-se a relevância dos Assistentes Sociais em todas as políticas, especificamente, a de saúde, apoiados em suas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico operativo.

Palavras-chave: Política de Saúde; Exercício profissional; Direitos femininos.

ABSTRACT

This article entitled 'The role of the Social Worker in attention to women's sexual and reproductive health: an analysis of the Health Policy', aims to reflect on the professional role of the Social Worker in enabling access to women's rights in attention to sexual and reproductive health. Starting from a qualitative approach, through a literature review, which was supported by dissertations, legislation and scientific articles, the critical dialectical method was also chosen with the aim of delving deeper into professional practice within the scope of guaranteeing women's rights. For this purpose, Health Policy in Brazil was discussed, tracing a timeline, since the health reform, understanding Health and the SUS as a universal right. In sequence, the advances and setbacks in women's rights in the health field were explained, seeking to analyze the advances of the feminist movement within Health Policy, through a study of the laws that were approved for women, in the sexual and reproductive. In this sense, an in-depth analysis was carried out on the correlation between the professional practice of Social Workers in guaranteeing women's rights within this health policy, from their contribution as a professional, as well as challenges encountered in guaranteeing access to rights. users' social networks. From this, the relevance of Social Workers in all policies, specifically health, is recognized, supported by their theoretical-methodological, ethical-political and operational technical dimensions.

Keywords: Health Policy; Professional practice; Women's rights.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado ‘O papel do Assistente Social na atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres: uma análise da Política de Saúde’ apresentará os avanços e desafios do exercício profissional presentes na Política de saúde para a efetivação dos direitos das mulheres tanto no que concerne aos direitos sexuais quanto aos reprodutivos, como também problematizando as particularidades nesse cuidado da atenção básica à alta complexidade.

Tem-se como objetivo de estudo analisar a atuação profissional do/a Assistente Social na garantia de acesso aos direitos das mulheres na atenção à saúde sexual e reprodutiva, partindo da motivação por meio da experiência do projeto de intervenção intitulado ‘Reprodu-SER’, executado durante o processo de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, posto em prática, no Hospital de Clínicas em Campina Grande (PB). A prática profissional, no espaço, apesar de ser determinada para cirurgias eletivas, consistia em ir além dos fatores que intervêm no processo saúde/doença, para assim viabilizar o acesso às condições necessárias para a efetivação dos direitos sociais daquele/a usuário/a dentro do espaço em que ele estava inserido. Assim, vieram os questionamentos a respeito de quais políticas são voltadas para atender as necessidades do público feminino no âmbito da saúde.

Partindo das experiências vividas no processo de aprendizagem, do estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, em específico no HCCG (Hospital de Clínicas de Campina Grande-PB) foi possível o contato mais direto tanto com a prática profissional do Assistente social na área da Saúde, como também com o próprio usuário, mais especificamente no que diz respeito à saúde da mulher, que apesar de não ser o público-alvo desse espaço, tem um grande fluxo de demandas.

Como foi visto, durante o estágio obrigatório no HCCG, através da aplicação da lei N. 14.443/2022, que com a atualização, flexibiliza as normas para esterilização, permitindo que indivíduos a partir de 21 anos realizem o procedimento, sem a necessidade da autorização do cônjuge. Permitindo, assim, que mulheres tenham autonomia sobre seus corpos e suas escolhas a respeito de questões reprodutivas.

E apesar de ter sido inaugurado como um hospital de campanha da COVID- 19 pelo governo do Estado da Paraíba para o enfrentamento do coronavírus, posteriormente passou a ser sede do programa ‘Opera Paraíba’ atendendo as demandas de cirurgias eletivas que são organizadas e agendadas as cirurgias através de mutirões e contempla diversas especialidades, tais como: cirurgia geral, urologia, oftalmologia, pediatria, otorrinolaringologia, com destaque para as cirurgias na área ginecológica.

O departamento de Serviço Social no HCCG foi inserido na instituição juntamente com outros profissionais, para formar uma equipe multiprofissional, e está entre os primeiros e os últimos setores em que os usuários, pacientes e acompanhantes, possuem contato com a instituição.

No que se refere aos processos de trabalho em Serviço Social dentro de hospitais, busca-se contribuir para o acesso às condições necessárias para a efetivação dos direitos sociais, tanto no período em que o/a usuário/a estiver internado, quanto, após a alta hospitalar. Nesse sentido, nos atendimentos deve-se identificar as demandas e necessidades dos/as usuários/as a partir do entendimento da realidade social, com a perspectiva de acolhimento, escuta e reconhecimento das singularidades que permeiam a vida dos/as usuários/as e familiares. Diante disso, questiona-se: como o/a Assistente Social em seu exercício profissional, promove o acesso e a garantia dos direitos na área da saúde sexual e reprodutiva para as mulheres?

O estudo realizado que resultou neste texto apresenta como objetivo geral compreender como o/a Assistente Social age no acesso e garantia do direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Seguindo nessa direção, foram delimitados como objetivos específicos: a) identificar quais os avanços na Política de Saúde para as mulheres com foco na área sexual e reprodutiva; b) especificar as particularidades no cuidado à mulher, da atenção básica à alta complexidade; e c) analisar o exercício profissional do/a assistente social no acesso e garantia dos direitos à saúde das mulheres no Hospital de Clínicas de Campina Grande.

O caminho metodológico da pesquisa partirá de uma abordagem qualitativa, por meio de revisão de literatura, a qual se busca identificar dissertações, legislações e artigos científicos que subsidiem o estudo.

Agora estabelecido como um profissional de Saúde, entre suas competências estão: intervir junto às questões que possam afetar o desempenho dos programas de promoção, proteção e recuperação da saúde (Pinheiro, 2015).

Nesse sentido, com o intuito de se aprofundar na prática profissional no âmbito da garantia dos direitos às mulheres, essa pesquisa apoiou-se no método dialético crítico, compreendendo a atual conjuntura na área da saúde, abordando a política de atenção à saúde da mulher como também a luta do movimento feminista para a efetivação dos seus direitos.

Além desta introdução e das considerações finais, este artigo é composto por três tópicos, o primeiro intitulado de: uma análise da Política de Saúde no Brasil, que faz uma linha do tempo, na Política de Saúde, desde a reforma sanitária, entendendo a Saúde e o SUS como direito universal. No segundo tópico, intitulado: Avanços e retrocessos nos direitos femininos no campo da saúde. Buscou-se analisar os avanços do movimento feminista dentro da Política de Saúde, através de um estudo das leis que foram aprovadas para as mulheres, na área sexual e reprodutiva. Por fim, o terceiro tópico: “Aspectos do exercício profissional do/a Assistente Social na garantia dos direitos das mulheres”, na saúde. Analisamos a Saúde como umas das maiores áreas de atuação do/a Assistente Social, e as particularidades do exercício profissional para o acesso aos direitos no âmbito da saúde.

Nesse sentido, faremos uma reflexão sobre a história da saúde no país, como também uma análise a respeito da contribuição profissional do/a Assistente Social nesse campo, mais objetivamente no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos femininos. Ressaltando atuação do Serviço Social na busca pela viabilização de direitos e políticas públicas voltadas à saúde, conforme o Projeto ético-político da profissão.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Em primeiro lugar, para iniciar o debate, é crucial compreender o contexto histórico a partir de uma ótica que leve em conta as vivências dos povos originários, que já habitavam essas terras muito antes da chegada dos colonizadores. Quando o "novo mundo" foi invadido por Pedro Álvares Cabral, a primeira impressão que os colonizadores tiveram foi de um ‘paraíso tropical'. No entanto, o que para eles aparentava ser um paraíso sem habitantes, aqui já existiam moradores, cujo a vida mudaria radicalmente a partir dali.

