

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL COM A MATERNIDADE E USO DE
PSICOATIVOS NA ALTA COMPLEXIDADE**

JOICE MACIEL DE OLIVEIRA

**PORTO ALEGRE - RS
2018**

JOICE MACIEL DE OLIVEIRA

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL COM A MATERNIDADE E USO DE
PSICOATIVOS NA ALTA COMPLEXIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vanessa Maria Panozzo
Brandão

**PORTO ALEGRE - RS
2018**

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira, Joice Maciel de
O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL COM A
MATERNIDADE E USO DE PSICOATIVOS NA ALTA
COMPLEXIDADE / Joice Maciel de Oliveira. -- 2018.
91 f.
Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Maria Panozzo
Brandão.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2018.

1. Política de Saúde da Mulher. 2. Integralidade.
3. Intersetorialidade. 4. Trabalho Profissional. 5.
Maternidade e Uso de Psicoativos. I. Brandão, Profa.
Dra. Vanessa Maria Panozzo, orient. II. Título.

JOICE MACIEL DE OLIVEIRA

**O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL COM A MATERNIDADE E USO DE
PSICOATIVOS NA ALTA COMPLEXIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vanessa Maria Panozzo Brandão

Aprovado em _____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Vanessa Maria Panozzo Brandão
Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a Dr^a Dolores Sanches Wünsch
1^a Examinadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Janaíra Dorneles de Quadros Dávila (Assistente Social)
2^a Examinadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*Dedico este trabalho às mulheres,
que se tornam visíveis somente enquanto mães.*

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos que apoiaram a construção deste trabalho.

Em especial à minha professora orientadora, Prof^ª Dr^ª Vanessa Maria Panozzo Brandão, pela competência profissional, pela dedicação admirável e pela paixão com a qual ensina, que nos mobiliza a querer estudar e saber mais.

Às colegas, hoje amigas, Júlia, Manoella e Eriane, que enriqueceram minha trajetória com conhecimentos e sentimentos insubstituíveis, constituindo uma cúpula inigualável!

Às queridas Larissa e Natália, pelo apoio e suporte fundamentais.

Aos amados amigos Priscilla, Márcio, Luiza, Lucas e Norberto, por fazerem parte da minha vida, mesmo após a diversidade de caminhos que seguimos.

Aos primos Carla e Jader, porque amigos são a família que a gente escolhe!

Às colegas de trabalho, que apoiaram e contribuíram sempre que era necessário, incentivando para a superação das dificuldades.

Ao amor da minha vida, Flávio, obrigada por ser meu par nos sonhos e nas lutas, te amo imensamente.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso discute a promoção de ações de intersetorialidade pelos assistentes sociais na realização do trabalho com situações de maternidade e uso de psicoativos na alta complexidade. Propõe uma análise da concepção de saúde da mulher a partir das políticas públicas, abordando os conceitos de integralidade e intersetorialidade, considerando a importância dos fundamentos legais para a realização do trabalho. Ainda, aborda-se o trabalho profissional, enfatizando a inserção do assistente social na política de saúde a partir da década de 1980, realizando um breve resgate histórico do Serviço Social desde sua emergência. A partir da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social em uma maternidade pública na cidade de Porto Alegre, enfatiza-se a elaboração e execução do projeto de intervenção voltado para a promoção de intersetorialidade no atendimento às mães/mulheres usuárias de psicoativos e seus filhos/recém-nascidos. Por fim, se apresentam os resultados obtidos em pesquisa de campo com assistentes sociais trabalhadoras das maternidades públicas de Porto Alegre e Região Metropolitana, na qual participaram seis assistentes sociais por meio de entrevista semiestruturada, objetivando compreender como se constituem a promoção de intersetorialidade, a partir do reconhecimento das bases legais que definem os direitos das mães/mulheres e seus filhos/recém-nascidos e do projeto ético-político profissional.

Palavras-chave: Intersetorialidade, Integralidade, Política de Saúde da Mulher, Trabalho Profissional, Maternidade e Uso de Psicoativos.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| ABESS | Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social |
| ABEPSS | Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social |
| AIS | Ações Integradas em Saúde |
| CAPS – AD | Centro de Atendimento Psicossocial – Álcool e Drogas |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CE | Código de Ética Profissional |
| CEDEPSS | Centro de Pesquisa e Documentação em Serviço Social |
| CFESS | Conselho Federal de Serviço Social |
| COMPESQ | Comissão de Pesquisa |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social |
| CT | Conselho Tutelar |
| DSS | Determinantes Sociais em Saúde |
| FNEPAS | Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| JIJ | Juizado da Infância e Juventude |
| MP | Ministério Público |
| PAISM | Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PEP | Projeto ético-político |
| PROPESQ | Pró-reitora de Pesquisa |
| SAE | Serviço de Atendimento Especializado |
| SAF | Serviço de Atendimento Familiar |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SGEP | Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa |
| SISNAD | Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas |
| SUDS | Sistema Unificados e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Trabalho de Conclusão de Curso |
| TJRS | Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| US | Unidade de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2 CONCEPÇÕES DE SAÚDE DA MULHER NAS POLÍTICAS PÚBLICAS | 12 |
| 2.1 INTERSECÇÕES ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER E A POLÍTICA DE DROGAS..... | 13 |
| 2.2 INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE..... | 26 |
| 3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1980: TRANSFORMAÇÕES NA PROFISSÃO E O TRABALHO COM MATERNIDADE E USO DE PSICOATIVOS | 33 |
| 3.1 CONSIDERAÇÕES DAS TRANSFORMAÇÕES NA PROFISSÃO E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE..... | 34 |
| 3.2 MATERNIDADE E USO DE PSICOATIVOS: A INTERVENÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE | 44 |
| 4. ANÁLISE DA REALIDADE: EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO E O PROCESSO DE PESQUISA NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DE PORTO ALEGRE E REGIÃO METROPOLITANA | 49 |
| 4.1 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE PÚBLICA..... | 49 |
| 4.2 A PESQUISA COM ASSISTENTES SOCIAIS TRABALHADORAS DAS MATERNIDADES PÚBLICAS DE PORTO ALEGRE E REGIÃO METROPOLITANA .. | 58 |
| 4.2.1 Análise dos dados | 62 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 81 |
| REFERÊNCIAS | 84 |
| APÊNDICE | 90 |

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho busca atender as exigências para a obtenção do título de bacharela em Serviço Social. É preciso destacar o quanto a sua elaboração transcende as experiências previstas no percurso formativo da estudante. Entre os inúmeros elementos que interagem na constituição do trabalho final, merecem considerações a relação com o saber, com os conhecimentos próprios da almejada profissão, e com os colegas e professores que contribuem de forma determinante para a formação de cada um.

Na trajetória acadêmica dentro do curso de Serviço Social, à medida que os fundamentos teóricos, históricos e metodológicos da profissão adquiriam sentido e eram problematizados, se desvelava a realidade social, permitindo a compreensão das competências profissionais, culminando no desenvolvimento do estágio obrigatório.

O estágio obrigatório adquire centralidade na formação, pois a partir dele é permitido ao estudante conhecer a realização do trabalho do assistente social, exercitar os conhecimentos da formação acadêmica, analisar a realidade e propor intervenções. Um momento que engloba uma série de sentimentos, em que as supervisões de campo e acadêmica significam muito, tanto no âmbito da orientação sobre os fundamentos da profissão, quanto no âmbito do acolhimento das angústias próprias de quem está aprendendo e descobrindo a realidade.

No contexto da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social, em uma maternidade pública em Porto Alegre, surgiu o tema de pesquisa. Na ocasião foi possível desenvolver a reflexão e problematização acerca do tema maternidade e uso de psicoativos, verificando a importância e a necessidade de instrumentalização profissional para o desenvolvimento das ações intersetoriais na realização do trabalho, como forma de garantir os direitos das mães/mulheres usuárias de psicoativos e seus filhos/recém-nascidos.

A partir disso, foi desenvolvido o trabalho que segue, em que se buscará responder ao seguinte problema de pesquisa: “Como se constitui a promoção de ações intersetoriais do trabalho do assistente social em situações que envolvem puérperas e/ou gestantes com histórico ou uso atual de psicoativos, nas maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana?”

Para tanto, serão abordadas as concepções de saúde da mulher, a partir das políticas públicas, verificando a existência ou não de intersecções com a Políticas de Drogas. Serão também discutidos os conceitos de integralidade e intersetorialidade, buscando subsídios para compreensão e análise posteriores. Propõe-se essa discussão a partir do reconhecimento da importância do fundamento legal enquanto parâmetro para a realização do trabalho e, também,

enquanto argumento de resistência e luta para a garantia de direitos das mulheres, contra a precarização das políticas públicas.

Na sequência, serão abordados os componentes do projeto ético-político da profissão, enfatizando a inserção do assistente social na política de saúde a partir da década de 1980, compreendendo a importância das transformações na profissão ao longo da sua constituição histórica. A temática maternidade e uso de psicoativos também será trazida e problematizada, como forma de compreender as particularidades das situações que configuram neste trabalho como objeto da possível promoção de ações intersetoriais.

Assim como referido anteriormente, a experiência de estágio faz parte deste trabalho desde a sua concepção, e será apresentada dando ênfase ao projeto de intervenção elaborado e executado durante o estágio. A partir do projeto buscou-se compreender as situações acompanhadas, identificando as necessidades sociais e as possibilidades de articulação com a rede de serviços, promovendo intersetorialidade, com objetivo de garantir direitos das mães/mulheres e seus filhos/recém-nascidos.

Por fim, com o intuito de possibilitar a compreensão da realidade, são trazidos os resultados da pesquisa de campo, com assistentes sociais trabalhadoras das maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana, cuja análise é feita a partir da metodologia da análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Assim como referido anteriormente, a pesquisa surge também a partir da experiência de estágio e contou com a motivação e incentivo determinantes da orientadora deste Trabalho de Conclusão de Curso, professora Dra. Vanessa Panozzo.

