

O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E EM DEFESA DO SUS EM TERRITÓRIOS RURAIS: avanços e desafios

Maria Clara Pinheiro Cordeiro de Miranda¹

Jandira Miranda da Silva²

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido a partir da experiência enquanto Assistente Social em Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança no município de Bragança, Pará. Tem por objetivo abordar sobre a prática profissional do Assistente Social e seus instrumentos na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange ao atendimento à Mulher e à Criança e na garantia do acesso aos serviços de saúde em região de predominância de populações rurais. Para isso, trata-se de pesquisa qualitativa, documental com uso do diário de campo e de entrevista semiestruturada e a bibliográfica. A conclusão trata da importância do/a Assistente Social junto à equipe multiprofissional, que busca a viabilização dos direitos sociais e de saúde, seja por meio de ações socioeducativas e socioassistenciais, que refletem na facilitação do conhecimento dos direitos, emancipação social e autonomia nos espaços a que pertencem e são pertencidos.

Palavras-chave: Assistente Social. Residência Multiprofissional. Saúde da Mulher e da Criança.

ABSTRAC

The present work was developed from the experience as a Social Worker in a Multiprofessional Residency in Attention to Women's and Children's Health in the municipality of Bragança, Pará. It aims to address the professional practice of the Social Worker and his instruments in the defense of the Unified Health System (SUS), about the care of Women and Children and the guarantee of access to health services in a region of predominance of populations rural. For this, it is a qualitative, documental research using a field diary and semi-structured and bibliographical interviews. The conclusion deals with the importance of the Social Worker with the multidisciplinary team, which seeks to make social and health rights viable, either through socio-educational and socio-assistance actions, which reflect on the facilitation of knowledge of rights, social emancipation and autonomy in spaces to which they belong and are belonged.

Keywords: Social Worker. Multiprofessional Residency. Women's and Children's Health.

¹ Universidade Federal do Pará; Especialista; mariacларapcm@gmail.com.

² Universidade Federal do Pará; Mestre; jandiradasilva2006@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi idealizada e desenvolvida durante a experiência como Assistente Social na Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, oferecida pela Universidade Federal do Pará, com atuação na maternidade do Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria (HSAMZ), hospital público localizado no município de Bragança do Pará, que presta serviços de média e alta complexidade à população da região dos Caetés, que engloba os municípios de Bragança, Augusto Corrêa, Bonito, Cachoeira do Piriá, Nova Timboteua, Capanema, Peixe-boi, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São João de Pirabas, Tracuateua e Viseu, de predominância de populações de trabalhadores rurais e pescadores.

O hospital é referência materno-infantil na região. Possui 171 leitos, sendo a clínica obstétrica composta por 27 leitos divididos em cirúrgica e clínica (SCNES). Sua estrutura conta com Banco de Leite Humano (BLH), serviço de pré-natal de Alto Risco, Programa de Aleitamento Materno Exclusivo (PROAME), Unidade de Cuidados Intermediários e Unidade de Terapia Intensiva neonatal.

Na perspectiva de garantir direitos às mulheres e à crianças, as instituições hospitalares recebem incentivo financeiro para promover atendimento de qualidade ao binômio mãe e bebê com adoção de rotinas de assistência que possam atender a essas diretrizes.

A pesquisa busca abordar sobre a atuação profissional do/a Assistente Social dentro da instituição de saúde, identificar demandas que se apresentam no cotidiano institucional e as intervenções realizadas para a garantia de atendimento às mulheres em atenção aos seus marcadores de classe, gênero e diversidade cultural.

Para a realização deste trabalho, utilizou-se de pesquisa qualitativa, que trabalha “[...] com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e com a compreensão das estruturas e instituições como resultado da ação humana objetivada.” (MINAYO, 2001, p. 24). Como instrumento de coleta de dados, foi realizada entrevista semiestruturada com mulheres atendidas pelo serviço, com prévia autorização por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e utilizado Diário de Campo contendo

informações sobre as demandas apresentadas no cotidiano profissional, os atendimentos e as abordagens realizadas com seus devidos objetivos. Também foi realizado levantamento bibliográfico inicial com busca em Banco de Dados da SCIELO, Portal de Periódicos da CAPES, Revista Serviço Social e Saúde, no período de 2012 a 2022.