Contudo, essa adversidade não foi obstáculo para a ocupação dessas terras, que começaram a ser povoadas por estrangeiros, enquanto os povos indígenas, que ali viviam há milênios, foram forçados a enfrentar as doenças trazidas pelos colonizadores, que devastaram suas comunidades, além de sofrerem com os impactos de uma colonização que visava subjugar suas culturas e modos de vida.

Assim, com a insalubridade presente no país acarretando diversas enfermidades e a falta de políticas à higiene pública, o povo era o maior prejudicado:

> A fragilidade das medidas sanitárias levava a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte. Em casos mais graves, os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares que começaram a ser criadas na região serrana fluminense (Bertolli Filho, 2011, p.10).

No século XVIII, ainda no Período Colonial, compõe Bravo (2006), a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, o que resultou na criação das primeiras Santas Casas de Misericórdia, ligadas também à caridade cristã, que era influenciada pela Igreja Católica. Já no século XIX, em virtude das transformações econômicas e políticas, ocorreram as primeiras modificações no campo da saúde pública, como vigilância e campanhas limitadas. Só a partir do século XX que a saúde começa a ser tratada como uma ‘questão social’ no Brasil.

Diante da conjuntura que o país enfrentava, devido à economia cafeeira que já se consolidava, gerou grandes lucros e possibilidades, com novos trabalhos assalariados, que consequentemente refletiram no desenvolvimento do capitalismo do país naquele período.

Com o início do século XX, a proliferação de ratos e mosquitos transmissores da febre amarela e da peste bubônica era um problema constante e o país ainda enfrentava questões de higiene pública. Para alguns estudiosos da época, as doenças seriam a maior causa da pobreza, que se justificariam pelo constante crescimento populacional urbano ocasionando o aumento de favelas e cortiços, como também o de doentes, devido às más condições de vida. Diante desse cenário, estava para acontecer uma intensa reforma urbana e sanitária, onde foi decretado a evacuação de trabalhadores/as pobres que ocupavam os prédios antigos para dar espaço a novas construções modernas. Como também, demarca-se o início de esquemas de higienização para inspeção das ruas e casas para localizar mosquitos e ratos. Destarte:

> Nesse contexto, as transformações urbanísticas e sanitárias que ocorreram no país surtiram um efeito positivo na higiene pública, mas foram as elites econômicas que mais se beneficiaram: não só receberam, nos bairros onde moravam, equipamentos urbanos como água encanada, esgotos subterrâneos e serviços de luz elétrica, como também garantiram, nas áreas de indústria e comércio, condições minimamente saudáveis para a estabilidade e a eficiência das

> atividades produtivas. [...] As camadas mais pobres da população, ao contrário, continuaram a ter precárias condições de vida. Ao proteger o bem-estar dos ricos, a política de saúde relegava a segundo plano o restante da população, que continuava a viver em cortiços e a ser a maior vítima de enfermidades que se tornavam raras entre os grupos mais abastados (Bertolli Filho, 2011, p.26).

Posteriormente, a partir da década de 1920, a saúde pública toma novos rumos e abre debate para novas discussões. Quando a saúde de fato emerge como uma 'questão social', ocorre a tentativa do seu crescimento e desenvolvimento por todo o país, como a ampliação ao atendimento à saúde por parte do poder central, e trazer a tona as questões de higiene e saúde do trabalhador, com a A reforma Carlos Chagas e criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), conhecida como a Lei Elói Chaves (Bravo, 2006).

Entretanto, só com o início dos anos 1930 que a Política de Saúde se instaura com um novo caráter nacional, agora dividida em saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. O subsetor de saúde pública foi majoritário até a metade dos anos 1960 e teve como foco principal a instauração de condições sanitárias mínimas -que eram inexistentes até então, para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo (Bertolli Filho, 2011).

Dessa forma, Paim (2009) afirma que a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS viviam em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência.

Essa nova definição para a o âmbito da saúde veiculava a intervenção estatal ao bem-estar sanitário da população. Porém, nos estados mais desenvolvidos, as ações foram tidas como irrelevantes e centralizadas, visto que já possuíam sua própria organização de serviços. Em paralelo, surge as ações de educação na área da saúde, com o intuito de mudar hábitos anti-higiênicos da população, que facilitavam a disseminação de doenças, principalmente as de caráter infectocontagiosas (Paim, 2009).

Entretanto, o quadro da Saúde da população, no período entre 1945 a 1964, de forma ampla, não foi capaz de eliminar totalmente o impasse que envolvia tanto as doenças infecciosas e parasitárias quanto os altos índices de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. Fato que provavelmente tem ligação direta com a única estrutura de atendimento hospitalar oferecida, que era de natureza exclusivamente privada (Paim, 2009).

Mais adiante, a partir dos anos 1960 já enfrentando períodos ditatoriais, e lidando com cortes de verba destinados à saúde pública, por parte dos militares, o país se deparava agora com um novo setor: a medicina de grupo, que era formada por uma empresa médica voltada para a prestação de serviços a outras empresas industriais ou de serviço, mediante pré-pagamento, que dependeu inicialmente de um estímulo do governo, dispensando parte das contribuições da previdência social. Por outro lado, se tinha também a medicina liberal, que diferente da anterior permitia uma ampla autonomia profissional, em que o médico estabelecia o preço da consulta, horário e as condições de atendimento no seu consultório particular, o qual ele tinha posse dos instrumentos de trabalho (Paim, 2009).

Assim, a saúde pública ficava em segundo plano, enquanto a medicina previdenciária crescia, e devido a essa privatização a população mais carente quem mais foi afetada, pois ficava à mercê apenas da filantropia como também da caridade das igrejas.

Em contrapartida, desde os anos 1970 o movimento sanitário já era idealizado por um conjunto organizado de pessoas, articuladas ao redor de um projeto que propunha a formulação de políticas de saúde diante da crise previdenciária que abatia o país naquele momento. Conseguindo assim, avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado (Bravo, 2006).

Dessa forma surgiu a Reforma Sanitária com ideais de:

> [...] democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A vitória das proposições da reforma sanitária deveu-se a eficácia da Plenária, via sua capacidade técnica, pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades (Teixeira, 1989; Bravo, 1996 *apud* Bravo et al, 2006).

Já nos anos 1980, o país abandonava os traços da Ditadura militar e com a reabertura democrática, a saúde assumiu uma dimensão política e ficou fortemente vinculada aos preceitos democráticos. Os profissionais da saúde ganharam mais destaque para lutar por questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público, como também o movimento sanitário (Bravo, 2006).

Importante também destacar a relevância da 8° Conferência Nacional da saúde, realizada em março de 1986 que abriu espaço para novos debates sobre saúde na sociedade a partir das correntes e bases do Movimento da Reforma Sanitária, propondo assim, o Sistema Único de Saúde. A formulação de um sistema de Saúde público e calcado nos direitos sociais dependia do fortalecimento das relações democráticas na realidade brasileira (Bravo, 2006).

Mais adiante, em 1987 é criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados – SUDS. Esse Programa foi implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais. No período SUDS (1987/89), as mudanças ocorridas no âmbito federal tiveram como executores os Estados da União. Essa questão é importante para a discussão do processo de divisão de responsabilidades ocorrida durante a implantação do SUS (Levcovitz,1997).

A partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, o país firmou de vez o seu retorno ao regime democrático. Assim:

> No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil. Velhos problemas, como a tradicional duplicidade que envolvia a separação do sistema entre saúde pública e previdenciária, passaram a ser estruturalmente enfrentados. Outros, como a possibilidade de financiamento de um sistema de corte universal, ainda representam dificuldades que parecem intransponíveis (Paiva; Teixeira, 2014, p.16).

Assim, Bravo (2006) afirma que a politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas. O objetivo era aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias.