A pesquisa, caracterizada como qualitativa, foi intitulada “O(a) assistente social e a promoção de intersetorialidade no trabalho com maternidade e uso de psicoativo”. O universo da pesquisa foi composto a partir da identificação das assistentes sociais trabalhadoras das maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana. Foram identificadas e selecionadas 15 (quinze) maternidades públicas e suas respectivas assistentes sociais. Destaca-se o critério de que se entrevistaria no máximo uma assistente social por instituição selecionada. Ao todo, das quinze profissionais identificadas, participaram da pesquisa seis assistentes sociais, sendo duas trabalhadoras de maternidades públicas da região metropolitana e quatro da cidade de Porto Alegre. Ressalta-se que não foram identificadas as maternidades e as profissionais, com intuito de preservar o sigilo e não expor as profissionais e as instituições.

Espera-se, com este TCC, contribuir para a reflexão sobre o tema e sobre o trabalho do assistente social, de acordo com a direção social da profissão e seu projeto ético-político.

2 CONCEPÇÕES DE SAÚDE DA MULHER NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O aprofundamento reflexivo sobre o tema maternidade e uso de psicoativos traz a necessidade de compreender que as concepções acerca da saúde da mulher e seus direitos devem partir de fundamentos legais. Saber como funcionam os serviços, os fluxos e protocolos de atendimento, até o acesso das mulheres aos serviços de saúde, como um todo, que estão especificados e estabelecidos por meio de orientações, parâmetros, leis, etc. Reconhece-se a imprevisibilidade de situações e a carência de organização de algumas áreas de atendimento, como, por exemplo, os serviços de emergência, os serviços de saúde mental e as próprias maternidades. Porém, é preciso apontar que o atendimento às mulheres e as suas necessidades de saúde não deve se pautar na ação espontânea e individual do profissional que as atende, orientado por sua opinião ou juízo de valor. Deve, antes de tudo, observar o que estabelecem os documentos que compõem a política de saúde da mulher, planejando e executando o trabalho¹.

A importância do regramento legal, das orientações e parâmetros da política reside no fato de que o profissional que trabalha na saúde, assim como qualquer outro ser social, é conformado por inúmeros elementos. Partindo da concepção de que a sociedade é constituída por classes sociais em disputa, compreende-se que os modos de ser e viver são identificados na estrutura e superestrutura² social e são definidos a partir dessa luta de classes. A formação da estrutura e da superestrutura passa pela elaboração de uma ideologia proveniente também da luta de classes. Dessa forma, deve-se considerar qual ideologia é essa e como ela contribui definitivamente para a constituição da sociedade. Conforme Marx e Engels (2007, p. 47, grifo nosso)

As ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes, isto é, **a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante**. A classe que tem à sua disposição os meios da produção material dispõe também dos meios da produção espiritual, de modo que a ela estão submetidos aproximadamente ao mesmo tempo os pensamentos daqueles aos quais faltam os meios da produção espiritual.

¹ Considerando que: “Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. [...] Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços e pernas, cabeça e mãos –, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza” (MARX, 2014, p. 211).

² Conforme Althusser (1989), o termo superestrutura na teoria de Marx é identificado como uma expressão metafórica para explicar a reprodução da vida social conforme determinantes da produção capitalista.

Embora uma determinada política seja elaborada no contexto social de uma ideologia proveniente da classe dominante, ela também representa ruptura e resistência, com vistas à superação de algum aspecto da reprodução social. Na política de saúde destaca-se o potencial de resistência e superação materializadas na defesa dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990): universalidade³, integralidade⁴ e equidade⁵. Além disso, a produção acerca da saúde da mulher ajuda a estabelecer o funcionamento dos serviços sem exceções, variações ou exclusões, fortalecendo a concepção de direito e igualdade.

No entanto, para além do trabalho dos profissionais da saúde, é preciso considerar os problemas de gestão, orçamento, recursos humanos e materiais, entre outros, que interferem diretamente no funcionamento dos serviços de acordo com o que é estabelecido pelos regramentos legais. Além disso, muitas situações e necessidades de saúde trazem questões diversas que ultrapassam os limites da política de saúde, requerendo o entendimento de outras políticas e serviços que possam ser acionados pelos profissionais para a compreensão e execução do trabalho, garantindo os direitos dos interessados.

Nisso se enquadra a questão da maternidade e uso de psicoativos. Para garantir os direitos das mães/mulheres e filhos/recém-nascidos tem-se como uma das primeiras tarefas a necessidade de aprofundamento e reflexão sobre o regramento legal, que envolverá a política de saúde da mulher e a política de drogas, imbricadas na questão, que deverão embasar o trabalho dos profissionais.

2.1 INTERSECÇÕES ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER E A POLÍTICA DE DROGAS

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 2004) constitui-se historicamente como resultado de lutas diversas, tanto referentes aos Movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 1970, quanto ao movimento feminista brasileiro ao questionar o conceito de saúde da mulher centrado na perspectiva da reprodução.

³ Fundamento para a afirmação de que a saúde é um direito de todos e pressupõe que a sua garantia deve ser responsabilidade do Estado. (SOUZA, 2014).

⁴ Conceito que será discutido na sequência do trabalho.

⁵ “Definição formulada por Whitehead (1991), ou seja, equidade em saúde, para a autora, remete à noção de que, de acordo com os ideais, todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Consequentemente, equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas” (WHITEHEAD, 1991, *apud* VIANA, FAUTOS e LIMA, p. 59, 2003).

O Movimento da Reforma Sanitária trouxe o debate acerca da concepção de saúde, considerando as condições de vida das pessoas, propondo a democratização da saúde. No ano de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília, é formulado o ‘conceito ampliado’ de saúde, resultado da mobilização que se deu não só no Brasil, como também em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde. Conforme relatório da conferência,

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 04)

A partir disso, elaboraram-se os princípios que fundamentaram a proposta do SUS que, a partir da Constituição Federal de 1988, surge incorporado à seguridade social e, posteriormente, regulamentado pelas leis 8.080 (BRASIL, 1990) e 8.142 (BRASIL, 1990), estabelecendo a seguinte concepção,

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (...) dizem respeito também à saúde as ações que, (...) se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990, p. 01).

Percebe-se a fundamentação dos Determinantes Sociais em Saúde – DSS⁶, importante na constituição do conceito ampliado, reconhecendo a diversidade de elementos que interagem para a conformação da saúde do sujeito. A partir da Constituição de 1988 estabelece-se que, “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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 80, art. 196.).

Importante destacar que a efetivação do SUS na década de 1990 foi ameaçada pelo projeto neoliberal de sociedade, que “visa reduzir o papel do Estado e remeter a regulação da

⁶ Conforme Buss e Pellegrini (2007, p. 78): “[...] os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

saúde para o mercado” (MENDES,1994, p. 83). Nesse contexto o Movimento da Reforma Sanitária seguiu organizado, tensionando e buscando articulação com outros movimentos.

Dentre eles o Movimento Feminista, que possuiu forte influência para a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1984), anterior à Constituição de 1988, que representou uma ruptura em relação a concepção de saúde da mulher presente até então, foi pioneiro no reconhecimento da **integralidade** como fundamento para o conceito de saúde. Este programa incorporou os debates pautados pelo Movimento da Reforma Sanitária, constituindo-se junto ao SUS, a partir também do conceito ampliado de saúde, com base nos DSS.

Anos depois, o Ministério da Saúde, ao editar a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), estabelece para os municípios a garantia de ações básicas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. A partir da avaliação da política de saúde da mulher até então vigente, em 2003 a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica a necessidade de novas ações buscando atender a diversidade de necessidades, tais como das mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, etc.

Nesse contexto, a partir da breve retomada histórica, compreende-se o surgimento e a constituição da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004). Dentre outros elementos que serão abordados neste trabalho, inicialmente destaca-se a concepção de gênero trazida por esta política, rompendo com a perspectiva dualista de homem e mulher, construída e determinada socialmente, fortemente responsável pela conformação das concepções de saúde feminina e masculina.

A PAISM é destinada à população feminina acima de 10 anos, o que corresponde à 92,5% da população feminina brasileira, conforme censo demográfico (IBGE, 2010). Estima-se que entre as mulheres 70% sejam usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme documento da política elaborado no ano de 2004.

No documento desta política são encontradas considerações sobre diversas questões: atenção obstétrica, índices de mortalidade materna, abortamento em condições de risco, precariedade da assistência em anticoncepção (que apontava em 1996 alto índice de acesso à laqueadura tubária, em detrimento de outros métodos não definitivos), tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, influência da violência doméstica e sexual, a saúde das mulheres adolescentes, a saúde da mulher no climatério, saúde mental e relação com gênero, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres lésbicas, mulheres negras, mulheres indígenas, mulheres residentes e trabalhadoras rurais e também a mulher em situação prisional.

Alguns destaques devem ser feitos para compreender melhor as perspectivas e concepções para a efetivação da política em cada um dos aspectos trazidos no documento, servindo como parâmetro para o trabalho profissional de maneira geral, em qualquer que seja a situação de saúde apresentada. Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004, grifo nosso), consta “[...] o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis”. Esse compromisso se construiu a partir de uma trajetória histórica de lutas, marcada pela organização e reivindicação das mulheres, dando maior visibilidade as suas necessidades de saúde e pautando direitos que transcendiam a política de saúde.

Sobre o conceito de direitos humanos faz-se importante considerar a definição trazida por Barroco (2008, p. 02, grifo nosso),

A origem da noção moderna dos Direitos Humanos é inseparável da ideia de que a sociedade é capaz de garantir a justiça – através das leis e do Estado – e dos princípios que lhes servem de sustentação filosófica e política: **a universalidade e o direito natural à vida, à liberdade e ao pensamento**. Filha do Iluminismo e das teorias do direito natural, essa noção foi fundamental para inscrever os DH no campo da imanência, do social e do político.

Essa concepção contribui para dar maior concretude à noção de direitos humanos, permitindo constatar que a política de saúde da mulher apresenta comprometimento com as mulheres enquanto sujeitos de direito, considerando as necessidades que transcendem as questões físicas ou biológicas. Evidenciando, dessa forma, a superação de uma concepção anterior, em que o corpo da mulher representava somente a função de garantir a reprodução, que limitava o trabalho nos serviços de saúde ao ideal de saúde materna. Conforme traz o documento da política, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no ano de 1994, a saúde reprodutiva foi definida como

[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, **tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo**. (CIPD, 1994 *apud* BRASIL, 2004, p. 11, grifo nosso).