A presente pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará - UFPA, aprovado sob parecer número 5.400.417. Obedecendo ao que se preconiza nas exigências éticas e científicas orientadas pela Resolução 466/2012, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

A respeito da caracterização sociodemográfica das participantes, a idades variam entre 19 e 36 anos de idade. Sobre o estado civil, 50% possuem união estável, 30% são casadas e 20% solteiras. A respeito do que seja a união estável, compreende-se que ela se estabelece pela convivência pública, contínua e duradora sob o mesmo teto ou não, entre homem e mulher não ligados entre si pelo casamento, com a intenção de constituir família (FIUZA, 2005, p. 969). Sobre a escolaridade, apenas 40% possuem ensino médio completo, 30% ensino fundamental incompleto e 30% ensino médio incompleto.

A discussão traz a reflexão do exercício profissional do/a Assistente Social nos espaços institucionais, inserida na área da saúde em residência multiprofissional, com suas especificidades e sua importância na construção de um projeto ético-político emancipatório, que busca a equidade no acesso aos serviços e aos direitos sociais e de saúde na particularidade de vida dos sujeitos. E por fim, trazer a reflexão do Serviço Social no âmbito hospitalar, na perspectiva de defesa dos direitos da população-usuária na viabilização de espaços de escuta e voz das mulheres atendidas.

2 A PRODUÇÃO DE SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA

A política de saúde no Brasil, inserida no contexto da sociedade capitalista contemporânea, encontra-se demarcada por processos crescentes de mercantilização, numa lógica privatista e individualista, em contraste com referências de atenção à saúde

PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS

conquistadas pela Reforma Sanitária e do caráter público e coletivo, que se defende no Sistema Único de Saúde- SUS.

Ainda, como um modelo de medicina, a partir do séc. XIX, associada aos interesses do capitalismo, sendo usada para reduzir a mortalidade entre trabalhadores, para atender às demandas de reprodução do Capital, em ter mão de obra com melhores condições para o processo produtivo. Logo, com o avanço industrial e da medicina com novas tecnologias e medicamentos, abre um mercado lucrativo aos interesses para indústrias e empresas, que se estende também para a gestão dos serviços de saúde, com processos amplos e recorrentes de terceirização dos estabelecimentos públicos de saúde.

Para Bravo (2013) o desenvolvimento das forças produtivas faz com que os cuidados médicos sejam ampliados à nova classe emergente (o proletariado), que apresentavam reivindicações importantes. Essas condutas de controle diziam respeito às necessidades alimentares, de trabalho e lazer como forma de suavizar os conflitos sociais por meio desses serviços médicos. Outra importante reflexão é a necessidade, em uma perspectiva produtivista, do olhar à saúde do trabalhador como forma de prevenir adoecimentos que pudessem os impedir de trabalhar, onde Bravo (2013) afirma que o objetivo desta prática é de garantir maior produtividade e retorno mais breve à produção, diminuindo o absenteísmo.

Ainda no contexto de emergência do capitalismo monopolista no Brasil, na década de 30, há o processo de industrialização e acelerada urbanização, onde Getúlio Vargas assume a presidência da república com o discurso desenvolvimentista, de modificações no campo das políticas públicas e sociais para “melhorar” as condições de vida da população, omitindo-se que muitas dessas políticas foram frutos de pressão e revoltas da classe trabalhadora.

No que tange à política de saúde nesse período, ela foi dividida em dois setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. A saúde pública oferecia “condições mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo” (RAICHELIS, 2009, p. 91). Ou seja, a população que não estava diretamente ligada ao setor produtivo não era mão de obra imediata para as fábricas e não era considerada prioridade.

