



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Trabalho, questão social e serviço social.

REFLEXÕES ACERCA DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)

Karopy Ribeiro Noronha¹
Eliane Rodrigues²

Resumo: O presente trabalho tem como objeto o processo de trabalho do assistente social na linha de cuidado materno-infantil. Busca-se, através do relato de experiência, trazer ao centro do debate a realidade vivenciada pelos profissionais e os entraves que acometem o processo de trabalho. Se objetiva uma reflexão sobre o fazer profissional e as condicionantes que abarcam a população atendida.

Palavras-chave: Processo de trabalho; Serviço Social; Mulheres.

Abstract: The present work has as object the work process of the social worker in the maternal and child care line. Through the experience report, it seeks to bring to the center of the discussion a reality experienced by the professional and the obstacles that affect the work process. If it is a research on the professional and as conditioning factors that embrace the population served.

Keywords: Work process; Social Service; Women.

Introdução

As políticas direcionadas à saúde da mulher foram incorporadas ao Estado ainda na primeira metade do século XX, e tinham como foco o atendimento voltado para o processo de gestação e puerpério. Dessa maneira, as políticas não contavam com uma leitura da totalidade vivida pelas mulheres e eram focalizadas apenas em estágios específicos da vida reprodutiva, sob uma perspectiva que não concebia o papel da mulher na sociedade como sujeito de direito, e sim como mera reprodutora do ciclo que antes já foi implicado às mulheres, o da dona de casa e mãe.

Este modelo foi fortemente criticado pelo movimento de mulheres, que se posicionou em relação às problemáticas da política. Sobre a articulação da luta das mulheres por direitos civis e direitos a saúde, (DAVIS, 2016) pontua:

Não foi coincidência o fato de que a consciência das mulheres sobre seus direitos reprodutivos tenha nascido no interior do movimento organizado em defesa da igualdade política das mulheres. Na verdade, se elas permanecessem para sempre sobrecarregadas por incessantes partos e frequentes abortos espontâneos, dificilmente conseguiriam exercitar os direitos políticos que poderiam vir a conquistar. (DAVIS, 2016, p. 210).

¹ Estudante de Graduação, Universidade Federal de Santa Maria, E-mail: karopyr@gmail.com.

² Profissional de Serviço Social, Hospital Universitário de Santa Maria, E-mail: karopyr@gmail.com.

Como resposta a política que não abarcava a realidade das mulheres, o movimento feminista, é aliado na reivindicação de que a política de atenção à saúde da mulher fosse reformulada, para que englobasse as problemáticas do processo saúde-doença das mulheres sob uma perspectiva humanizada, atendendo as mulheres do começo ao fim da vida reprodutiva e valorizando suas vivências.

É importante compreender que esse momento de efervescência na luta feminista ocorria simultaneamente ao movimento de reforma sanitária, esse que lutava pela implementação de um sistema de saúde, gratuito, de qualidade e que abrangesse a realidade dos brasileiros. Nesse sentido, a análise dos direitos sexuais, sob a perspectiva feminista reivindicada nesse contexto, afirma que

Os direitos reprodutivos dizem respeito à saúde sexual e reprodutiva; à sobrevivência e à vida; à liberdade e segurança; à não discriminação e respeito às escolhas; à informação e educação para possibilitar decisões; à autodeterminação e livre escolha da maternidade e paternidade; à proteção social à maternidade, paternidade e família. (Ventura, 2009, p.19).

O Movimento da Reforma Sanitária, o qual deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), emerge seguidamente ao movimento de Reconceituação do Serviço Social, que teve seu início na década de 60 e que manifestava-se com a proposta de ruptura da profissão com o conservadorismo, com base no debate e no aperfeiçoamento do materialismo-histórico, questionando a ordem dominante do capital. Estes dois momentos estão diretamente ligados a inserção do assistente social na saúde e ambos tinham como questão central o apelo por uma leitura crítica da realidade, que abrangesse as demandas e respondesse a sociedade com a criação e ampliação de políticas e direitos.