Sendo assim, compreende-se que os serviços de saúde da mulher devem ser ofertados conforme essa perspectiva, considerando a mulher para além de um corpo destinado à reprodução, rompendo definitivamente com qualquer prática ou concepção que nega o direito à liberdade sexual.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) também traz a humanização como fundamento, assim como prevê a Política Nacional de Humanização formulada em 2003, que propõem a humanização como diretriz transversal a todas as políticas e programas do SUS. De acordo com a política de saúde da mulher “[...] a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção⁷, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar” (BRASIL, 2004, p. 59). A partir deste fundamento, têm-se expressas as concepções de direitos humanos e sua relação interdependente com a garantia de saúde integral, evidenciando sua centralidade, assim como a perspectiva da humanização como fundamento do trabalho na política de saúde.

As diretrizes da política (BRASIL, 2004, p. 63-65) que citam a integralidade, a humanização, a articulação com outros setores, a promoção de saúde, etc., também contribuem na materialização das concepções de direitos humanos na saúde da mulher. Da mesma forma, nos objetivos da política identifica-se: “Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2004, p. 67). Identifica-se assim o comprometimento que a política de saúde pretende ter com a humanização, os direitos das mulheres e a concepção de integralidade.

No que se refere à temática da maternidade e uso de psicoativos, identifica-se que a política apresenta especial preocupação em relação à atenção obstétrica. Na apresentação da política encontra-se o seguinte,

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a **integralidade** e a **promoção da saúde como princípios norteadores** e busca consolidar os **avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica**, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004, p. 05, grifo nosso).

Nos objetivos específicos da política consta a promoção da atenção obstétrica e neonatal, de forma humanizada (BRASIL, 2004, p. 69 e 68). Para a garantia de tal objetivo

⁷ A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá em 1986, teve como principal produto a Carta de Ottawa (WHO, 1986), que define promoção da saúde como sendo o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

diversas ações são especificadas, entre elas a realização de um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a organização da rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal. Entre as razões para essa proposição, consideram-se as desigualdades sociais como fatores que contribuem diretamente para os índices de mortalidade materno-infantil. Compreende-se, dessa forma, que o pacto representa um movimento político em busca da qualificação da atenção obstétrica e neonatal, pautando estratégias que deem conta das necessidades de mulheres e recém-nascidos.

Posterior à publicação da política de saúde da mulher, em 2004, identificam-se diversas legislações que contribuem para o regramento dos serviços da atenção obstétrica, numa perspectiva dos Direitos Humanos e da Humanização. Entre elas tem-se a Lei Nº13.257 (2016, grifo nosso) que estabelece:

Art. 8º: É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, **atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral** no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Além disso, a portaria Nº1.020, de 29 de Maio de 2013, do Ministério da Saúde, especifica direitos de acesso à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, embasado também na Portaria Nº1.459 de 24 de Junho de 2011, do Ministério da Saúde, que institui a Rede Cegonha, dentro do Sistema Único de Saúde, que traz princípios específicos no que se refere a organização dos serviços de saúde materna e infantil.

Vinculado ao tema deste capítulo está a legislação brasileira sobre drogas. Com objetivo de verificar as consonâncias, intersecções e possibilidades de abordagem do tema maternidade e uso de psicoativos, tema deste trabalho, faz-se necessário considerar a trajetória histórica de mudanças caracterizadas pelas alterações frequentes. Elenca-se essa trajetória histórica a fim de compreender como a questão do uso de psicoativos sofreu mudanças e transformações que remetem aos respectivos contextos sociais, culturais e econômicos nos quais se deram. Dessa forma, ressalta-se a compreensão de que a trajetória histórica não deve ser resumida a mudanças em etapas. No entanto, abordar essa trajetória requer um trabalho de pesquisa e reflexão específico, por isso, ilustra-se a trajetória através das aprovações dos seguintes marcos legais:

- 1973: adesão ao Acordo Sul-Americano sobre Estupefacientes e Psicotrópicos;
- 1976: Lei nº 6.368 - separação figuras penais do traficante e do usuário, obrigatoriedade do laudo toxicológico para comprovação do uso;

- 1986: Lei nº 7.560 - criação do Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso – FUNCAB, a ser gerido pelo Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN, subordinado ao Ministério da Justiça;
- 1988: Constituição - tráfico de drogas como crime inafiançável e sem anistia;
- 1990: Lei de Crimes Hediondos (nº 8.072) - proibição do indulto (absolvição) e da liberdade provisória para o crime de tráfico de drogas, dobra dos prazos processuais e consequente aumento da duração da prisão provisória.
- 2001: lançamento da Política Nacional Antidrogas pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso. O documento estabeleceu os objetivos, as diretrizes e as estratégias para a ação antidrogas;
- 2002: Lei Antitóxicos (nº. 10.409) - confere destaque à Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD; tida como “incompleta”, não revogou a legislação anterior de 76 nem definiu crimes;
- **2006: Lei de Drogas (nº 11.343) - institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Estabelece penas mais graves e amplia o campo de punição para produtores, consumidores e distribuidores de drogas;**
- 2007: criação da Força Nacional de Segurança - operações nas favelas do RJ apoiadas pelas Forças Armadas - implantação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs).

Das legislações acima referidas destaca-se a de 2006, a Lei de Drogas. Mesmo instituída tardiamente pelo SISNAD, Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, propõe regular a questão das drogas no país. De forma geral, a Lei de Drogas “prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências” (BRASIL, 2006). No Título II está disposto acerca das finalidades do SISNAD: “[...] articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas” (BRASIL, 2006).

Em consonância com as finalidades, os objetivos que constam no SISNAD no Art.5º do Título II são os seguintes:

Art. 5º O Sisnad tem os seguintes objetivos:

I - contribuir para a **inclusão social do cidadão**, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - promover a **integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários** e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

IV - **assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata** o art. 3º desta Lei (BRASIL, 2010, grifo nosso).

Em relação às legislações anteriores à Lei Nº11.343 de 2006 apresenta como inovação o agravamento das penas, além da ampliação do campo de punição para produtores, consumidores e distribuidores de drogas. Essa legislação também foi precursora ao estabelecer o fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas e a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico.

Se comparada com os aparatos legais anteriores, a Lei de Drogas garante uma maior ênfase à prevenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Porém, pode-se afirmar que ela também conserva muito do disposto na Lei 6.368/76, criada no governo de Ernesto Geisel, durante a ditadura militar; o que explica o seu caráter repressor.

Entre os princípios apresentados na referida legislação, faz-se destaque ao art.4º do Capítulo I:

I - o respeito aos **direitos fundamentais** da pessoa humana, especialmente quanto à sua **autonomia e à sua liberdade**;

II - o **respeito à diversidade** e às especificidades populacionais existentes;

Apesar dos princípios referirem respeito à **diversidade**, a lei não faz nenhuma consideração sobre a questão de gênero, ou qualquer outra. Dessa forma, torna-se difícil identificar as orientações legais e possibilidades de intervenção nas situações de maternidade e uso de psicoativos a partir da política de droga, ainda mais que sejam integradas à política de saúde da mulher.

No que se refere ao princípio de respeito aos direitos fundamentais, a primeira contradição é apresentar o respeito à autonomia e liberdade, mas manter a criminalização do uso de drogas. Assim como as concepções da política de saúde da mulher sobre a defesa dos direitos humanos e a humanização dos serviços, verifica-se a necessidade de análise para que sejam identificadas essas concepções na execução das políticas. É necessário reflexão para

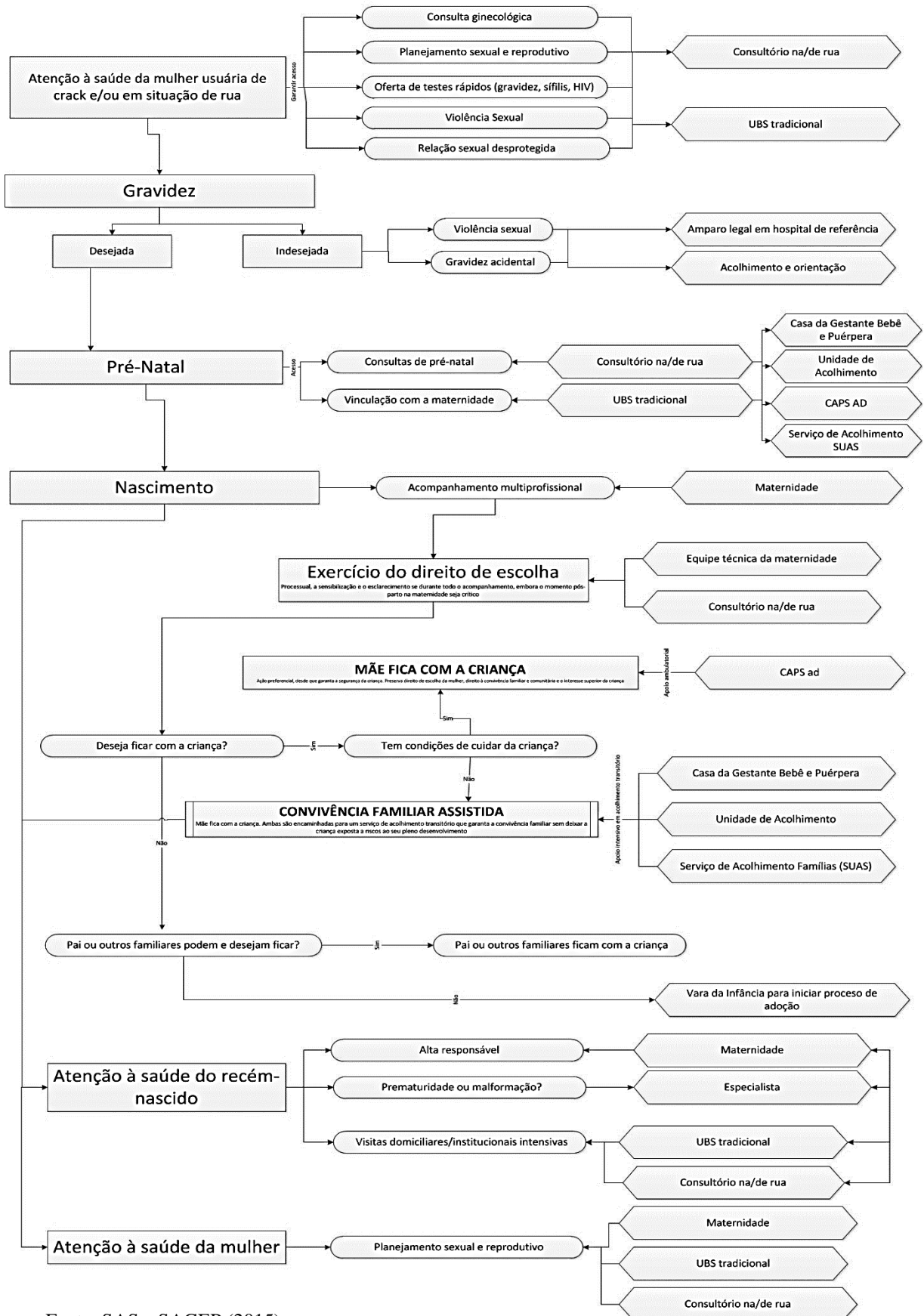
identificar a materialização – ou não – desses princípios. Para tanto, seria necessário um trabalho de pesquisa e análise focado nas mais diversas dimensões de execução das respectivas políticas.