PROMOÇÃO



APOIO



A medicina previdenciária surge com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), destinados aos trabalhadores assalariados e ao acesso aos serviços de saúde, a exemplo dos Marítimos, Bancários, Industriários, Servidores do Estado, Empregados em Transportes e Cargas e Comerciais, aqueles mais diretamente localizados em ramos produtivos importantes para esse tal desenvolvimento buscado.

A mobilização social em busca de acesso universal e igualitário à saúde começa a partir de discussões acerca da necessidade de uma Reforma Sanitária, iniciada nos anos de 1970, sob liderança de Sérgio Arouca, sanitarista que defendia o fim da ditadura militar e a universalização do acesso à saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre os dias 17 e 31 de março de 1986, foi o marco histórico e de adensamento da proposta da Reforma Sanitária, com a afirmação da responsabilização do Estado à garantia dos direitos básicos para a população brasileira, na perspectiva de a 'saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'O financiamento setorial', que foram os temas da referida conferência.

Frutos do movimento de Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde e do adensamento das discussões e mobilizações por uma saúde pública para todos, foi sancionada a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde em todo o território nacional, materializando as reivindicações do processo de luta da sociedade civil organizada. Os profissionais da saúde e a comunidade acadêmica, protagonistas principais, afirmavam a necessidade da reformulação da política de saúde no Brasil, sob um viés democrático, universal e igualitário, pautados na universalidade de acesso, integralidade de assistência, preservação de autonomia das pessoas, igualdade da assistência, direito à informação, entre outros. (BRASIL, 1990)

Mesmo diante dos avanços políticos que a Constituição Federal de 1988 trouxe para o campo da seguridade social (previdência, assistência e saúde), os anos 90 transcorrem com forte desmonte das políticas sociais e públicas como a saúde, pela gestão neoliberal do Estado brasileiro, com medidas de reforma, desfinanciamento e privatizações, retirando da responsabilidade do Estado a execução de serviços públicos essenciais. Além disso, aqueles serviços que ainda estão sob gestão pública são

insuficientes e estão precarizados para oferta de atendimento, desmonte que se aprofunda nos tempos atuais.

No Brasil, apesar dos avanços da Política do Sistema Único de Saúde, o SUS vem a cada ano perdendo mais recursos, onde, por causa das desestatizações totais ou parciais, assiste-se a uma privatização do SUS de dentro para fora. Paralelamente, o mercado de planos privados de saúde se multiplica, no entanto, sem cobertura de procedimentos de alta complexidade que acabam sendo atendidos na rede pública.

A desresponsabilização do Estado pelos gestores públicos reflete significativamente nas condições de vida da população e na capacidade dos serviços de saúde de prestar a assistência necessária, onde o SUS encontra-se sobrecarregado, com poucos recursos humanos e materiais, com serviços cada vez mais reduzidos, numa lógica de precarizar para privatizar.

Nesse sentido, o “sistema” de saúde realmente existente pode ser compreendido como orgânico a uma sociedade capitalista periférica, imersa em lutas de classe. É possível que segmentos políticos do campo progressista não tenham identificado, oportunamente, a financeirização da saúde, subestimando o poder acumulado do capital, sobretudo na passagem do século XX para o XXI. (SOUZA *et al.*, 2019, p. 2786)

Mesmo diante desse contexto adverso, nas últimas décadas, o SUS resiste por meio da luta incansável de seus profissionais, como assistimos no enfrentamento à covid-19, e organizações sociais, do ensino, da pesquisa e outros, que continuamente buscam afirmar os seus princípios basilares, com reforço do compromisso com a população e com acesso igualitário e humanizado. A criação das residências multiprofissionais, a Reforma Psiquiátrica, o Programa de vacinação e tantas outras ações das mais de três décadas de existência do SUS mostram a potência desse e a necessidade de sua defesa como patrimônio da sociedade brasileira.

2 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

O Serviço Social surgiu no século XX, em decorrência das contradições criadas pela relação capital versus trabalho, quando “[...] o capitalismo consolida sua hegemonia a nível mundial” (BRAVO, 2013, p. 21) e necessitou controlar os problemas

sociais que surgiam da exploração do trabalho e que geravam e continuam gerando a pobreza e outras expressões de âmbito social.