E seguindo a Constituição de 1998, a saúde agora seria um direito universal e não condicionado à contribuição devendo ser acessível a todos:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988)

Importante ressaltar sobre a universalidade do direito, que é um dos fundamentos centrais do SUS e presente no projeto de Reforma Sanitária, foi responsável por motivar a resistência dos criadores do projeto saúde voltada para o mercado (Bravo,2006)

Assim, a partir dos anos 1990, iniciaria não só a implantação do SUS constitucional, a partir das leis 880/90 e a 8142/90, mas também, a nova configuração de uma sociedade. Os preceitos de uma sociedade mais justa e igualitária, advindas do processo de luta para a Redemocratização do país se defrontou com a lógica neoliberal que é resultado da reorganização do capitalismo, enquanto resposta da crise de 1970.

Nos anos 1990, o Estado segue um novo rumo, agora influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, a Contrarreforma foi uma estratégia importante nesse cenário e parte do suposto de que o Estado se desviou de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente. Desse modo, deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas (Bravo, 2006).

Segundo Costa (1996 apud Bravo, 2006, p.15) o projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Vasconcelos (2010) defende que compreender, brevemente, o local que a Política de Saúde ocupa nas relações sociais capitalista é essencial para uma aproximação com a realidade, a qual envolve a atuação profissional do Serviço Social, uma vez que se trata de um dos principais espaços sócio-ocupacionais da profissão. Ou seja, para alcançar o "SUS real", é necessário priorizar as reais demandas dos usuários, que nem sempre serão aparentes.

Ademais, com o início do século XXI, a expectativa que se colocava para o Governo atual, naquele momento, era a de fortalecimento do SUS constitucional. Porém, através de uma análise da política de saúde nos dois mandatos do governo Lula é possível identificar o avanço da privatização em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas; a precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde (Bravo,2009).

Todos esses enfrentamentos a respeito da construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária, idealizada na década de 1980, deixam nítidos os desafios enfrentados para uma efetiva consolidação de um SUS absoluto, como também

a constante luta contra a precarização no acesso à saúde como direito social, os desmontes políticos e socioeconômicos.

Na âmbito da saúde Braga (2006) afirma que, para a defesa efetiva das propostas aprovadas no 8° Conferência de Saúde, é preciso definir uma Política Nacional de Desenvolvimento que garanta uma redistribuição de renda de cunho social; Defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal; Defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização; Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social mas, imediatamente, regulamentar a Emenda Constitucional 29; Cumprimento da deliberação do Conselho Nacional de Saúde "contrária a terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos e avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários.

Porém, atualmente, devido ao contexto de crise estrutural do capital, o caráter público e universal da saúde, defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária dos anos 1980 e pelos lutadores da saúde, vem sendo ameaçado. Como foi visto principalmente a partir do governo ilegítimo do Temer, e a relação público-privada no Brasil.

Já no Governo Dilma, as principais propostas foram: ampliação das parcerias público-privadas; revisão da tributação do setor, considerada excessiva; expansão do mercado privado de assistência à saúde, especialmente para as classes D e E; linhas de financiamento para incorporação tecnológica; melhor política remuneratória do SUS para os prestadores privados (Bravo; Andreazzi, 2019).

Destarte, esse Governo ficou marcado tanto por avanços significativos como também por desafios na área da saúde, com políticas públicas que visavam ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para a população, além de ações para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação de novas iniciativas. Porém, devido a um contexto de crise econômica e política no Brasil, se deu implicações em termos de financiamento e implementação das políticas.

Portanto, o setor privado teve uma participação crescente na saúde, principalmente no que se refere à gestão de hospitais e unidades de saúde, à prestação de serviços de saúde suplementar e à parceria público-privada. No entanto, as iniciativas voltadas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação do acesso público eram mais enfatizadas nas políticas de governo, com o objetivo de garantir a saúde como um direito universal.

Posto isso, algumas contribuições influenciaram positivamente para a valorização da Atenção Básica e do SUS, a exemplo, a ampliação dos investimentos em saúde, como também fortalecimento das políticas de saúde da mulher e de saúde sexual e reprodutiva, através da implantação do Programa Saúde da Mulher, com ênfase na prevenção do câncer de mama e do colo do útero, além da ampliação do acesso à contracepção e ao planejamento familiar (Bravo; Andreazzi, 2019).

Com esses feitos, consolidando o legado de Dilma na saúde, o qual inclui marcos importantes que ainda impactam as políticas públicas de saúde no Brasil, mas, ainda sendo necessário continuar avançando para superar os problemas estruturais e garantir a qualidade e a equidade no atendimento à população.

Assim, pode-se afirmar que, com o início do governo Temer, ficaram mais nítidas as diretrizes governamentais quanto ao papel protagonista do setor privado na formulação e condução da política de saúde no Brasil, papel este já existente na

condução concreta da política do governo Dilma, porém não ainda como algo a ser explicitamente formulado (Bravo; Andreazzi, 2019).

Mais especificamente, a partir desse governo, as políticas começaram a se direcionar mais explicitamente para o fortalecimento do setor privado na saúde, com reformas e iniciativas que buscavam reduzir o papel do Estado e aumentar a participação do mercado privado na gestão dos serviços de saúde. Gerando assim, um cenário de crescente privatização da saúde, o que resultou em um enfraquecimento do SUS e na priorização de interesses do setor privado. Ou seja, essas políticas, somadas ao congelamento de recursos públicos e ao enfraquecimento das políticas sociais, tiveram um impacto negativo no acesso e na qualidade da saúde pública no país.

A partir do governo Temer verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro. Em sequência com o governo Bolsonaro tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, haja vista a proposta central de reforma da previdência, como também, viu-se a grande inconsistência e ausência de aprofundamento sobre a política de saúde e de propostas a respeito. Onde, há apenas quatro páginas dedicadas à saúde, nas quais há uma única menção ao termo SUS (Bravo; Pealez;2020).

Marcando assim, uma fase de retrocesso significativo nas políticas de saúde no Brasil, com um foco claro na redução do papel do Estado e em uma maior abertura para o setor privado, além de um descompromisso com o fortalecimento do SUS.

O governo de Jair Bolsonaro no âmbito da saúde foi caracterizado por uma série de retrocessos e de desmonte das políticas públicas de saúde. A ausência de propostas consistentes, a hostilidade ao SUS, os cortes de financiamento e a postura negligente durante a pandemia de COVID-19 foram os principais aspectos que marcaram essa gestão na saúde. Além disso, o governo aprofundou a privatização da saúde, sem uma articulação clara de políticas que garantissem o acesso universal e a qualidade dos serviços de saúde para a população brasileira. Em um momento de grande fragilidade do sistema de saúde, o governo Bolsonaro não foi capaz de oferecer um caminho de fortalecimento do SUS, deixando a população vulnerável a uma crise sanitária e de saúde pública de grandes proporções (Bravo; Pealez;2020).

Portanto, a história do SUS é marcada por uma luta constante contra a desigualdade e precarização do sistema, e, embora tenha enfrentado retrocessos e desmontes, ainda se mantém como um modelo de saúde pública universal. Seu fortalecimento passa pela superação das dificuldades históricas, pela valorização dos seus profissionais, pelo aprimoramento dos serviços de saúde e, principalmente, pela garantia de financiamento e de políticas públicas de saúde que realmente priorizem a universalidade e a equidade do atendimento. A luta pela efetivação do SUS como um sistema íntegro, universal e de qualidade para todos continua sendo um desafio central na saúde pública brasileira (Braga,2006)

Em suma, a partir das informações trazidas, ao longo das décadas, é possível perceber todos os desafios enfrentados desde a sua criação até a contemporaneidade para a efetivação de um SUS íntegro e universal. Mesmo com a precarização ao acesso à saúde, e não sendo de fato tratada com o devido reconhecimento, diante de desmontes de políticas públicas, o SUS, como um todo, ainda luta para se consolidar, como é idealizado desde a Reforma Sanitária.