Em relação à temática maternidade e uso de psicoativos, na busca por compreender a intersecção das políticas e a materialização das mesmas, destaca-se a Nota Técnica Conjunta da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)⁸ e o Termo de Compromisso de Integração Operacional⁹ (TJRS, 2009). No primeiro documento, abaixo exposto, encontrar-se-á um fluxo de atendimento e encaminhamento que busca garantir os direitos da mãe/mulher e do filho/recém-nascido, considerando todas as possibilidades e o regramento legal, acionando diversas políticas e serviços – saúde, assistência social, segurança, etc., como é possível perceber a partir da verificação do fluxo.

⁸A Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP divulgaram Nota Técnica Conjunta n. 001, a qual aborda as Diretrizes para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

⁹Termo assinado por diferentes entidades, em parceria com o Juizado da Infância e Juventude, com fins de garantir o melhor atendimento à crianças e adolescentes.

Quadro 01 – Fluxo à saúde da mulher usuária de crack, e/ou em situação de rua e seus filhos recém-nascidos.



Fonte: SAS e SAGEP (2015).

Embora seja uma importante referência para a execução dos serviços de saúde no atendimento às mulheres gestantes ou puérperas com uso de psicoativos, a nota técnica figura como um documento elaborado por técnicos especializados, com intuito de oferecer alternativas para a tomada de decisão, conforme define o Ministério da Justiça. Dessa forma, a nota não possui poder coercitivo, funcionando como uma possibilidade de orientação.

Um segundo documento refere-se a um termo em que entidades ligadas à Infância e Juventude de Porto Alegre institucionalizam um fluxo de trabalho no acolhimento das crianças recém-nascidas cujos genitores não desejem ou estejam impedidos de exercer o poder familiar. O termo serve como fundamento legal para as maternidades, no trabalho com mulheres gestantes ou puérperas usuárias de psicoativos. Além disso, a partir desse documento estabelece-se não só um fluxo de trabalho, mas também uma concepção sobre como intervir e encaminhar as situações. Na ocasião da elaboração do documento a Promotora Flávia Raphael Mallmann, que atua no 2º Juizado da Infância e Juventude – JIJ, de Porto Alegre, afirmou

[...] é muito importante estabelecer um eficiente fluxo de trabalho diante da realidade cotidiana de **mães usuárias de entorpecentes que desejam abrir mão do recém-nascido e fogem logo depois do parto, dificultando o encaminhamento do bebê**. Destacou que para reduzir o tempo dessas crianças em abrigo deve-se ter acesso a essas mães, o que é facilitado através do trabalho com hospitais e maternidades” (TJRS, 2009).

Percebe-se que a promotora considera que o termo deva partir do pressuposto de que a mãe deseja abrir mão do recém-nascido, sugerindo inclusive que é prevista a fuga da mãe após o nascimento do bebê. Com base nisso, caso se comprove que a realidade é distinta, de imediato seria possível desconsiderar a validade do fluxo. Uma vez identificando que no atendimento às mulheres gestantes ou puérperas com uso de psicoativos a maioria expressiva apresenta o desejo de ficar com seu filho recém-nascido, o fluxo deixaria de ter sentido, e não deveria ser seguido.

Com base na experiência de estágio em uma maternidade pública¹⁰, o que se percebe é que a realidade é distinta da referida “realidade cotidiana”, pelas palavras da promotora. Entre todas as mulheres/mães usuárias de psicoativos acompanhadas pelo Serviço Social da instituição, não é possível identificar uma que tenha manifestado a mínima vontade de doar seu filho/recém-nascido. Ressalta-se que esse é um direito da mulher previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), no Artigo 13 – Parágrafo 1º: “As gestantes

¹⁰ A partir dos Relatórios de Estágio (J.M.O. 2017 e 2018), que serão abordados posteriormente.

ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas, sem constrangimento, à Justiça da Infância e da Juventude”. Assim como outros direitos, esse também era informado à mulher na ocasião do nascimento do bebê, para garantir que o desconhecimento não lhe impedisse de acessá-lo.

Entre as entidades participantes, além dos Juízes e Promotores, firmaram acordo representantes da política de saúde do Grupo Hospitalar Conceição; do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas; do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; da Maternidade Santa Clara da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; do Hospital São Lucas da PUCRS; da Coordenadora dos Conselhos Tutelares – CT, de Porto Alegre; da Fundação de Assistência Social e de Cidadania e da Fundação de Proteção Especial.

O Termo especifica no item “Fluxo entre hospitais, Sistema de Justiça e sistema de proteção” duas situações que cabem aos hospitais o encaminhamento: a primeira em que a mãe deseja entregar o filho em adoção, um direito dela que deve ser garantido; e a segunda é assim definida:

Família sem condições aparentes de permanecer com a criança (fluxo entre os hospitais e o sistema de proteção): nas situações em que as equipes dos hospitais identificarem situação na qual os genitores aparentam **não apresentar condições de exercer o poder familiar, seja em razão de histórico de abandonos anteriores de outros filhos, dependência de substâncias psicoativas, violência ou outras hipóteses similares**, a equipe técnica do hospital solicitará a intervenção do Conselho Tutelar, com o objetivo de verificar a possibilidade de colocação da criança com familiares extensos. (grifo nosso)

Evidencia-se a importância da avaliação da equipe multiprofissional do hospital e da articulação com o CT. O termo especifica ainda que:

Quando a mãe não concordar com a adoção e não tiver condições de ficar com o filho: a equipe técnica do Poder Judiciário buscará familiares capazes de assumir a guarda do bebê e, não sendo isso viável, a criança será encaminhada para acolhimento institucional por determinação judicial. (grifo nosso)

A questão que precisa ser aprofundada é como se define que existem ou não condições de ficar com o filho. Nas competências da avaliação da equipe hospitalar espera-se que identifiquem e considerem, para atestar a falta de condições, possíveis situações de abandono anterior de outros filhos, dependência de psicoativos, violência ou hipóteses similares. Todas essas são questões que exigem contextualização e aprofundamento reflexivo, o que se torna

muito difícil, uma vez que as equipes possuem uma perspectiva orientada pelo “senso comum/juízo de valor”, para que sejam identificadas e interpretadas pelos profissionais das maternidades públicas, garantindo que os direitos da mãe/mulher e seu filho/recém-nascido não sejam violados e/ou ignorados.

Na temática maternidade e uso de psicoativos é nítido que a garantia dos direitos da mãe/mulher é um dos maiores desafios. Com a proposição de garantir a segurança e proteção do recém-nascido exclui-se o direito da mulher à maternidade, esquecendo-se o direito à convivência familiar e comunitária, estabelecido recentemente no art.5º do Estatuto da Primeira Infância (BRASIL, Lei Nº13.257, 2016). O estatuto também estabelece que,

Art. 14, § 3º: As gestantes e as famílias com crianças na primeira infância deverão receber **orientação e formação sobre maternidade e paternidade responsáveis**, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil integral, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, nos termos da Lei no 13.010, de 26 de junho de 2014, com o **intuito de favorecer a formação e a consolidação de vínculos afetivos e estimular o desenvolvimento integral na primeira infância**. (BRASIL, 2016, grifo nosso).

Inicialmente foi trazida a necessidade do regramento legal para que os profissionais não trabalhassem espontaneamente conforme uma ideologia dominante que determina a reprodução da vida social. No entanto, ressalta-se que é preciso mais que conhecimento das políticas. É preciso a reflexão crítica para que elas não se tornem instrumentos de discriminação, contrapondo aquilo a que se propõem. A partir da revisão da política de saúde da mulher e da política de drogas tem-se clara a necessidade de reflexão crítica, capaz de promover a garantia de direitos de mulheres/mães e seus recém-nascidos/filhos. Para além dos fundamentos conceituais que trazem direitos humanos, humanização e respeito à liberdade, autonomia e diversidade, a materialização das políticas através da execução dos serviços públicos pode trazer uma realidade distinta.

Percebe-se, nesse sentido, que as necessidades apresentadas nas situações que envolvem maternidade e uso de psicoativos são múltiplas, complexas, e não encontram resolução adequada em apenas uma política ou serviço. Sendo assim, a forma de garantir que os fundamentos conceituais estejam presentes na execução dos serviços é atentar para a necessidade de transcender os limites de cada política setorial, observando a integralidade do sujeito e a intersetorialidade como maneiras de abordar as situações apresentadas sem reproduzir determinismos, discriminações e violar direitos.