Sobre o Serviço Social, “[...] o profissional intervém, ainda, na criação de condições favorecedoras da reprodução da força de trabalho, através da mediação dos serviços sociais, implementados pela política social do Estado” (IAMAMOTO, 1982, p.98). Nisso, vê-se a nítida vinculação da profissão à divisão sociotécnica do trabalho, assumindo funções de reprodução social.

Ao ser institucionalizada como profissão, tem por objetivo enfrentar expressões da questão social, produzida pela desigualdade crescente na produção da riqueza socialmente produzida, mas apropriada de forma particular, onde o Estado capitalista assume a tarefa de regular condições de concessão e disciplinamento para manter a classe trabalhadora sobre controle e manter o ciclo de produção e dominação constante.

O serviço social, assim como outras profissões, é chamado a participar desse processo por meio de políticas públicas dentro e fora do Estado para a contenção dos efeitos agudizados resultante da contradição capital versus trabalho expressos na pobreza, na fome, na violência, no adoecimento, dentro outras expressões da questão social produzida pelo sistema capitalista.

No Brasil, a formação profissional é iniciada pela ala cristã católica, que forneceu os primeiros subsídios para a profissão de cariz confessional e caritativa. Migrando posteriormente para influências positivistas, apesar de pouca alteração, no que o Serviço Social defendia um posicionamento conservador, de manutenção do sistema, com atuação voltada basicamente ao enquadramento e disciplinamento moral e ajustamento social. Uma alteração significativa desse enfoque se dará a partir da década de 1970, através da influência do marxismo e da fenomenologia, que movimentou, no interior da classe profissional e nos centros de formação no Brasil e na América Latina, uma série de debates sobre o fazer, as referências teóricas-metodológicas, identidade e direção social da profissão.

Autores como Bravo (2013) e Iamamoto (1998), apontam a presença do Serviço Social nas políticas de saúde a partir dos anos de 1930, com atuação embasada no ajustamento às orientações a normas prescritas e dos serviços com funções auxiliares,

como de “secretárias” de médicos, a qual tinham como objetivo conhecer a realidade social do paciente para repasse, onde suas funções consistiam em:

Triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente para ajudar o médico no tratamento, distribuição de auxílios financeiros para ajudar o médico no tratamento, distribuição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente à instituição com a obtenção de sua confiança. (BRAVO, 2013, p. 156)

As atribuições auxiliares eram subordinadas à ciência médica, com desconsideração dos vários determinantes dos processos de adoecimento, focado na responsabilização de sua própria condição de vida e saúde, ausentando a responsabilidade estatal e das condições de exploração do capital e as mazelas por ele produzidas. Outra função requisitada à intervenção do/da assistente social era a aceleração do processo de internação e/ou resolução dos problemas sociais que despontavam no interior dos serviços e agilizar e diminuir o custo das hospitalizações (BRAVO, 2013, p. 164).

É na década de 1980 que a profissão amadurece em uma perspectiva de profissão com projeto ético-político de intenção de ruptura para com os ideais conservadores, os preceitos cristãos e positivistas de ajustamento e controle social.

Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura, (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira) mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 7)

A década de 1990 irá significar um marco do avanço teórico-metodológico, ético-político e normativo do Serviço Social brasileiro, com consolidação de uma identidade profissional aliada às lutas dos trabalhadores. Aliado a isso, põe-se na defesa de um horizonte ético e político de emancipação dos sujeitos, na defesa de valores de liberdade, democracia, da não discriminação de qualquer ordem, dentre outros. Requisita uma apreensão crítico-analítica e interventiva dos processos e demandas de trabalho e recusa qualquer prática de autoritarismo e preconceito.

A profissão assume valores fundamentais descritos no Código De Ética de 1993 e atribuições na Lei de Regulamentação da Profissão³ que estabelece as atribuições a desempenhar. O serviço social busca então, por meio das políticas sociais, a viabilização dos direitos sociais da classe trabalhadora e condições de vida melhores a todos e todas, uma ação consciente e com capacidade de atuar na realidade numa perspectiva de transformações, com desocultação das contradições e determinações constitutivas das expressões da questão social em que atua.