3 AVANÇOS E RETROCESSOS NOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS PARA MULHERES NO CAMPO DA SAÚDE

A luta feminina pelo direito ao controle sobre seus próprios corpos é uma batalha histórica e persistente. Desde os primórdios, as mulheres enfrentam desafios diários para exercer de fato sua autonomia, as relações sociais se configuram tendo como fortes marcadores elementos como: suas raças e classes sociais, questões como igualdade salarial, representatividade em cargos de poder e direito ao aborto são príncipios básicos, mas que ainda não cumpridos de forma efetiva.

Mais especificamente, Pateman (1993, p. 16) afirma que:

> A dominação dos homens sobre as mulheres e o direito masculino de acesso sexual regular a elas estão em questão na formulação do pacto original. O contrato social é uma história de liberdade; o contrato sexual é uma história de sujeição.

Ou seja, o controle sobre o corpo feminino e falta de autonomia das mulheres sobre os seus próprios corpos, se evidencia como um reflexo da dominação patriarcal capitalista, que se beneficia da ordem social hierárquica e desigual.

Conforme Ávila (2003), os direitos sexuais e reprodutivos são validados e legitimados como democráticos, presentes na agenda política dos contextos nacionais e internacionais. Entretanto, para uma efetiva ação desses direitos, também se torna indispensável uma mudança necessária na perspectiva das leis que se referem ao exercício da reprodução e das relações sexuais, ou seja, tanto a reprodução quanto a sexualidade devem integrar-se como áreas específicas da política geral de saúde pública.

No âmbito da saúde, existem diversos meios contraceptivos, que são maneiras, medicamentos, objetos e cirurgias usados para evitar a gravidez, podendo existir tanto métodos femininos quanto masculinos. A exemplo, a pílula anticoncepcional, criada nos anos 1960, que foi o primeiro passo dado para a revolução e autonomia sexual feminina. Atualmente, é um dos mais seguros métodos contraceptivos, com uma taxa de sucesso em torno de 99%, como também ajuda na regulação do ciclo menstrual, na diminuição do sangramento e das cólicas (Jornal Estado de Minas, 2020).

Entretanto, apesar de ser um medicamento seguro e usado há muitas décadas, já existem várias contra-indicações e possíveis efeitos colaterais relacionados ao uso de contraceptivos hormonais.

Posto isso, Ribeiro (2018, p.1542) afirma que:

> (...) achados reforçam a preocupação da área da saúde com o risco aumentado de doenças cardiovasculares, não só o TEV, mas também o AVE e o IAM, em mulheres usuárias de contraceptivos orais combinados(28). Sendo assim, vários aspectos têm sido levantados como fatores de risco nos estudos realizados e englobam a elevada dose do etinilestradiol contida nas diversas formulações, as propriedades androgênicas dos diferentes tipos de progesterona das várias gerações desenvolvidas ao longo destes anos, a hipertensão arterial, o tabagismo, a hipercolesterolemia, o diabetes mellitus, a enxaqueca, a existência de antecedentes e a idade, principalmente após os 35 anos.

A exemplo, sangramentos de escape, ou seja, perdas sanguíneas pela vagina fora do período menstrual, que acaba sendo o efeito colateral mais comum para quem

inicia o uso dos anticoncepcionais hormonais, que não necessariamente indica falha da sua eficácia, mas pode estar associado a variações súbitas nos níveis de hormônios. Como já foi citado anteriormente, o tabagismo combinado com o uso de contraceptivos hormonais pode ter um efeito sinérgico, elevando consideravelmente o risco de complicações cardiovasculares graves.

Como também, o seu uso prolongado, tem sido associado a um risco levemente aumentado de alguns tipos de câncer, como o de mama e o de colo de útero, onde o risco de câncer de mama parece ser maior entre as mulheres que usam anticoncepcionais hormonais por mais de 5 anos e, especialmente, aquelas com histórico familiar da doença (Ribeiro,2018).

Assim, embora os anticoncepcionais hormonais sejam eficazes para o controle de natalidade, fica evidente que seu uso não está isento de riscos.

Já na área dos direitos reprodutivos, um debate bastante pertinente e atemporal, ainda segue sendo sobre a legalização do aborto, que apesar de causar julgamento e descriminalização já é regulado em mais de 77 países. Porém, apesar da legalização, cada país estipula o limite gestacional, de até quando é possível solicitar a realização do procedimento, o que dá a mulher apenas uma autonomia relativa sob suas escolhas e seu próprio corpo (CNN, Brasil,2023).

Segundo o Centro para Direitos Reprodutivos (2023), fazendo um recorte nessa lista, e incluindo apenas os países da América do Sul, temos: Colômbia; Guiana; Guiana Francesa; Argentina e Uruguai. Contando com excessões, como o Chile, onde o aborto foi descriminalizado em 2021, garantindo que ninguém seja preso caso realize, porém, a questão ainda não foi regulamentada, só havendo regulamentação para o procedimento no país em caso de estupro ou de diagnósticos de morte fetal, e, por isso, classifica o país na categoria vermelha, como é o caso do Brasil (CNN, Brasil, 2023).

Nesse contexto, se evidencia que a criminalização do aborto em muitas partes do Brasil, sendo só permitido em casos de risco à vida da mulher, gera uma série de desafios. A falta de acesso seguro ao aborto leva muitas mulheres, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, a recorrer a métodos inseguros e ilegais, colocando em risco suas vidas e saúde.

Mais ainda, a proibição do aborto, em conjunto com a falta de políticas públicas de educação sexual e de planejamento familiar, perpetua uma situação em que as mulheres não têm controle pleno sobre sua própria reprodução. Isso se agrava quando consideramos as mulheres negras, pobres e jovens, que enfrentam uma série de opressões que tornam a violação de seus direitos ainda mais recorrentes.

Assim, Políticas públicas direcionadas a esses direitos devem estar voltadas para a justiça social, e para isso, elas têm de ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual (Ávila, 2003).

Nessa perspectiva, temas como gravidez, parto, puerpério, contracepção, aborto, infecções sexualmente transmissíveis e violência sexual, passam a ser tratados como política de saúde. É dever do poder público garantir os recursos necessários para viabilizar um bem-estar objetivo e subjetivo dos sujeitos.

Assim:

> O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual. Para que exista a igualdade de

> direitos, é preciso respeito às diferenças. Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos (Brasil, 2013, p.11).

Mais exemplificadamente, nas duas últimas décadas, registraram-se grandes avanços na legislação internacional e nacional sobre as dimensões da reprodução e da sexualidade como Direitos Humanos e de cidadania. Dessa forma, a concretização, por meio das políticas públicas, dos princípios de igualdade, respeito às diferenças, promoção do pleno exercício da cidadania é um desafio para os governos dos países que se pautam pelos novos 62 marcos teóricos, políticos e jurídicos no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (Brasil, 2013).

Ainda mais:

> O reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos é fundamental para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos, que devem ser garantidos pelo Estado, mediante ações e estratégias que promovam o compromisso e responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de modo responsável e mediante condições saudáveis e libertas de riscos (Brasil, 2013, p.17).

Entretanto nem sempre foi assim, até pouco tempo atrás, o corpo feminino era tido apenas com um objeto para reprodução e procriação, e em sociedades menos complexas, ou tribais, as mulheres eram vistas como deusas pelo fato de ser considerado sagrado o atributo de procriar, de gestar dentro de si outro ser vivo e contribuir para a preservação da espécie humana. (Lole; Corgozinho, 2018)

Assim, as autoras ainda afirmam que, essa relação entre aumento de riqueza e as mudanças na concepção de sexualidade/reprodução conduz à domesticação das mulheres e sua funcionalidade à ordem econômica. Nesse sentido, dando início a uma economia política regida pelo poder do macho.