A articulação entre serviços/instituições/profissionais surge como um potencializador das intervenções e avaliações, o que é de inegável necessidade para não justificar a retirada da guarda de uma criança de sua mãe tão somente por “não ter condições”, como define o Termo de Compromisso de Integração Operacional (TJRS, 2009). Dessa forma, no próximo item propõe-se a discussão dos conceitos de integralidade e de intersectorialidade, relacionando-os ao trabalho com mãe/mulheres usuárias de psicoativos e seus filhos/recém-nascidos.

2.2 INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE

O conceito de integralidade é resultado de lutas que congregam usuários da saúde, trabalhadores, intelectuais, dentre outros, a partir da década de 1970, com o chamado Movimento da Reforma Sanitária (ASSUMPÇÃO, MIOTO, 2009). Identifica-se sua materialização nas bases legais a partir da Constituição Federal de 1988, que traz em seu artigo nº198,

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 81, grifo nosso).

Da mesma forma, com a criação do SUS (Lei n.8.080/1990) e seus já referidos princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade, foi possível reconhecer a integralidade como um direito daqueles que acessam os serviços de saúde. Além disso, a partir do conceito propõe-se, basicamente, o reconhecimento de que os sujeitos não são fragmentados, separados em dimensões físicas, biológicas, psicológicas, etc. Compreende-se que o sujeito é composto por diversos elementos, de acordo com condições objetivas e subjetivas, em consonância com o conceito de Determinantes Sociais de Saúde.

Nessa perspectiva, compreende-se a relação entre integralidade e totalidade, categoria do método dialético da Teoria Social Crítica que diz: “A partir da compreensão marxista o processo de conhecimento dos fenômenos sociais (objeto de investigação) é compreendido da ótica da totalidade, isto é, como complexos sociais e não fatos isolados” (ASSUMPÇÃO, MIOTO, 2009, p. 07). Neste sentido, para a apreensão da realidade, o método dialético traz a

categoria da mediação¹¹, que promove a articulação entre os diversos complexos e instâncias da sociedade.

Da mesma forma deve-se compreender a integralidade, como uma perspectiva que exige mediação para garantir sua materialização nas políticas sociais, do contrário, acabaria se reduzindo a valores discursivos. É preciso a efetivação da integralidade a partir das ações e intervenções cotidianas, dos profissionais e equipes, superando a fragmentação dos sujeitos usuários e o enfoque reducionista à relação saúde-doença.

A integralidade também pressupõe a superação da especialização dos atendimentos de saúde. Os serviços devem compreender as diversas necessidades de saúde do sujeito sem separá-las, pois todas dizem respeito a um único sujeito. De acordo com Mattos (2001, p. 58), “[...] a noção de integralidade exigia uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais”, superando a dicotomia entre serviços assistenciais e práticas de saúde pública, bem como a fragmentação do sistema de saúde no atendimento das necessidades dos pacientes. A história da política de saúde previu uma fragmentação do sujeito no encaminhamento das suas necessidades.

Nesse sentido, a política de saúde prevê a partir da concepção de integralidade, outro conceito de suma importância: a intersetorialidade. Este possui várias concepções, inicialmente como ferramenta de organização/articulação dos serviços de saúde segmentados e, posteriormente, como possibilidade de articulação entre outras políticas e serviços. Conforme Ayres, (2001, p. 13, grifo nosso),

Finalidades enriquecidas reclamam, por sua vez, que as linguagens e ações de instrução biomédica construam *articulações* entre si e com outras linguagens e ações capazes de realizá-las como tecnologias efetivas. Assim, a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a **intersectorialidade são as decorrências esperadas dos processos de trabalho em saúde orientados à integralidade.**

No mesmo sentido, Alves (2001, p. 175) defende a indissociabilidade entre integralidade e intersetorialidade, ressaltando que “[...] se nos propusemos a lidar com problemas complexos, há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece, pois nem sempre lhe é inerente”. Relacionando o

¹¹ Categoria do método dialético crítico. De acordo com Pontes (2002, p. 47): “É nesse espaço privilegiado de sínteses de determinações que o sujeito que, tendo negado (superado) a aparência, vai processar o nível do concreto pensado, penetrando em um **campo de mediações** (no qual se entrecruzam vários sistemas de mediações), sistemas estes que são responsáveis pelas articulações, **passagens e conversões histórico-ontológicas entre os complexos componentes do real**” (grifo nosso).

princípio de integralidade do sujeito, o reconhecimento da diversidade de necessidades de saúde, a partir do conceito de Determinantes Sociais em Saúde, compreende-se a intersetorialidade como uma ferramenta potencializadora para a efetivação e garantia de direitos – tanto na política de saúde quanto em outras.

A política de saúde da mulher, numa perspectiva de integralidade e humanização dos serviços, traz como uma de suas diretrizes o seguinte:

As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados (BRASIL, 2004, p. 65).

Em uma perspectiva distinta, em se tratando da lei de drogas (BRASIL, Lei Nº11.343, 2006) também traz o conceito de intersetorialidade, destacando como princípio do SISNAD: “VI - o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito”. Nessa concepção a intersetorialidade é o reconhecimento da existência de diversos fatores que levam alguém a usar ou traficar drogas, como, por exemplo, a pobreza, o contexto social, o desemprego, exposição à violência, etc.

Partindo da temática maternidade e uso de psicoativos, compreende-se que a intersetorialidade implicada é a que diz respeito à articulação de diversos serviços, políticas, instituições, etc., com objetivo de avaliar, planejar e intervir conjuntamente. No entanto, algumas considerações devem ser feitas para estabelecer com precisão a perspectiva conceitual sobre intersetorialidade, a qual estará orientando essa proposição de articulação entre as políticas/serviços que estarão acompanhando a situação.

A primeira consideração diz respeito às políticas setoriais – econômicas, sociais e de desenvolvimento urbano. Koga (2003 apud NASCIMENTO, 2010) ressalta o domínio da política econômica sobre a política social no Brasil, caracterizado pela mercantilização de diversos serviços públicos básicos, como a educação, saúde, habitação, evidenciando a desresponsabilização do Estado. Nesse contexto, dentro das políticas públicas, hierarquicamente sobressaem-se os interesses econômicos.

De acordo com Nascimento (2010, p. 99-100), após analisar as produções teóricas acerca dos conceitos de setorialidade, constatou que “as políticas setoriais por si só não solucionam tudo e necessitam se comunicar para identificar as necessidades da população e os

benefícios que pode ou não oferecer”. Porém, ressalta-se que existem diferentes formas de propor a intersetorialidade, e cada uma estará evidenciando interesses específicos.

Neste sentido, a intersetorialidade na gestão pública significa adotar uma decisão racional no processo de gestão, cuja aplicação pode ser positiva ou não. Ela não pode ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade, mas complementar, ou seja, deve-se realizar uma combinação entre política setorial com intersetorial, e não contrapô-las no processo de gestão (NASCIMENTO, 2010, p. 100)

A segunda consideração, então, diz respeito ao fato de que a intersetorialidade deve ser percebida como uma concepção que parte necessariamente da setorialidade. A proposição da intersetorialidade como substitutiva da setorialidade significaria a descaracterização das políticas. Ao encontro disso, entende-se que o fortalecimento das políticas sociais setoriais é imprescindível para a promoção de intersetorialidade.

Nesse sentido, as autoras Sposati e Yazbek (1990) trazem que a articulação entre políticas e programas representa a qualificação da intervenção pública. Essa articulação, enquanto metodologia/instrumental técnico-operativo, vai ao encontro da superação da fragmentação dos sujeitos e suas necessidades diversas, não só de saúde.

A intersetorialidade é a **articulação** entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de **ações conjuntas** destinadas à **proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social**. Supõe a implementação de **ações integradas** que visam à **superação da fragmentação** da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais. (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 1-2, grifo nosso).

A potencialidade da promoção de intersetorialidade para o reconhecimento e efetivação da integralidade do sujeito também é ressaltada por Junqueira (1998, p. 12), “[...] o conceito de intersetorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão, considerando-o na sua totalidade”. A chamada solução integrada, à qual se refere o autor, pode ser entendida como um processo que inclui o planejamento, a organização, o diálogo, a execução, a intervenção, etc. Essas ações qualificam os serviços e, conseqüentemente, a efetivação dos direitos dos sujeitos.

Outra consideração que deve ser feita diz respeito à percepção da intersetorialidade enquanto modelo de desenvolvimento social. Conforme Inojosa (1998, p. 41)

Entende-se por desenvolvimento social a ampliação das condições de qualidade de vida e do exercício dos direitos de uma dada população, com o objetivo de promover o compartilhamento da riqueza material e imaterial disponível em um grupo social, em determinado momento histórico”.

O desenvolvimento social refere-se, dessa forma, à garantia de acesso aos bens que produzem qualidade de vida. No Brasil, esses bens podem ser identificados a partir das necessidades sociais básicas. Com o objetivo de promover o desenvolvimento social, alguns autores discutem a importância da territorialidade na promoção de intersetorialidade. Isso significa considerar o espaço sócio urbano como um *locus* de relação e materialização das políticas sociais. A partir da integração entre políticas setoriais seria possível a promoção de desenvolvimento social.

No entanto, é preciso identificar os enfoques diferentes que cada política possui sobre a intersetorialidade. A autora Nascimento (2010), traz importantes reflexões sobre as percepções trazidas pelas políticas de assistência social e saúde. A política de assistência social trouxe a articulação intersetorial como um fundamento, por tratar-se de uma política que compõe o tripé da Seguridade Social. Já a política de saúde não traz o conceito de forma tão evidente, o que a autora justifica como sendo fruto do seu contexto de criação, quando o debate sobre intersetorialidade ainda não estava presente. Por isso, ela identifica que as palavras articulação, participação e colaboração, no texto da Lei n.8.080/90, representam a proposição de intersetorialidade. Por fim, ela destaca que,

Realizando uma comparação entre as políticas de assistência e saúde, pode-se considerar que elas se complementam, ainda que a saúde não faça menção à política de assistência. As expressões utilizadas para apontar uma atuação integrada também aparecem em ambas as políticas, dando a entender que existe uma propensão à atuação intersetorial. (NASCIMENTO, 2010, p. 111).