No campo da saúde, o assistente social, conforme Resolução No 383/99 de 29/03/1999 do CFESS, é considerado um profissional da saúde, visto que tem o trabalho reflexivo sobre as desigualdades sociais, e utiliza de suas atribuições e técnicas para dar direcionamentos para o acesso à saúde, a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença ligados às condições de vida da população, em seus aspectos socioeconômicos, territoriais, culturais e outros. Dessa forma:

O Serviço Social se sobressai no endosso ao reconhecimento dos fatores condicionantes e determinantes e da saúde da população – trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, saneamento básico, acesso aos bens e serviços essenciais, como expressões da questão social.” (SARRETA, 2008, p.40).

Todavia, a profissão tem enfrentando desafios em seu processo de amadurecimento crítico-profissional, com as transformações societárias atuais, que atingem a profissão no que concerne à formação profissional deficitária de conteúdos consistentes para a apreensão crítica da realidade, acompanhada do avanço do neoconservadorismo, que faz com que parcelas da profissão expressem desejo de retorno da profissão à caridade e ao ajustamento moral, dentre outros fatores que põem em risco as conquistas e o futuro da profissão. Obviamente, há de se ressaltar que isso não se dá sem a resistência de suas entidades de classe e de inúmeros profissionais na defesa da profissão ante aos projetos em disputa.

3 O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

³ (Lei no 8.662, de 7 de junho de 1993)

A inserção do Serviço Social no programa de Residência Multiprofissional é uma conquista e uma forma de reconhecimento da sua importância nesse campo. Esse programa no âmbito do SUS tem oportunizado aos profissionais a possibilidade de relacionar o ensino e a prática de suas profissões no atendimento às demandas dos serviços de saúde, assim, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção em saúde, sendo institucionalizada pela Lei no dia 11.129 de 30 de julho de 2005, e tendo como característica ser uma especialização (pós-graduação *latu sensu*) baseada no ensino e prática.

A residência multiprofissional pode ser tida como um dos primeiros campos profissionais de atuação do Assistente Social após a graduação, sendo entendida como uma oportunidade de assalariamento de forma mais imediata, o que cria a possibilidade do profissional ser inserido mais rápido ao mercado de trabalho. Um dos desafios que se apresenta no interior da residência e cotidiano profissional é compreender o papel do/da Assistente Social na saúde, principalmente pela ausência, na graduação, de espaço de conhecimento e discussões sobre ele.

O Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFESS) tem contribuído com a criação de referências técnicas e normativas, onde os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” (2010), tem ajudado a conhecer e discutir o papel do Assistente Social no campo da saúde, indo além de estabelecer as atribuições e competências do profissional, mas problematizando o Serviço Social em sua trajetória de constituição e o processo de desvinculação da profissão com o Serviço Social Médico, de base conservador de ajustamento social, aproximando-se dos sujeitos sociais e coletivos para a compreensão de fatores sociais e econômicos para garantir o direito à saúde pública e de responsabilidade do Estado.

Este documento tem pautado a atuação dos/das residentes, que no caso aqui discutido, a área da Saúde da Mulher e da Criança. O Assistente Social na área da saúde desenvolve suas ações por meio de quatro eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. (CFESS, 2010). Identifica-se na atuação na saúde da mulher e da criança a materialização do atendimento direto aos

usuários, em que o profissional realiza ações socioeducativas que visam democratizar as informações por meio de:

[...] orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos, 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; 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; 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. (CFESS, 2010)

No cotidiano dos serviços de saúde, o Serviço Social apresenta-se como uma categoria profissional importante para apoio e orientação aos usuários nos processos de internação, permanência e alta hospitalar, com intervenções socioeducativas para compreensão da rotina hospitalar e dos procedimentos a serem realizados, a visibilizar particularidades dos sujeitos que são negligenciados e/ou invisibilizados pelos profissionais médicos e não médicos.