Existem mais de 200 milhões de mulheres e crianças vivas que sofreram mutilação genital feminina (MGF) no mundo. Ou seja, que tiveram a remoção total ou parcial das suas genitálias femininas ou algum dano em seus órgãos reprodutivos por motivos não médicos, Organização Mundial da Saúde (OMS).

Já sob a ótica da religião, segundo Mattar (2008) tanto a católica romana, como a muçulmana ou a judaica, como exemplos, ainda consideram o exercício da sexualidade um tabu. Porém, nesse caso, a Igreja Católica, devido a seus recursos e influência, tem se mostrado mais ativa na oposição a efetivação desses direitos:

> Para a Igreja Católica Romana: (i) há um único padrão de família, a nuclear, formada por um homem e uma mulher e sua prole; (ii) a sexualidade só deve ser exercida para a reprodução e, mesmo assim, dentro do casamento; (iii) qualquer tipo de contracepção é sempre mau, e (iv) o aborto provocado, até para salvar a vida de uma mulher, é sempre imoral. A vida sexual das pessoas, na visão desta Igreja, não é um fim em si, senão um instrumento de procriação. E, por fim, (v) as mulheres não são ordenadas ao sacerdócio, e permanecem excluídas de todas as funções de tomada de decisões. Estes eram os padrões do Código Canônico e continuam a ser os padrões cristãos católicos. Assim, é possível afirmar que a crença católica naturaliza os papéis de gênero, e que a instituição esforça-se para que estes sejam mantidos pela cultura (Mattar, 2008, p.70)

Seja por questões morais, éticas, culturais ou religiosas, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, por muito tempo foram esquecidos e ignorados, sendo deixados em segundo plano, passam a entrar nas agendas políticas após os movimentos de lutas sociais. Somente após a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) foi possível que diversas áreas fundamentais para o respeito desse princípio fossem incorporadas aos Direitos Humanos.

Os direitos reprodutivos, só tiveram o seu termo expressado em público pela primeira vez no ano de 1984, no IV Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado na Holanda, e os direitos sexuais, só passaram a ser discutidos no final da década de 80, principalmente devido à epidemia de HIV/Aids, por ser uma doença sexualmente transmissível.

Atualmente, como foi citado anteriormente, com o progresso conquistado no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos nos últimos tempos, foram adquiridas algumas leis e políticas destinadas às mulheres. Como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), que dentre seus princípios e diretrizes estão, introduzir e visualizar novas "necessidades" de saúde das mulheres, até então ausentes das políticas públicas, como também introduzir ações para segmentos da população feminina, todavia sem visibilidade social, sendo fundamentais para orientação de políticas públicas que visam reduzir as desigualdades de gênero presentes em vários níveis, setores e atividades do País (Brasil, 2016).

Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher foram previstos em lei, garantindo que ela pudesse ter autonomia reprodutiva e planejar sua família com liberdade, consciência e responsabilidade através do Planejamento Familiar (Brasil, 2009).

Entretanto, a falta de garantia legal efetiva dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é uma questão central tanto no Brasil, quanto em outros países, e apesar dos avanços legislativos em alguns momentos históricos, onde já existam leis e políticas públicas que visam garantir a autonomia reprodutiva das mulheres, em muitos casos essas normas não são efetivamente aplicadas ou enfrentam desafios significativos para sua implementação. Assim, mesmo quando existem leis que assegurem essas mulheres, a implementação prática desses direitos encontra barreiras significativas, tanto em termos de acesso quanto de qualidade.

A princípio, com a aprovação da Lei 9.263 de 1996, que regulamentava o Planejamento Familiar, as mulheres-ainda com ressalvas, e autonomia mínima sob seus corpos, conseguiram o direito à laqueadura. No entanto, essa lei apresentava limitações e requerimentos legais, isso revelou a contínua intervenção estatal na autonomia feminina sob seus corpos, ou seja, a mulher era impossibilitada de tomar uma decisão plena, não podendo realizar a laqueadura sem o consentimento do cônjuge (Brasil, 2013).

Assim, com a nova Lei (Lei 14.443/2022), houve um facilitamento burocrático do processo, diminuindo suas exigências, reduzindo a idade de 25 para 21 anos, não sendo mais necessário o consentimento do cônjuge e sendo permitido fazer a laqueadura logo após o parto, simbolizando um marco histórico na luta pela autonomia feminina, saúde da mulher e a propriedade sob seus corpos.

Como também, no artigo 226, da Constituição Federal, é determinado que o planejamento familiar seja de livre decisão do casal e que cabe ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito. A lei que regulamenta esse artigo, sancionada em 1996, afirma que é obrigação do poder público garantir o acesso à contracepção e ao controle de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), além da distribuição de todos

os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente comprovados (Brasil, 2013).

Da mesma forma, a lei 9.263, de 1996, que regulamenta um dispositivo da Constituição sobre o planejamento familiar, determina que é obrigação do SUS garantir a assistência à concepção e à contracepção, o atendimento pré-natal e o auxílio ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. Já a portaria 569, de 2000, institui a necessidade de realizar ao menos seis consultas pré-natal e uma série de exames e testes para doenças como a Aids e a sífilis, que garantem a saúde da mãe e da criança (Brasil, 2013).

Outras normas publicadas ao longo das últimas três décadas garantiram à gestante o direito de ter conhecimento e acesso prévio à maternidade onde vai ocorrer o parto, o atendimento preferencial em hospitais, órgãos públicos e bancos e a possibilidade de levar um acompanhante ao trabalho de parto e ao pós-parto imediato (Brasil, 2016).

Apesar disso, a falta de garantia legal efetiva dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil e em muitos outros países é um reflexo de um sistema de saúde que não consegue atender as necessidades de todas as mulheres de maneira equitativa.

As leis que existem ainda são insuficientes ou não são implementadas de maneira eficaz, e as mulheres, especialmente as que pertencem a grupos marginalizados, continuam a enfrentar barreiras significativas no acesso à educação sexual, serviços de planejamento familiar, cuidados de saúde e aborto seguro.

Para garantir uma autonomia reprodutiva real, é necessário que haja uma mudança profunda no sistema de saúde, políticas públicas mais inclusivas e um compromisso com a eliminação das desigualdades estruturais que impactam a vida das mulheres. A legislação precisa ser acompanhada por ações concretas que assegurem a aplicação efetiva desses direitos em todos os níveis sociais

4 EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA GARANTIA DOS DIREITOS DAS MULHERES

Indiscutivelmente, a busca pelos direitos femininos sempre foi sinônimo de muita luta, e marcada por reivindicações a fim de garantir a emancipação do próprio movimento, dentro de uma sociedade capitalista que revela diversas expressões, como machismo estrutural, opressões, divisão sexual do trabalho, patriarcado e domínio sobre os corpos femininos (Ávila, 2003).

Diante disso, para que a mulher fosse vista como um ser humano com vontades, e não como um corpo apenas com a finalidade da procriação e o fornecimento de serviços domésticos, foi necessário que as revoluções e os movimentos históricos acontecessem (Ávila, 2003)

Até meados dos anos 1980, não existia saúde para quem não tinha poder aquisitivo, porém, devido às lutas sociais no país foi possível a construção de um novo projeto, a Reforma Sanitária que defende a saúde como um direito social e com acesso universal. A partir de então, é regulamentado o SUS – Sistema Único de Saúde com diretrizes na democracia, participação social e universalidade (Nozawa, 2009).

Assim, é na perspectiva de um SUS forte, democrático e universal que os/as assistentes sociais ocupam os mais diversos equipamentos da Política de Saúde, enquanto espaço sócio-ocupacional de grande amplitude. É, sem dúvidas, um espaço de

atuação complexo e contraditório, fundamentado nas expressões da Questão Social e na contradição posta nas Políticas Sociais.