Com base nisso, entende-se a importância de um modelo de trabalho que esteja voltado para a articulação intersetorial das políticas, representadas por seus serviços e profissionais. Para garantir a efetivação da articulação intersetorial, como possível promoção de desenvolvimento social, deve-se compreender que suas ações/estratégias não se resumem ao trabalho individual de profissionais, ou mesmo serviços. Trata-se de uma concepção de processos de trabalho que precisa ser posta em prática e, para isso, necessita também de uma nova forma de organização de organização das políticas. Inojosa (1998) identifica e caracteriza os modelos de trabalho como Tradicional e Novo, o último referindo-se ao modelo intersetorial. Abaixo segue quadro elaborado pela autora com as considerações sobre cada modelo:

Quadro 02 – Comparação de modelos de estrutura organizacional de governo, considerando o critério de departamentalização, a missão e a organização do trabalho

| Comparação de modelos de estrutura organizacional de governo, considerando o critério de departamentalização, a missão e a organização do trabalho | | |
|---|---|---|
| Parâmetro | Modelo tradicional | Modelo novo |
| Departamentalização | Secretarias por área de conhecimento ou intervenção: saúde, educação, obras, transportes etc. | Secretarias por área geográfica: regiões ou distritos. |
| Missão de cada secretaria | Realizar ações e serviços da competência da prefeitura, específicos de sua área ou setor, no âmbito do município, visando a contribuir para melhorar as condições de vida da população. | Realizar ações e serviços da competência da prefeitura, visando a promover o desenvolvimento e a inclusão sociais da população da sua área geográfica. |
| Organização do trabalho | Equipes especializadas para planejar, realizar e avaliar ações e serviços específicos, com objetivos, metas e indicadores setoriais. | Equipes intersetoriais para identificar necessidades e demandas da população, planejar, orientar e avaliar ações integradas, com a definição de objetivos, metas e indicadores de qualidade de vida. Equipes especializadas para realizar serviços. |

Fonte: INOJOSA, 1998, p. 45.

Destaca-se no chamado Modelo Novo a centralidade do território. Tanto a presença das secretarias por áreas geográficas, quanto as ações voltadas para a inclusão da população em cada território, caracterizam uma nova forma de gestão. Para tanto, a autora também traz a necessidade da existência de uma equipe intersetorial para garantir uma leitura completa das necessidades e demandas, e também a existência de equipes especializadas para realizar os serviços. Dessa forma, “[...] as equipes e serviços estarão integrados em uma única rede regional” (INOJOSA, 1998, p. 44).

Em face de todas as considerações trazidas, percebe-se a relação entre intersetorialidade e interdisciplinaridade. Conforme Pereira (2014) o conceito de interdisciplinaridade¹² serve como referência para a intersetorialidade por ser um paradigma mais antigo e com maior produção bibliográfica (PEREIRA, 2014, p. 05). Em sua abordagem a autora ressalta que a interdisciplinaridade se refere ao conhecimento que se constrói a partir de saberes especializados, motivado pela necessidade de melhor compreender algo, rompendo com a fragmentação do saber. Dessa forma, a interdisciplinaridade apresenta um caráter dialético, buscando a superação da lógica positivista de especializações dos saberes. Conforme a autora,

E a tentativa de romper com esta postura positivista fez com que se descobrisse na lógica dialética a orientação para um conhecimento da realidade no seu conjunto (ou totalidade) sem suprimir as suas contradições, sem retificar as suas sinuosidades e sem desconsiderar o seu caráter dinâmico e relacional” (PEREIRA, 2014, p. 08)

A relação com a intersetorialidade reside no fato de que assim como a interdisciplinaridade parte dos saberes disciplinares para a construção de um conhecimento único, capaz de desvendar a realidade, da mesma forma a intersetorialidade deve partir da setorialidade, que isolada não dá respostas suficientes para a intervenção nas demandas e necessidades, garantindo direitos. Pereira ainda ressalta que a setorialidade é um procedimento técnico, “[...] só nesse sentido essa divisão tem cabimento, pois o conhecimento, assim como os bens públicos e os direitos, não são divisíveis e sua separação para efeitos de estudo não é disciplinar ou setorial, é temática” (PEREIRA, 2014, p17).

Na perspectiva proposta por Pereira, a intersetorialidade representa um processo político, que envolve interesses e concepções em disputa. No contexto atual, com o avanço do neoliberalismo, verifica-se o fortalecimento da transferência de responsabilidade aos indivíduos por suas condições objetivas de vida. Condições essas que se impõem enquanto estrutura das relações sociais no modo de produção capitalista. Assim, os sujeitos são culpados por suas necessidades, geradas pela pobreza, fruto não da escassez de recursos, mas, pelo contrário, fruto do acúmulo cada vez maior de riquezas. Este pressupõe, necessariamente, a exploração cada vez maior da força de trabalho (MONTAÑO, 2011).

Ressalta-se que, conforme os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS, 2010, p. 28), entre as competências profissionais do assistente

¹² Hoje é comum o termo interprofissionalidade no campo da saúde ao invés de interdisciplinaridade, porém não se dará ênfase neste trabalho.

social está: “estimular a intersectorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais”. Além disso, conforme nos traz Pereira (2009, p. 95), é preciso ter claro o papel das políticas públicas na garantia dos direitos sociais declarados nas leis. A qualificação da execução das políticas públicas, representadas por programas, projetos e serviços, é de fundamental importância para garantir a sua efetivação.

Dessa forma, percebe-se a intersectorialidade como grande potencializadora da garantia da integralidade do sujeito, bem como do acesso aos seus direitos. Em especial no que se refere à temática maternidade e uso de psicoativos, considerando a diversidade de expressões da questão social¹³ presentes nas situações, entende-se a intersectorialidade como possibilidade de superação da fragmentação do sujeito e das políticas, trazendo a perspectiva da totalidade para garantir os direitos tanto da mulher/mãe, quanto do recém-nascido/filho.

3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1980: TRANSFORMAÇÕES NA PROFISSÃO E O TRABALHO COM MATERNIDADE E USO DE PSICOATIVOS

Foi a partir da década de 1980 que o Serviço Social modificou sua direção, assim, seu significado social. Após o Movimento de Reconceituação instaurado na década de 1960, a profissão vai dar respostas às necessidades sociais advindas da relação capital e trabalho, vivenciadas pela classe trabalhadores, na direção de um projeto ético político, vinculado a um projeto societário pautado na busca pela justiça e pela igualdade. Neste sentido, a temática maternidade e uso de psicoativos para o Serviço Social, se coloca como espaço de ocupação na política de saúde, tratando-se de uma situação que se insere no contexto da sociedade capitalista, apresentando diversas expressões da questão social. Ao considerar esses elementos torna-se possível a problematização e a compreensão do trabalho do assistente social, suas dificuldades e potencialidades, bem como suas especificidades, prerrogativas e responsabilidades na intervenção nas situações que apresentam maternidade e uso de psicoativos.

Em relação ao projeto ético-político – PEP, torna-se indispensável considerar as transformações na trajetória histórica da profissão. Para tanto, propõe-se um breve resgate que permita perceber como se constituiu o atual PEP que fundamenta o trabalho profissional,

¹³ Segundo Iamamoto a expressão “questão social” “diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos.” (2001, p. 10).

apresentando a direção social da profissão. Esse projeto materializa-se a partir do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais – CE (CFESS, 1993), da Lei Nº. 8.662 de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (BRASIL, 1993) e das Diretrizes Curriculares de 1996.

Ao considerar a formação histórica, a partir do contexto econômico, social e político, evidenciando as transformações vividas pela profissão, bem como sua inserção profissional na política de saúde, torna-se possível identificar na análise do trabalho do assistente social se persistem sendo ainda reproduzidas concepções e intervenções vinculadas ao serviço social tradicional que já deveriam ter sido superadas, a partir da direção crítica dada à profissão.

3.1 CONSIDERAÇÕES DAS TRANSFORMAÇÕES NA PROFISSÃO E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

A origem do Serviço Social no Brasil, nos anos 1930, está ligada aos movimentos da Igreja Católica e às medidas do Estado que buscavam por meio da assistência social defender interesses das classes dominantes. Entre os anos 1930 e 1945, a passagem da base econômica do setor agroexportador para o urbano-industrial tem relação com o surgimento da assistência social. Nesse contexto, o empresariado industrial vai se consolidando como hegemônico, em detrimento do latifundiário rural – ambos das classes dominantes. Getúlio Vargas, enquanto presidente no período, busca conciliar os interesses para obter o apoio de ambos, a partir da expansão do setor industrial quando cresce o operariado e as massas urbanas.

Configura-se assim o modo de produção capitalista, onde o empresariado possui os meios de produção e o proletariado a mão de obra. Segue o processo de diferenciação social baseado na exploração da primeira pela segunda classe. A classe operária tornando-se cada vez mais numerosa, necessita de medidas de assistência e proteção. Nesse momento o Estado assume o papel de regulador das tensões, criando a Consolidação Das Leis do Trabalho, o Salário Mínimo, etc.

Considerando que o capitalismo mundial estava em crise, resultado do acirramento das contradições do mesmo, podemos compreender as ações do Estado Brasileiro, criando uma série de instituições e serviços sociais que objetivavam facilitar a reprodução do sistema (COSTA e COSTA, 1993). Mesmo as iniciativas em outros setores representavam preocupação com o trabalho como, por exemplo, a educação voltada para a formação da mão de obra e a saúde para garantir maior capacidade produtiva.

Nesse contexto o Serviço Social constituiu-se como um mecanismo que buscava dar respostas às reivindicações e tensões sociais desviando o conteúdo da ação sindical, que não mais organizaria e defenderia os operários, mas sim reivindicaria status e ganhos de serviços assistenciais. Sendo assim, o Serviço Social no período significou um conjunto de ideias e ações dirigidas da classe dominante para a classe dominada. A origem da profissão lhe rendeu representações sociais que hoje marcam sua identidade no contexto social. Os estigmas da caridade e da filantropia persistem, mas há muito tempo não devem fazer parte do trabalho profissional.