Foi somente a partir da incorporação do novo conceito de saúde, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que prevê como condicionantes e determinantes em saúde a habitação, saneamento básico, a renda, a educação, entre outros; que a área da saúde se transforma no principal campo de atuação dos assistentes sociais, justamente por absorver um contingente expressivo destes profissionais.

Sobre a inserção do assistente social no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), podemos inferir que o primeiro assistente social que compôs o quadro desse hospital público em 1975, cedido de outro espaço público para atender exclusivamente os pacientes internados na unidade de psiquiatria. O primeiro concurso público se realizou em

1980, com a ampliação dos profissionais e necessidade de inserção em demais espaços do hospital universitário.

O fazer profissional dos assistentes sociais, na época em questão, direcionava-se a ações pontuais oriundas de demandas emergenciais, como por exemplo a liberação do vale-transporte para pacientes em tratamento continuado, e a liberação de vale-alimentação para os familiares dos pacientes no refeitório do HUSM, já que o profissional trabalhava em regime de plantão social, atendendo a todas unidades do hospital – setores de internação e ambulatorial. Essas ações se davam em função do contexto histórico da época, onde as políticas públicas se caracterizavam como seletivas, fragmentadas, excludentes e setorizadas. Especialmente pela dificuldade da gestão do hospital compreender o papel do assistente social como fazer específico que pode contribuir nos processos de prevenção e promoção, recuperação de saúde, especialmente com a confluência dos movimentos sociais e reforma sanitária advindas desse período.

Diante da necessidade de ampliar a cobertura de atendimentos, viabilizar o acesso aos direitos e trabalhar na lógica da humanização, o HUSM viu a necessidade de ampliação de profissionais do Serviço Social. Com base no princípio da saúde como um direito social do cidadão e cidadã brasileiro/a, o Serviço Social insere-se na equipe multidisciplinar do hospital-escola contribuindo para o fortalecimento da política de saúde, especialmente em tempos marcados pela precarização dos serviços públicos e das condições de trabalho dos trabalhadores.

O Processo de Trabalho do Assistente Social no HUSM

O projeto da reforma sanitária, construído na década de 80, tem como estratégia a criação e fortalecimento do Sistema Único de saúde (SUS), fruto das lutas e mobilização dos profissionais da saúde e da população usuária, articulando os movimentos sociais, que entendiam a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Com aspectos relevantes tais como referem Bravos e Pereira (2012, p. 202): “a democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações em saúde”.

O assistente social que atua na linha da materno-infantil, objetiva em seu fazer profissional o atendimento de mulheres e suas famílias, no que se refere a atenção durante o processo de gestação, parto e pós-parto imediato, especialmente durante o período de internação hospitalar. Dessa forma, o processo de trabalho do assistente social na maternidade abarca inúmeras questões oriundas da relação das mulheres para com seu

corpo e seu cotidiano, e muitas vezes, esta relação é atravessada pelos múltiplos papéis que estas mulheres exercem para além da maternidade.

A relação das mulheres com a maternidade, expressam um momento da vida que podem impactar na relação e no binômio mãe-bebê, já que trata-se de uma maternidade pública, muitas vezes, estas mulheres são advindas de contextos de extrema vulnerabilidade social, como expressões advindas do uso abusivo de drogas, gestações não planejadas ou indesejadas, gravidez na adolescência, inexistência de rede de apoio familiar, relações precarizadas de trabalho, sem vínculo formal de emprego, baixa escolaridade e multiparidade.

Por trata-se de uma maternidade inserida em um hospital regional, que abrange municípios de duas coordenadorias de saúde, e pelo fato da internação compreender o momento do trabalho de parto, parto e puerpério, o assistente social inserido neste cenário, por vezes, tem dificuldade de elaborar ações que compreendam toda a complexidade advinda deste momento de vida dos sujeitos e traçar estratégias que possibilitem rupturas nas expressões advindas do contexto social dessas mulheres, visto que existe uma grande rotatividade de usuárias e por consequência, um número expressivo de demandas.