Assim, Vasconcelos (2010, p. 02), vai afirmar que:

> Cada direito social só é possível mediado e articulado aos demais direitos, numa perspectiva de seguridade social ampliada o que exige considerá-los sempre no seu conjunto, independente da área temática onde atuamos. Dessa forma o assistente social que toma a questão social como objeto de atenção/ação, tendo como referência suas diferentes expressões em relações e conexões permanentes, estará, ao trazer as demais políticas para sua área de atuação, contribuindo e realizando a intersetorialidade; dessa forma, dando vida à concepção ampliada de saúde.

Ainda mais, a autora vai dizer que, as diferentes expressões da questão social são compreendidas de formas indissociáveis, no movimento de luta por saúde como direito do cidadão, dever do Estado e com controle social, ou seja, no cotidiano do sistema onde se dá a luta pela transformação do SUS legal/1988 em SUS real, estão contidas condições e possibilidades de caminhar nessa direção.

Desse modo, as ações dos assistentes sociais não podem se colocar de forma fragmentada e isolada, mas articuladas às lutas sociais pelo redirecionamento do SUS real na direção do que está garantido na Constituição e nas legislações que o reforçam, se fazendo necessário articular a prática do Serviço Social aos movimentos e ações que caminham na mesma direção (Vasconcelos,2010).

Nesse sentido, conforme são definidos os princípios dos SUS, em: universalidade, integralidade e equidade, a inserção do assistente social nessa área é fundamental, visto que uma de suas competências é a defesa absoluta dos direitos sociais e dentro desse contexto histórico, o assistente social deve lutar para que a saúde seja de todos. Cabendo aos profissionais do Serviço Social, o compromisso ético – político para que haja melhor efetivação dos valores de cidadania, democracia, igualdade e participação, para que em sua atuação profissional haja respostas qualificadas diante das demandas e tensões advindas do mercado capitalista (Nozawa, 2009).

Assim, Costa (2006, p. 20) afirma que:

> Nesse processo os assistentes sociais historicamente identificados como um dos profissionais de saúde que mais se dedica às questões relativas à humanização do atendimento, passa a ser inicialmente convocado a propor estratégias e articular iniciativas para desencadear atividades voltadas para trabalho interdisciplinar de humanização, bem como integrar os grupos de humanização dos hospitais.

É correto afirmar que as três dimensões, técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica são a articulação entre a teoria e a prática da profissão, nos mostrando a importância da relação entre os dois âmbitos, universidade e prática profissional. Onde nos capacita a operar a passagem das características singulares de uma situação que se manifesta no cotidiano profissional do assistente social para uma interpretação à luz da universalidade da teoria e o retorno a elas (Guerra,2012).

No início do século XX, segundo Pinheiro (2015), a atuação do/a assistente social na saúde era determinada nos hospitais para fortalecer a personalidade do doente e ajudar os médicos nas suas atividades. Nesse período, consolidaram-se as práticas que serviram como mecanismos de legitimação e controle do Estado, mediatizadas pelas instituições de saúde. Já no Brasil, por volta dos anos 1930, com o início da profissão no país, a prática profissional era destinada a desenvolver uma função de educador

sanitário, relacionada tanto a doenças transmissíveis como hereditárias, mudando assim o conceito de saúde que tinha até então, focalizando agora em aspectos biopsicossociais e introduzindo novos profissionais na promoção, prevenção e proteção da saúde, como o/a Assistente Social.

A partir dos estudos e da vivência em campo, foi notado que o Serviço Social no Brasil, se constituiu como uma profissão histórica, que passa por formas de adequação e reestruturação, em virtude de mudanças bruscas de caráter social, político, econômico e cultural. Portanto, em consequência da pluralidade em sua formação, o profissional tem autonomia para trabalhar nesses diferentes setores sociais e políticos, sendo a saúde um deles (Bravo, 2006).

Para essa finalidade, conforme está previsto nos Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde, o profissional tem como competências atuar junto com as questões sociais, econômicas, na proteção e recuperação da saúde, contribuindo para a formulação e a implementação de políticas sociais públicas, agindo diretamente no processo de organização e mobilização da sociedade, comprometido com a efetivação dos direitos sociais e o pleno desenvolvimento da cidadania (Brasil, 2010)

É encarregado de dar as primeiras orientações aos acompanhantes, acerca de normas, regras e ações do Hospital, providenciando os direcionamentos necessários. Explica as dúvidas relativas aos direitos sociais relacionado à saúde, assistência e previdência, também sendo responsável por acolher, viabilizar, prestar esclarecimento e orientações sobre benefícios, como por exemplo o auxílio-doença e auxílio funeral para as famílias em situação de vulnerabilidade social.

Além de participar de campanhas preventivas e ações coletivas de orientação, desenvolvendo atividades, com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas. A equipe de Serviço Social sempre está envolvida em diversos projetos, com a finalidade de superar o modelo biomédico ou curativista, para fortalecer iniciativas alinhadas ao que determina a produção social de saúde ou paradigma biopsicossocial, como forma de compreensão sobre o processo saúde-doença.

Assim, no âmbito sexual e reprodutivo, o Assistente Social desempenha um papel fundamental na promoção e garantia de direitos das mulheres, dentro de uma perspectiva de justiça social e emancipatória. Sua atuação pode ser compreendida em várias dimensões, levando em conta a complexidade das questões que envolvem a saúde das mulheres, como o acesso a serviços de saúde, a violência de gênero, a educação sexual e os direitos reprodutivos.

Ou seja, o profissional pode atuar como mediador entre as mulheres e os serviços de saúde, especialmente em contextos onde o acesso é limitado ou desigual, contribuindo positivamente na orientação, encaminhamento e promoção do acesso a serviços como planejamento familiar, acompanhamento pré-natal e parto, além de serviços de saúde mental, que são essenciais para o bem-estar sexual e reprodutivo das mulheres. Como também, fundamentalmente, na promoção de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, direitos das mulheres, métodos contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), e cuidados durante a gestação. Auxiliando as mulheres sobre sua autonomia, permitindo-lhes tomar decisões sobre sua saúde e corpo.

É importante ressaltar que, o fortalecimento do SUS e das políticas públicas voltadas para as mulheres, está diretamente ligado à mobilização social e política das próprias mulheres. E O assistente social, como parte dessa rede de profissionais, tem um papel fundamental na mediação entre o Estado e a população, garantindo que os direitos

das mulheres sejam reconhecidos e respeitados, mas também atuando para que essas políticas sejam de fato implementadas de maneira eficaz e igualitária, superando os desafios ainda presentes no sistema de saúde. Assim, a atuação do assistente social, pautada na ética, na justiça social e na promoção dos direitos humanos, se torna um pilar essencial para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária para todas as mulheres (Bravo,2006).

E diante do grande público feminino, e do fluxo de demandas cirúrgicas na área ginecológica, foi inserido o projeto "Reprodu-Ser: Trabalhando a nova lei de laqueadura" que contribuiu no processo informativo acerca dos avanços estabelecidos na nova Lei N. 14.443/2022, como também na perspectiva da promoção à saúde da mulher, com orientações acerca de prevenção às ISTs.

Nesse sentido, a experiência com a intervenção proporcionou a refletir criando possibilidades para abordar as usuárias como sujeito de direitos, enxergando-as em sua integralidade, o contexto social e a essência para além dos fenômenos aparentes que levam os sujeitos a realizarem o procedimento de laqueadura.

Nesse contexto, o Hospital se torna uma referência para a saúde, pois compreende a importância de uma equipe multidisciplinar onde caminham juntos articulando e organizando as demandas de acordo com as atribuições e competências de cada profissão, como foi visto na realização da alta social. Porém, apesar de tanto, o Serviço Social ainda tem um grande desafio de superar as práticas conservadoras que ao longo da história conformaram uma identidade assistencialista por muitas décadas.

Como está previsto nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, os avanços adquiridos pela profissão no exercício profissional ainda são considerados insuficientes, pois o Serviço Social inicia os anos 90 com pouca mudança do trabalho institucional, assim, continuando uma categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária. Desse modo:

> O projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.