O Serviço Social passou por um importante e determinante período marcado pelo surgimento do Movimento de Reconceitualização na América Latina, que teve início em 1965. Conforme Panozzo (2009, p. 53) “Naquele momento, ocorreram eventos políticos importantes da categoria profissional, onde foram discutidos os rumos da profissão”, trazendo questionamentos e contestações acerca do Serviço Social Tradicional¹⁴, acarretando transformações que culminariam com uma ruptura simbolizada pelo III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais em 1979, que ficou conhecido como “Congresso da Virada”. Esse processo colabora para a consolidação de um movimento do Serviço Social brasileiro que determinará seu redirecionamento crítico, identificado como Intenção de Ruptura¹⁵ (NETTO, 1996).

No contexto político, a década de 1980 se caracterizou pela abertura política e a emergência dos movimentos sociais. A abertura foi pretendida como “*lenta e gradual*” pelo governo de Ernesto Geisel (1974 – 1979). Destaca-se a suspensão do *Ato Institucional nº5* e o *Movimento pela anistia ampla, geral e irrestrita* em 1979, no governo do general Figueiredo (1979 – 1985). Ressaltam-se os movimentos grevistas que eclodiram em todo o país no fim da década de 1970, contribuindo para pressionar o governo por mudanças e representando a forte articulação da classe trabalhadora.

Em 1979 a Nova Lei Orgânica dos Partidos, por Figueiredo, possibilitou o surgimento de cinco novos partidos. Dentre eles o Partido dos Trabalhadores, representando a esquerda do Brasil, liderado por Luís Inácio Lula da Silva e outros dirigentes sindicais, apoiado por

¹⁴ O Serviço Social tradicional assim chamado durante esse longo período, tinha uma prática empirista, paliativa e burocratizada, sendo orientada por uma ética liberal-burguesa. (PANOZZO, 2009, p. 36).

¹⁵ [...]os jovens profissionais reunidos em Belo Horizonte explicitam a primeira formulação brasileira da intenção de ruptura: eles elaboram uma crítica teórico-prática ao tradicionalismo profissional e propõem-se [...] em seu lugar uma alternativa global: uma alternativa que procura romper com o tradicionalismo no plano teórico-metodológico, no plano de concepção e da intervenção de profissionais e no plano da formação (NETTO, 1996, p. 262-3).

estudantes, intelectuais, trabalhadores e setores da Igreja Católica ligados à Teologia da Libertação¹⁶.

Em 1984 a campanha pelas *Diretas Já* mobilizou todo o país, reunindo milhões de pessoas com objetivo de restabelecer o direito de votar para presidente. Em 15 de janeiro de 1985 é eleito o candidato da chamada Aliança Democrática, Tancredo Neves, expressando a volta do poder político aos civis, após 21 anos do golpe militar. No entanto, Tancredo morre antes de assumir, tomando posse seu vice, José Sarney, em 21 de abril de 1985, mantendo-se no cargo até 15 de março de 1990.

Sobre o período de governo de Sarney, merece destaque a promulgação da Constituição Brasileira de 1988,

[...] que instituiu o tripé da Seguridade Social, contemplando Saúde, Assistência Social, com um caráter distributivo, e Previdência Social, com caráter contributivo. A partir da Constituição, concebeu-se um novo modo de financiamento, com prerrogativas de fundos e orçamentos únicos e com novas formas de organização. A discussão dos direitos da Constituição contribuiu para fazer emergir a consciência dos trabalhadores para as lutas sociais, para a construção de um pacto federativo com base na descentralização de responsabilidades, nos níveis estadual e municipal; para a efetivação do controle social das políticas sociais. (PANOZZO, 2009, p. 73).

A Constituição de 1988 foi chamada de Constituição Cidadã por Ulysses Guimarães¹⁷ e assim ficou conhecida. A nova Constituição trouxe a perspectiva da cidadania e dos direitos como questões de competência do Estado. Anterior a ela, os direitos sociais, principalmente durante o período militar, estavam condicionados às regras instituídas pelo governo.

No período anterior, entre 1968 e 1973, o chamado “milagre econômico” provinha de uma realidade de exploração da classe trabalhadora, acarretando a alta concentração de renda e o aumento das desigualdades sociais. Mesmo tendo sido criadas diversas instituições sociais no período, o que se percebe é o perfil limitado e autoritário das medidas. Na Constituição de 1988 reconhecem-se os direitos sociais e a seguridade social é trazida pela primeira vez. Conforme a leitura de Yamamoto, é possível destacar os princípios que norteiam o primeiro projeto de seguridade,

[...] aposta no avanço da democracia, fundada na participação e no controle popular; na universalização dos direitos e, em consequência, na cobertura e no atendimento das políticas sociais; na garantia da gratuidade no acesso aos serviços; na integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos na perspectiva da igualdade (IAMAMOTO, 2007, p. 196).

¹⁶ Que possuía forte aproximação com a teoria marxista. “A Teologia da Libertação encontrou seu nascedouro na fé confrontada com a injustiça feita aos pobres” (BOFF, 2010, p. 14).

¹⁷ Presidente da Assembleia Nacional Constituinte, promulgou a Constituição de 88.

Após a promulgação, o Estado, por influência forte da ideologia político-econômica neoliberal, não consegue efetivar a seguridade social e a garantia dos direitos sociais numa perspectiva universalizadora, conforme o projeto mencionado por Yamamoto. O neoliberalismo surge como um projeto político-institucional que apresenta como principais características a lógica do capital, o Estado mínimo, influência dos organismos internacionais, desarticulação e fragilização da classe trabalhadora. Behring (2006) identifica que as forças que constituem e tem hegemonia no Estado brasileiro são conservadoras, de resistência à efetivação da democracia, o que reflete na forma como a seguridade social é implementada.

No que se refere especificamente à política de saúde, na década de 1980 até a promulgação da Constituição de 1988 que instituiu o SUS, destacam-se alguns movimentos importantes. Conforme Mendes (1994, p. 34):

Do ponto de vista político, emergem na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses, ideologias e visões de mundo diferente que vão conformando dois grandes projetos político-sanitários alternativos: o contra hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista.

Na perspectiva contra-hegemônica o Movimento da Reforma Sanitária incluiu médicos, intelectuais e estudantes, trazendo grandes contribuição para a formulação do conceito ampliado de saúde – abordado no capítulo 1. Um importante momento de articulação do movimento pode ser identificado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que teve como temática “Direito à Saúde. Sistema de Saúde e Financiamento”. Os eixos temáticos da conferência eram compostos por três itens: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor. A VIII Conferência Nacional de Saúde também traz um avanço importante com a proposição da criação do Sistema Único de Saúde, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, ampliando o conceito de saúde e estabelecendo como um direito dos cidadãos e dever do Estado (BRASIL, 1986).

Entre os anos de 1983 e 1987 estabeleceram-se as Ações Integradas em Saúde – AIS, definidas como sendo “um programa de atenção médica”. Posteriormente, a partir da influência da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi implementado o Sistema Unificados e Descentralizado de Saúde – SUDS que,

[...] incorporava os princípios da reforma sanitária como: universalização sendo a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; integralidade, sendo compreendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; regionalização e hierarquização, que são parte da rede de serviços de saúde; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; e democratização, a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços e à sua utilização pelo usuário. Esses princípios, mais tarde, foram assumidos pelo Sistema Único de Saúde. A ideia era de que as AIS, enquanto programa servissem de estratégia para a transição a um sistema unificado de saúde. (PANOZZO, 2009, p. 103-104).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe a legitimação dos princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, e significou o avanço das ações de saúde propostas até então pelo Estado, a partir do reconhecimento do direito universal à saúde, como dever do Estado. Com a aprovação da lei 8.080 (BRASIL, 1990), que criou o SUS, após vetos do presidente Fernando Collor de Melo (1990-1992) e a complementação pela lei 8.142 (BRASIL, 1990), ficam definidos os princípios e diretrizes do novo sistema de saúde, estabelecendo também uma série de atribuições: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Assistência Terapêutica Integral, entre outras.

Com base nas breves considerações acerca do contexto social, econômico e político brasileiro no início do século passado, e ainda a partir da década de 1980, os desdobramentos na política de saúde no mesmo período, torna-se possível refletir sobre a inserção do assistente social como profissional na política. Para tanto, devem-se considerar também as transformações sofridas e produzidas pelo Serviço Social no referido contexto, que evidenciam a busca por uma nova identidade profissional, fundada pelo Movimento de Reconceituação da profissão.

Diante do exposto, a partir dos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS, 2010, p. 26), destaca-se,

[...] que há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade.

Bravo (1996) traz a percepção de que na década de 1980 a profissão não estava articulada com a discussão coletiva progressista na área da saúde, representada pelo movimento

sanitário. Na década anterior, o Plano Básico de Ação do Assistente Social na Previdência¹⁸ caracterizou a ação do assistente social como “[...] uma das atividades-fim da instituição [...], tendo como meta mobilizar as capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com vistas a integração psicossocial dos beneficiários” (BRAVO, 2007, p. 103). Conforme traz Panozzo (2009, p. 69), ainda na década de 1980, dentro da categoria profissional inicia-se o questionamento do trabalho do assistente social segundo a percepção trazida no Plano Básico de Ação do Assistente Social na Previdência. Percebe-se que tal reflexão é incentivada pelo avanço do Movimento de Reconceituação, que “[...] emergia propondo um novo direcionamento social à profissão, com aspectos advindos da teoria social crítica” (PANOZZO, 2009, p. 69), amadurecendo o projeto de ruptura.

Identifica-se como um importante avanço na década a revisão curricular iniciada pela ABESS e pelo Centro de Pesquisa e Documentação em Serviço Social – CEDEPSS, no ano de 1982, fundamentando o novo currículo, aprovado em 1996, trazendo a preocupação com a direção social da formação, evidenciando a opção por uma orientação marxista. Segundo Panozzo, (2009, p. 79),

Essa possibilidade apontava o pluralismo como possibilidade de compreensão da historicidade da vida social e não da perspectiva eclética; o reconhecimento da ruptura com a ordem burguesa; as reflexões acerca do trabalho do assistente social e, acima de tudo, da questão social como matéria-prima do trabalho do assistente social, isto é, a base da fundação do Serviço Social na sociedade.