O primeiro aspecto, em relação à rotatividade das usuárias, nota-se que dificulta o estabelecimento e fortalecimento do vínculo da usuária com os profissionais do serviço, o que muitas vezes resulta no retorno das mulheres, em especial das adolescentes, para o atendimento de um novo processo de gravidez indesejada. Este aspecto também pode ser compreendido, visto a pouca iniciativa dos profissionais da atenção básica em relação a ampliação do olhar das mulheres em relação a seu corpo, e planejamento de ações que visam a ampliação da discussão dos direitos sexuais e reprodutivos em espaços específicos do território destas mulheres, como a atenção básica, os Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e as escolas. O segundo aspecto, talvez o mais importante, nos remete a subjetividade das usuárias e sua realidade, estas que muitas vezes se encontram em conflito com sua rede de apoio e possuem as mais variadas expressões da questão social e sua vulnerabilidade, como dito anteriormente.

Para o assistente social que atua na linha de cuidado, é necessário compreender a intencionalidade das ações, e apreender os instrumentais utilizados no processo de trabalho. Na materno-infantil a escuta sensível e o acolhimento são os principais instrumentais, isso porque o processo de gravidez muitas vezes é um momento difícil para as mulheres, não só pela chegada de um novo filho, mas também pelas demandas que já foram construídas antes dessa chegada.

Na saúde, o objetivo do assistente social é a compreensão dos determinantes sociais, culturais e econômicos que interferem nos processos de saúde-doença, buscando

estratégias político institucionais para o enfrentamento dessas questões, sempre considerando as dimensões subjetivas de vivência dos usuários com um olhar não fragmentados sobre essas expressões. (CFESS, 2010.)

O assistente social é o profissional que intervém na realidade com base em seu arcabouço, teórico-metodológico; ético-político e técnico-operativo. O fazer profissional se dá com base no conjunto dessas dimensões, tornando impossível a atuação do assistente social sem a articulação das mesmas. Nesse sentido, e com base no projeto societário o qual é defendido pela categoria de assistente sociais, se expressa de forma clara, quais são as competência e responsabilidade do profissional frente ao enfrentamento da questão social e suas mais variadas expressões.

Na alta-complexidade, e em especial na linha materno-infantil, a população que mais acessa é composta por mulheres que estão gestando e encontram dificuldades neste processo, seja por questões biológicas e físicas e até mesmo questões psicológicas e sociais, pois todas estas questões interferem no processo de gestação. No HUSM, apesar de ser uma maternidade que também atende gestação de risco habitual, em 2018, o hospital contratualizou com o Ministério da Saúde (MS) para tornar-se referência para atendimento a gestantes de alto risco, com intercorrências de saúde que podem afetar a vida do feto ou da mulher durante a gestação.

O atendimento do assistente social se dá por meio de solicitações da equipe de saúde ou livre demanda dos usuários, desde a entrada da mulher no centro obstétrico, sua passagem pelo alojamento conjunto, e/ou quando há necessidade do recém-nascido ser internado na unidade de terapia intensiva neonatal. Normalmente os profissionais solicitam a avaliação do assistente social devido a questões relativas a multiparidade, uso abusivo de drogas, gravidez na adolescência, gestação indesejada e desejo da mãe de encaminhar o recém-nascido a adoção; óbito intrauterino ou abortamento, doenças psiquiátricas pré-existentes e demais situações que possam contribuir para que haja situação de risco para gestante/puérpera e/ou recém-nascido.

Destas demandas emergentes percebidas pelas equipes de saúde, o assistente social, através da escuta sensível e de suas atribuições específicas, deve ser capaz de clarear junto às usuárias outras questões que se interpõe durante o processo de gestação, parto e puerpério. Muitas vezes, as mulheres apresentam questões relacionadas a permanência e internações prolongadas devido a inexistência de rede de apoio social e familiar, e principalmente, por terem o papel de cuidadoras dos filhos, sem a figura do pai. Estas questões relacionadas ao ambiente doméstico, emergem com frequência nos atendimentos, especialmente nos casos de gestações de alto risco, em que a mulher precisa permanecer internada.