Em outras palavras, Pinheiro (2015) afirma que, a origem da profissão foi ligada diretamente às igrejas como também a filantropia, por isso sendo associada à práticas de caridade. Nesse sentido, a imersão dos profissionais no âmbito da saúde, inicialmente foi associada a prevenção de doenças transmissíveis e hereditárias, tendo um papel de 'educador sanitário', durante as campanhas sanitárias.

Assim, a autora sustenta que, após a 'nova' ideia de saúde estipulada em 1948, que agora necessita de outros profissionais, além dos médicos, focando nos aspectos biopsicossociais dos pacientes, a saúde se torna um campo indispensável para a atuação do Assistente Social. Entretanto, para efetuar uma atuação crítica e efetiva para os usuários é imprescindível entender as condições de vida nas quais estão inseridos, para assim instruí-los sobre os aspectos sociais que interferem no processo saúde-doença.

Destarte, segue as práticas fundamentais do profissional na área da saúde:

> Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde,

> com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços e Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009 (Conselho Federal De Serviço Social, 2010, p. 44 - 45).

Ademais, visto que a saúde é umas das maiores áreas de atuação do Assistente Social, no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, voltado para o público feminino, nesse sentido, o profissional junto a usuária, deve instruí-las sobre, sua sexualidade, saúde reprodutiva, fertilidade e se e quando querem gestar uma criança; sendo necessário que lhe seja disponibilizado os recursos tecnológicos e humanos indispensáveis para efetivação de seus direitos em uma perspectiva de transformação social, humana e emancipatória (Silva, 2017).

Apesar da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) serem uma conquista histórica que representa um avanço no reconhecimento das particularidades de saúde das mulheres e no compromisso com sua saúde integral, é fundamental que os/as profissionais da saúde, principalmente os assistentes sociais, estejam atentos aos desafios que ainda persistem, como a falta de acesso aos serviços de saúde de qualidade, a violência obstétrica, a desigualdade no acesso a métodos contraceptivos e o preconceito no atendimento.

Assim, a atuação do assistente social, nesse cenário, deve ser de caráter crítico, promovendo a articulação entre as políticas públicas já existentes, como a PNAISM, o PNPM e outras que abordam a saúde, a educação, a violência e a igualdade de gênero, para que essas políticas se concretizem de forma eficaz no cotidiano das mulheres. Para que dessa forma, a atuação profissional não se resume a ações emergenciais, mas sim, se voltando para um processo contínuo de transformação social, política e cultural, que busque viabilizar a todas as mulheres o pleno exercício de seus direitos, com dignidade e respeito.

No mais, apesar das conquistas adquiridas durante o tempo, ainda há a ausência de políticas públicas que abranjam todas as necessidades do público feminino, como também, ocasionalmente ocorrem ataques diretos aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em diferentes âmbitos, assim, juntamente ao corte de verbas nas políticas de saúde e aumento da pauperização da população, dificultam o acesso a esses direitos as usuárias.

Por se tratar o Serviço Social de uma categoria composta 92% de mulheres, a luta para garantir a viabilização a esses benefícios, fica ainda mais pertinente. Para tanto, é necessário alternativas que envolvam tanto os profissionais, como também ações institucionais juntamente com outros conselhos de profissões e órgãos públicos, indo além de um atendimento voltado apenas para atenção médica (CFFES, 2023).

Nesse contexto, a cooperação para a garantia a isso, começa desde a contraposição dos profissionais ao conservadorismo e posições de cunho religioso, entendendo os direitos e a atenção à saúde da mulher como políticas públicas e universais.

A contribuição do Assistente Social para a saúde das mulheres, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva, também é diretamente vinculada à promoção da autonomia e ao empoderamento das mulheres, o que implica não apenas em oferecer informações sobre seus direitos, mas em assegurar que essas mulheres possam exercer efetivamente esses direitos.

Dessa forma, o trabalho profissional vai além das intervenções pontuais, sendo necessário desenvolver ações de longo prazo que busquem transformar a realidade social das mulheres, garantindo-lhes não apenas acesso aos serviços de saúde, mas também a educação e a conscientização para o cuidado com a própria saúde e a luta por seus direitos.

Como também, o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social, como mencionado, é um processo fundamental para que o profissional se posicione de maneira crítica e comprometida, tanto com a qualidade da assistência quanto com a defesa de direitos, sem se deixar levar por práticas assistencialistas ou moralistas que, ao invés de empoderar, limitam as possibilidades de ação das mulheres. Essa atuação, embasada nos princípios da ética e da justiça social, visa romper com as desigualdades de gênero, raça e classe, buscando, com isso, a emancipação das mulheres, em todas as suas dimensões.

Ainda mais, é de fundamental importância que o Assistente Social, no exercício de suas funções profissionais, articule a luta pela vida das mulheres na direção do compromisso ético-político da categoria e na defesa irredutível dos direitos humanos. Assim, adotando uma abordagem sensível às diferenças e promovendo um cuidado integral, considerando as múltiplas dimensões da identidade de cada mulher. Confirmando, o compromisso ético da profissão contra toda e qualquer forma de opressão e violência.

Mais especificamente, o profissional pode atuar de forma crítica no processo de desconstrução de padrões normativos impostos pela sociedade em relação à sexualidade e reprodução feminina. Isso envolve trabalhar na desconstrução de estigmas em torno de temas como aborto, maternidade precoce, contracepção e sexualidade, promovendo uma visão mais inclusiva e livre de preconceitos. O assistente social pode e deve ser um agente de transformação cultural, promovendo a aceitação da diversidade de experiências e escolhas das mulheres, em vez de reforçar normas sociais opressivas.

Em suma, o assistente social nesse cenário se torna um pilar importante na promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, atuando de maneira integral e sensível às especificidades de cada usuária, contribuindo para que ela tenha autonomia sobre seu corpo e sua saúde, além de garantir acesso aos direitos e serviços que devem ser universalmente respeitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da linha do tempo traçada a respeito da história da Política de Saúde no Brasil, foi mostrado as frequentes e ainda atuais lutas protagonizadas por profissionais e idealizadores da saúde, em busca da saúde pública como um direito social válido, como é previsto desde a Reforma Sanitária.

Entretanto, devido aos desmontes políticos e socioeconômicos, que favoreceram tanto para a precarização dos serviços públicos, como para as más condições de trabalho dos profissionais na saúde e, também, consequentemente, dificultando o acesso da população a uma política de saúde de qualidade, a ideia de que essa saúde seja pública e universal parece ser cada vez mais distante.

Assim, foi visto que, só após a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi se configurando um marco na conquista societária, e através dele foi dado um passo a mais para a ampliação dos direitos sociais e garantia do bem-estar da população menos favorecida. Nesse contexto, por meio de uma gestão e profissionais qualificados, o SUS proporciona e fortalece políticas de saúde voltadas para cada usuário, nesse caso, como foi visto para as mulheres.

Como também, é seguindo essa perspectiva de um SUS forte, democrático e universal que os/as assistentes sociais ocupam os mais diversos equipamentos da Política de Saúde, enquanto espaço sócio-ocupacional de grande amplitude. Sendo sem dúvidas, o maior e mais complexo espaço de atuação, fundamentado nas expressões da Questão Social.

No sentido que houve essa ocupação, percebe-se que a formação e atuação profissional passa por transformações significativas, tendo a categoria profissional de compreender as particularidades em dimensões teórica, metodológica, ética e política, na busca pela consolidação do acesso e garantia dos direitos à saúde.

Ademais, com a prática profissional voltada para a garantia do acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, na saúde para as mulheres, viu-se a importância e como o assistente social tem a contribuir nessa área, especificamente, na participação de campanhas preventivas e ações coletivas de orientação, desenvolvimento de atividades, com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas, na perspectiva da promoção à saúde da mulher.