O/A Assistente Social tem o compromisso com o acolhimento, a escuta, o acompanhamento, a realização de orientações sociais aos usuários, familiares e membros de sua comunidade, que fazem parte dessa rede de cuidados, entendendo-os enquanto sujeitos de direitos e principais participantes do seu processo de saúde-doença.

Nisso, o profissional precisa desenvolver em sua prática um olhar atento às reais necessidades dos usuários desses serviços, compreendendo a estrutura social, econômica e institucional que se reflete nas condições de saúde de que necessitam, para a redução dos agravos à saúde e processos de recuperação.

No que tange ao serviço no HSAMZ, apreende-se que, há processos de invisibilidade nos procedimentos e rotinas estabelecidas no âmbito hospitalar, de mercadores de gênero, classe e raça, que configura as populações atendidas e pertencentes ao território de vida dessas pessoas. A normatização da rotina de atendimento pela equipe de saúde acaba por deixá-la insensível e não enxergar que tudo o que está ocorrendo é desconhecido para as mulheres, principalmente daquelas que estão grávidas do (a) filho (a) primogênito (a).



Na maternidade, a equipe, de forma automática, realizava procedimentos sem a preocupação de dar segurança à mãe com informações claras e/ou se importar com suas dúvidas e medos. De acordo com fala da participante paciente:

“Lá na sala cirúrgica que o doutor foi muito assim, ele não foi ruim, mas eu acho que ele deveria não envolver política entendeu. Acho que não tem nada a ver uma história política na hora da cirurgia. To agoniada ali e a pessoa fica na brincadeira ‘ah porque Bolsonaro porque tem que votar’. Tem que separar, eu estava já nervosa um pouco agoniada com o que estava acontecendo ali, eu não tinha entendido o porquê que eu fui direto pra sala cirúrgica. Olha a enfermeira não falou ‘olha tu vai para a sala devido isso e isso. Não. Só me mandaram para lá. Eu entendi devido ao sangue, imaginei isso, mas nenhum momento chegou comigo para conversar sobre isso.” (Participante A).

As falas do médico demonstram a utilização de seu cargo para impor a sua ideologia política, fazendo com que a paciente se sentisse desconfortável e irritada por lidar com situação de manipulação em um momento que deveria ser de respeito e lembranças positivas. Concorde-se que “[...] esse tipo de violência é por vezes velada, sutil, e ocorre numa relação de subordinação, submissão e dominação, e que não é reconhecida como tal, nos serviços de saúde.” (BRILHANTE; JORGE, 2020, p. 6), mas que também é por vezes banalizada no atendimento a segmentos empobrecidos.

Assim como, negação de saberes e existência de procedimentos que podem caracterizar processos de violências, que compromete princípios e diretrizes do SUS e de uma assistência integral e de qualidade, assim como violadores de direitos, do qual o Serviço Social não pode ficar omissos. As entrevistadas expõem fatos sobre a rotina institucional que experimentaram desde o pré-parto ao pós-parto.

“Eu falei que estava sentindo que ia nascer agora, deitei na cama fiquei fazendo força e nasceu. Elas chegaram e já tinha nascido meu filho, tive com minha mãe, só nós duas, não tinha ninguém. Aí minha mãe chamou ela, falaram que já tinha nascido a criança e elas vieram fazer o trabalho delas mesmo, me limparam, botaram no meu colo e me passaram pela médica.” (Participante B).

A partir das falas, notou-se situações danosas que nem sempre são identificadas como violência por essas mulheres. Da mesma forma os profissionais também naturalizam certa conduta como correta e não dolosa, o que permite que essas situações se vejam fortemente enraizadas nas práticas de assistência, ainda que haja avanços no sentido de reflexão de suas implicações.

A violência institucional pode se apresentar dentro de um contexto simbólico ou estrutural, em que é utilizado do poder do cargo profissional e da condição de ser homem para violar direitos básicos de mulheres que se encontram com algum tipo de vulnerabilidade no momento de seu parto, com abandono de atendimento, humilhação intencional, constrangimento, imposição de decisões profissionais [...]” (MARRERO, 2020, p. 4) sobre as necessidades das mulheres.