As usuárias estão situadas em uma faixa etária de 12 a 50 anos de idade, em sua grande maioria passam pelo processo da segunda gestação, normalmente amparadas pela sua rede de apoio familiar. Esse fato não explicita a realidade em si das usuárias, sendo que existe uma parcela delas que estão desamparadas, não só de uma rede de apoio inexistente, mas também do poder público.

As gestações de mulheres na fase adulta são mais recorrentes, boa parte delas não planejou a gravidez e se encontra em atendimento por motivos de complicações de saúde. O HUSM, sendo referência na região centro do Rio Grande do Sul, atende mulheres de todas as localidades em torno de cidade de Santa Maria. A inexistência de maternidades habilitadas no interior do estado e a não realização de atendimento de pré-natal de alto risco nos municípios da região, constituem-se como entraves no atendimento territorializado e no estabelecimento de vínculos destas mulheres com os serviços de sua referência. Outro aspecto importante a ser ressaltado é que o acompanhamento pré-natal não é realizado pelo mesmo profissional que irá realizar o parto, isto para as mulheres grávidas pode se constituir em fator de estresse, insegurança e medo com o desfecho da gestação.

As barreiras no atendimento na atenção básica acarretam inúmeras questões que não são sanadas no atendimento da alta complexidade; ao contrário, invertendo assim o modo de entrada dos usuários no serviço, ou seja, as demandas que deveriam ser sanadas na atenção básica acabam por se somar e levam a usuária para a alta-complexidade que na realidade deveria ser a última ponta do serviço.

Neste sentido, a fim de articular a rede de atendimento de saúde e de proteção social, e observando o grande número de mulheres com baixo número de acompanhamento pré-natal, o assistente social da maternidade, busca realizar a contrarreferência dos pacientes através da articulação com a rede de atendimento. Frequentemente, as mulheres preferem ter baixa adesão ao pré-natal devido às dificuldades relacionadas ao acesso na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou pela dificuldade de diagnosticar a gestação no primeiro trimestre ou pela dificuldade de realizar os agendamentos na unidade de referência.

Estas questões colocam-se muitas vezes como contraditórias, uma vez que há uma legislação de proteção à criança desde o momento da gestação, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em que às mulheres são responsabilizadas pela não assistência a gestação. E ao mesmo tempo, ela também é penalizada pela forma excludente e burocratizada em que os usuários da atenção básica acessam os serviços. Normalmente, as mulheres relatam dificuldades de marcação de consultas, longas filas, muitas vezes tendo estas que dirigem-se às unidades de madrugada.

Conclusões

Portanto, existe um arcabouço jurídico que sustenta o direito à informação e por conseguinte, o direito de homens e mulheres a exercerem seus direitos sexuais e reprodutivos. Nota-se que ainda hoje, este tema é associado apenas a mulheres, mais uma vez transferindo as responsabilidades sobre o planejamento familiar e cuidados apenas a elas, excluindo dessa forma toda a responsabilidade por parte dos companheiros nesse processo, e ignorando as vivências das mulheres, que em sua grande maioria cumprem jornadas triplas de trabalho incluindo o cuidado com a casa e filhos. Torna-se então primordial para o pleno exercício desses direitos, que homens e mulheres possuam acesso aos instrumentos que são de responsabilidade do Estado.

Percebe-se que estas mulheres não desempenham só o papel de mãe, mas também de cuidadoras de outros familiares e responsáveis pelo mantimento da casa. Estas tarefas, que são concebidas também como trabalho, são de total responsabilidade das usuárias que estão sendo atendidas, por isso existe a necessidade de se analisar o todo da paciente e suas múltiplas demandas, especialmente daquelas mulheres que exercem atividade remunerada sem vínculo formal de trabalho, sendo além de responsáveis pelos filhos, responsáveis pela manutenção financeira da família. Se evidencia a necessidade da atuação do assistente social na linha de cuidado da materno-infantil, para que este seja um aliado no processo de construção de saber das/os usuários, viabilizando o acesso aos direitos.

REFERÊNCIAS

- CFESS. **Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf) . Acesso em: 22 jun. 2010.
- DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. 1. ed. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.
- BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política social e Democracia**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012
- VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009.