Posto isso, é válido ressaltar que alguns desses direitos só foram conquistados devido a determinadas leis e políticas, a exemplo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que dentre seus princípios e diretrizes estão, introduzir e visualizar novas "necessidades" de saúde das mulheres, que até então eram ausentes das políticas públicas (Brasil, 2016).

No mais, a partir de todas as discussões tecidas por meio do estudo para a obtenção desse projeto, e ao final dos três tópicos pré-estabelecidos, é perceptível a importância do fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social, nas mais diversas unidades de saúde, para que o profissional atuante não seja limitado em sua autonomia ou a práticas burocráticas e emergenciais, como também, não resuma sua atuação a pontuações de caráter religioso, com ideias, práticas e políticas moralistas,

para assim, ao lidar com demandas reais, garantir e reafirmar o compromisso com cada usuário.

Em síntese, este estudo demonstrou a fundamental importância do papel do/a Assistente Social na atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. A atuação desses profissionais se mostra essencial para garantir tais direitos, especificamente o das mulheres, com a promoção de uma abordagem integral e respeitosa, pautadas em todas as políticas e no projeto ético-político da profissão. Assim, esse trabalho, fundamentado em uma visão integral e humanizada, contribui significativamente para o fortalecimento do SUS e para a construção de um sistema de saúde mais justo, acessível e de qualidade para todas as mulheres.

REFERÊNCIAS

Aborto é legalizado em 77 países mediante apenas solicitação; confira quais. CNN BRASIL, 2023. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/aborto-e-legalizado-em-77-paises-mediante-apenas-solicitacao-confira-quais/. Acesso em: 16 de maio de 2024.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S465-S469, 2003.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Ática, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 26 – **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; Política de Saúde no Brasil. **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete (Org). **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete da et al. **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; **Política de saúde no Brasil**: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; **Política de saúde e a formação dos trabalhadores no sistema único de saúde.** Revista Libertas, Juiz de Fora, v.19, n.2, p. 421-436, ago. / dez. 2019 ISSN 1980-8518.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências.** Ser Social. ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

CARLOTO, Cássia Maria; DAMIÃO, Cássia Maria. **Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 132, p. 306-325, maio/ago. 2018 http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.143.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília, DF, 2010.

_____. Saúde da mulher e redução da mortalidade materna: o que isso tem a ver com o Serviço Social?. Disponível em: https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/2006#:~:text=Enquanto%20assistente%20social%2C%20conforme%20princ%C3%ADpios,capacitismo%2C%20%C3%A0%20LGBTQIA%2Bfobia. Acesso em: 06 de novembro de 2024.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). A Dimensão Técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012. p. 39-70.

Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LEVCOVITZ, Eduardo, 1997. Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LOLE, Ana; CORGOZINHO, Kamila Delfino S.Gênero e aborto: aportes para uma interlocução necessária com o serviço social. Rio de Janeiro: Letra Capital,2018.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento Jurídico dos Direitos Sexuais – Uma análise comparativa com os Direitos Reprodutivos. Revista Internacional de Direitos Humanos, ano 5, nº 8, São Paulo, p. 69-83, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a04.pdf>. Acesso em 01 de maio de 2024.

NOZAWA, Tamara Nomura. Considerações sobre o Sistema Único de Saúde – SUS E O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL. Disponível em: http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/viewFile/1960/2089. Acesso em 19 de setembro de 2024.

O que diz a lei sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Disponível em: https://www.aosfatos.org/noticias/o-que-diz-a-lei-sobre-os-direitos-sexuais-e-reprodutivos-das-mulheres/. Acesso em 01 de junho de 2024.

O que são direitos sexuais e reprodutivos?. Equidade, 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/equidade/o-que-sao-direitos-sexuais-e-reprodutivos/. Acesso em 01 de maio de 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o Sus**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde:** notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PATEMAN, C. O Contrato Sexual. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993. A primeira edição é da Polity Press, em colaboração com Blackwell Publishers, em 1988, The Sexual Contract.

Pílula anticoncepcional: da revolução à proteção da mulher. ESTADO DE MINAS: Saúde e Bem Viver, 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/saude-e-bem-viver/2020/08/18/interna_bem_viver,1176871/pilula-anticoncepcional-da-revolucao-a-protecao-da-mulher.shtml. Acesso em 16 de maio de 2024.

PINHEIRO, Ellana Barros. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: aspectos da intervenção profissional.** Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/servico-social-e-saude-aspectos-da-intervencao-profissional-.pdf. Acesso em: 29 de setembro de 2023.

Ribeiro CCM, Shimo AKK, Lopes MHBM, Lamas JLT. Effects of different hormonal contraceptives in women's blood pressure values. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1453-9. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0317

SILVA, Lívia Maria. **DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS FEMININOS: Reflexões ao trabalho do Assistente Social no âmbito dos serviços de saúde pública.** Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180089/101_00522.pdf?sequence=1. Acesso em: 01 de setembro de 2023.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Saúde e Serviço Social: tendências nos anos 2000.** Disponível em: https://www.unirio.br/cchs/ess/Members/rafaela.ribeiro/instrumentos-e-tecnicas-de-intervencao/texto-ana-vasconcelos-servico-social-e-saude. Acesso em: 19 de maio de 2024.

AGRADECIMENTOS

Com profundo sentimento de gratidão e de dever cumprido, iniciarei agradecendo a todos que de alguma forma contribuíram durante esses 5 anos tanto para a minha formação acadêmica profissional, quanto para o meu crescimento pessoal, obrigada.

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, sem Ele, nada teria sido possível. Me guiou e me sustentou ao longo dessa jornada, mesmo nos momentos mais desafiadores, lembrando-me sempre que “Todas as coisas cooperam para o bem” (Rm 8:28).

Agradeço a todos os professores que me acompanharam nesse processo de formação acadêmica, e influenciaram de maneira positiva meu desenvolvimento intelectual e emocional. Mas, particularmente a Fabrício Rodrigues e Ingridy Lammonikelly, que superaram as barreiras do ensino tradicional e excederam as expectativas de uma relação professor-aluno, criando laços de apoio e incentivo, além da academia. E, que também deram sua contribuição para a construção desse trabalho, obrigada.

Em especial, não poderia deixar de agradecer à minha orientadora Franciele Santos, que contribuiu de forma ímpar para o êxito desse trabalho, dedicando todo o seu tempo e conhecimento, permitindo assim, que eu superasse meus desafios e alcançasse esse objetivo maior, obrigada.

As amizades feitas ao longo da graduação, e que irão além do espaço acadêmico, Graciana Martins, Paloma Araújo e Ítalo Yorran, que serviram de apoio nos dias difíceis, mas que também transformaram esses dias em momentos de riso fácil e boas gargalhadas, obrigada.

Com carinho, agradeço as amizades que construí ao longo da vida, com quem compartilhei essa jornada e que me ofereceram motivação, apoio e um ombro amigo nos dias turbulentos, obrigada.

À minha família que sempre me apoiou e acreditou no meu potencial. A Àlex Mateus, que além de família, significa um refúgio de conforto e segurança, como também uma fonte de inspiração e motivação. E, de maneira especial, à minha mãe, Maria de Fátima, que foi a primeira pessoa da família a se formar em uma Universidade pública e agora poder seguir os seus passos no mesmo espaço acadêmico, é motivo de grande satisfação pessoal. Agradeço por ser o meu porto seguro, por todo amor, cuidado e dedicação e por nunca ter medido esforços para me ajudar a correr atrás dos meus sonhos, obrigada.

Vocês foram meu suporte e incentivo ao longo desses 5 anos para que eu alcançasse meu objetivo, essa conquista é nossa!

No mais, sinto um misto de gratidão e euforia por atingir esse marco, porém, tendo plena consciência que é apenas o começo de uma jornada desafiadora e empolgante.