Diante da realidade apresentada pelas participantes da pesquisa, compreende-se que o trabalho do Assistente Social nesse espaço é fundamental para prevenir os índices de violência obstétrica nos serviços de maternidade. A profissão do Serviço Social não pode intervir em todas as dimensões que envolvem a violência institucional nas maternidades, por envolver aspectos maiores, como investimentos, ação do Estado e atuação das demais profissões, mas tem o desafio de implementar em sua prática ações voltadas para a orientação, com linguagem adequada e acessível, dos direitos em todos os seus aspectos, e, para além disso, estar presente nesses espaços, explicar às usuárias que o profissional está à disposição, fazê-las entender que aquele momento é dela e para ela.

3 CONCLUSÃO

Nota-se a necessidade de ampliar essa discussão dentro do campo do Serviço Social, onde a profissão tem papel primordial de desenvolver com seus instrumentos e técnicas, um trabalho humanizado e pautado atuar na defesa dos direitos humanos ante a possíveis violações, bem como a prevenção dessas.

O profissional Assistente Social deve atuar para além do caráter emergencial e burocrático da instituição, sendo ele o profissional que irá direcionar os usuários ao entendimento de seus direitos na saúde e em busca de garantir a assistência adequada e a prevenção de violação de direitos. Apesar das práticas invasivas causarem desconforto às pacientes, algumas não têm a dimensão e compreensão das violações, pois são naturalizadas na sociedade, e não as questionam devido a cultura hierárquica de detentores de conhecimento científico serem tomados como possuidores da verdade absoluta.

Por isso, apesar de o Assistente Social encontrar-se na mediação entre instituição e usuário, o profissional tem em seu Código de Ética a defesa intransigente dos Direitos Humanos, e a classe trabalhadora como sujeito central das ações e de suas intervenções profissionais, com objetivo de viabilizar e garantir a sua emancipação social.

O Serviço Social deve ser, quando a própria mulher e/ou família não puder fazer, a porta voz na denúncia e reivindicações dentro e fora das instituições, apoiando as usuárias em suas demandas, em vista a aprimoramento rotinas e práticas de atenção à saúde, com estímulo a capacitações e monitoramento na busca de atendimento humanizado.

Pontua-se a importância da Residência Multiprofissional na qualificação e formação profissional, pois o residente tem a possibilidade de aproximar-se das realidades apresentadas no cotidiano institucional e contribuir para a melhoria do serviço por meio dos conhecimentos adquiridos no decorrer dos dois anos, das inquietações e problematizações de práticas consideradas ultrapassadas e prejudiciais aos usuários do serviço de saúde. Por isso, deve ser reconhecido como profissionais capacitados que se encontram em educação continuada para garantir o melhor serviço e contribuem para a instituição da qual fazem parte.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Resolução CFESS n. 383/1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1ed. – São Paulo : Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inêsde Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS,

BRILHANTE, Ana Paula Cavalcante Ramalho; JORGE, Maria Salette Bessa. Institutional violence in high-risk pregnancy in the light of pregnant women and nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2020, v. 73, n. 5.

PPGPP
30 ANOS

JOINPP
20 ANOS

XI Jornada
Internacional
Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023

CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010;

FIUZA, César. Direito civil: curso completo, 9. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2006. 1083p Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 570 de 01 de junho de 2000. **Institui o Componente I do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento** - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União (DOU) Brasília, DF; 2000 jun 8, Seção I, p.114-6.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez/Celats, 1982.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. CIÊNCIA, TÉCNICA E ARTE: O DESAFIO DA PESQUISA SOCIAL. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais no Brasil no período de 1999 a 2004: Quem paga a conta?. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** 4a ed. – São Paulo: Cortez: Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

SARRETA, Fernanda Oliveira. O trabalho do Assistente Social na saúde. **Ciência et Praxis v. 1, n. 2, (2008).**

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva, 24(8):2783-2792, 2019.**

PROMOÇÃO



APOIO