A partir disso nota-se o reconhecimento do Serviço Social como especialização do trabalho, inserido na divisão social e técnica do trabalho (IAMAMOTO, 1998, p. 22). Essas transformações são a base de constituição do novo PEP da profissão, pautado no reconhecimento do objeto de intervenção do Serviço Social: a questão social. Entendida como,

[...] as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2014, p. 83-84).

Com a compreensão da questão social, a profissão identificou que a sociedade não encontraria soluções para seus problemas sociais sem a efetiva regulação do Estado. Ancorado

¹⁸ O Plano constou da Resolução de Serviço / INPS, n. 401-4, de 07.02.1972.

numa reflexão crítica, o Serviço Social rompe com a vertente conservadora da profissão, demarcando as expressões da questão social como seu objeto de intervenção e construindo seu PEP, que se tornou hegemônico na categoria.

Conforme Netto (1999, p. 95),

Os projetos profissionais [inclusive o projeto ético político do Serviço Social] apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas [...]

O autor acrescenta ainda que o projeto profissional do Serviço Social traz a adesão da categoria à um projeto societário que almeja a construção de uma nova ordem social. Com vistas a isso, a profissão busca por meio dos seus elementos constitutivos materializar seu projeto. A partir das diretrizes curriculares percebe-se a importância das dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa na formação profissional. Destacam-se os seguintes princípios e diretrizes da formação, apresentados nas Diretrizes Curriculares de 1996:

São princípios que fundamentam a formação profissional:

1. Flexibilidade de organização dos currículos plenos, expressa na possibilidade de definição de disciplinas e ou outros componentes curriculares - tais como oficinas, seminários temáticos, atividades complementares - como forma de favorecer a dinamicidade do currículo;
2. Rigoroso trato teórico, histórico e metodológico da realidade social e do Serviço Social, que possibilite a compreensão dos problemas e desafios com os quais o profissional se defronta no universo da produção; e reprodução da vida social.
3. Adoção de uma teoria social crítica que possibilite a apreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade;
4. Superação da fragmentação de conteúdos na organização curricular, evitando-se a dispersão e a pulverização de disciplinas e outros componentes curriculares;
5. Estabelecimento das dimensões investigativa e interventiva como princípios formativos e condição central da formação profissional, e da relação teoria e realidade;
6. Padrões de desempenho e qualidade idênticos para cursos diurnos e noturnos, com máximo de quatro horas/aulas diárias de atividades nestes últimos;
7. Caráter interdisciplinar nas várias dimensões do projeto de formação profissional;
8. Indissociabilidade nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão;
9. Exercício do pluralismo como elemento próprio da natureza da vida acadêmica e profissional, impondo-se o necessário debate sobre as várias

tendências teóricas, em luta pela direção social da formação profissional, que compõem a produção das ciências humanas e sociais;
 10. Ética como princípio formativo perpassando a formação curricular
 11. Indissociabilidade entre estágio e supervisão acadêmica e profissional.
 (ABEPSS, 1996, p.06).

Outro elemento imperativo que compõe o projeto profissional é a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93), que legitima e institucionaliza o trabalho profissional a partir de parâmetros legais. Destacamos as competências e atribuições profissionais, apresentadas nos Art. 4º e Art. 5º, que trazem planejar, organizar, executar, coordenar, assessorar; desde projetos, programas, benefícios, etc. A mobilização da sociedade civil, por meio da participação social, e o papel socioeducativo da profissão também são apresentados nas competências e atribuições.

A partir da lei estão instituídas as formas de organização da profissão, por meio dos Conselhos Regionais de Serviço Social e do Conselho Federal de Serviço Social, cuja definição no Art. 7º traz que “[...] constituem, em seu conjunto, uma entidade com personalidade jurídica e forma federativa, com o objetivo básico de disciplinar e defender o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional” (Lei 8662/93).

O Código de Ética profissional do Assistente Social (CFESS, 1993) é um importante elemento de materialização do PEP do Serviço Social, com base tanto nas Diretrizes Curriculares, quanto na Lei de Regulamentação Profissional. Considerando o engajamento da categoria a um projeto societário, como traz Netto (1999), o CE expressa nos seus princípios qual projeto é esse: “Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação e exploração” (CFESS, 1993, p. 18).

Inscrito num contexto histórico, a elaboração do CE de 1993 representa o posicionamento da profissão frente às disputas político-ideológicas no contexto social dos anos 1990. Nos anos 1980 a abertura política, as lutas e organizações políticas possibilitaram a problematização do projeto político em face das disputas de projetos societários. Nos anos 1990 ocorreu então uma tendência neoconservadora e, porém, “[...] a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência à intenção de ruptura e, não por acaso, quando o Serviço Social atinge sua maioria intelectual [...]” (CFESS, 2010, p. 27). Dessa forma, a construção do CE possibilitou a demarcação e legitimação do posicionamento ético-político, servindo também como fundamentação para estabelecer o projeto profissional do Serviço Social. Conforme segue, o CE demarca questões centrais referentes ao posicionamento ético-político da profissão,

Revelada em sua densidade histórica, a sua concepção ética está articulada a valores ético-políticos, como a **liberdade**, a **justiça social** e a **democracia**, e o conjunto de **direitos humanos** (civis, políticos, sociais, culturais e econômicos) defendidos pelas classes trabalhadoras, pelos segmentos sociais excluídos e pelos movimentos emancipatórios ao longo da história. (BARROCO, 2009, p. 18, grifo nosso).

Importante ressaltar que o CE sempre vai estar em relação com o trabalho profissional. Compreender melhor o que apresenta esse CE é fundamental para saber qual PEP a profissão estabeleceu a partir das suas práticas nos processos de trabalho. Além disso,

Com base nesses pressupostos, afirmo que as ações cotidianas dos Assistentes Sociais produzem um resultado concreto que afeta a vida dos usuários e interfere potencialmente na sociedade e que nessas ações se inscrevem valores e finalidades de caráter ético. (BARROCO, 2012, p. 12 e 13).

Pensando no impacto do trabalho do assistente social, debater a relação entre teoria e prática torna-se indispensável para viabilizar a efetivação do CE e do PEP profissional, como um todo. Entre as questões trazidas por Barroco (2012) está justamente o discurso de que no dia-a-dia não se executam as premissas do CE, o que se fundamenta também na abstração da ética e dos valores, impossibilitando sua materialidade. Trata-se de um discurso vazio de significado, apenas sendo reproduzido. Relacionado a nisso, a autora traz a questão das demandas institucionais que muitas vezes atravessam os processos de trabalho, transformando-se em barreiras à efetivação do CE.

Para tanto, deve-se pensar o CE como os valores orientadores que serão postos em prática nos processos de trabalho, a partir da mediação feita pelo Assistente Social. É possível dizer que o CE só pode ser considerado efetivo se estiver presente no trabalho profissional. E estando presente no trabalho, estará contribuindo para a efetivação do PEP. O Código de Ética é o instrumento teórico-prático (BARROCO, 2012, p. 36) que materializa a ética profissional, relacionando-se profundamente com o PEP da profissão.

No CE são apresentados alguns princípios que trazem os valores éticos da profissão, tais como liberdade, autonomia, democracia, emancipação, cidadania, justiça social, etc. Importante perceber o quanto o CE de 1993 contribui para estabelecer uma relação entre o projeto profissional e um projeto societário. Dessa forma, compreende-se que existe uma reflexão crítica acerca da historicidade da profissão e da sua posição no contexto social, partindo de uma perspectiva da totalidade, para afirmar que necessariamente o projeto profissional está relacionado com um determinado projeto societário.

Com base no conteúdo do CE podemos identificá-lo como um dos pilares da direção social da profissão. Porém, é preciso problematizar o quanto esse projeto pode ser considerado hegemônico. A vinculação entre o projeto profissional e um projeto societário que objetiva a construção de uma “nova ordem societária” (CFESS, 1993, p. 18), requer uma prática atenta e vigilante para não contribuir para a reprodução das desigualdades sociais produzidas pelo capitalismo.

A partir disso, a importância de compreender o trabalho profissional do assistente social na política de saúde justifica-se também pelo reconhecimento do Serviço Social enquanto profissão da área da saúde, conforme estabelece a Resolução nº 218/1997, do Conselho Nacional da Saúde – CNS¹⁹. Além disso, é importante considerar também o projeto “Formação Profissional do Serviço Social e sua interface com a Saúde”, desenvolvido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, durante o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde – FNEPAS²⁰.

Segundo Matos (2013) a partir dos encontros de formação com professores e supervisores de estágio da área de saúde foi realizada uma pesquisa de avaliação da implementação das diretrizes curriculares, evidenciando que “[...] o ensino da saúde não ocorre em todas as unidades de ensino e quando ocorre, na maioria das vezes trata apenas da política de saúde, não havendo uma discussão sobre o exercício profissional, propriamente dito, neste âmbito” (MATOS, 2013, p. 54). Isso remete ao comprometimento da identidade profissional no espaço sócio ocupacional, que pode diluir-se entre as demais especialidades profissionais. Destaca-se, por fim, a elaboração dos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS, 2010), documento que serve como subsídio para o trabalho profissional na área da saúde.

Merece destaque, a partir do que foi trazido, a compreensão do processo histórico de formação do Serviço Social. Conforme Panozzo (2009) a partir dos momentos históricos da

¹⁹ O CNS é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho. É a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS – de caráter permanente e deliberativo, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde.

²⁰ Criado em julho de 2004, é composto atualmente pelas seguintes entidades: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Rede UNIDA, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional (RENETO), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR) – FNEPAS, *online*.

profissão, representados pelo Movimento de Reconceituação, da Reforma Curricular (1982), da Lei de Regulamentação da Profissão (1993), do Projeto Ético-Político (1980) e da leitura de conjuntura, torna-se possível compreender o Serviço Social como trabalho, caracterizando-o mais do que como mera prática profissional, mas sim “[...] como central na vida dos sujeitos e na sua relação com a sociedade, a partir dos fundamentos do trabalho humano, vinculado a uma natureza que transforma e é transformada” (PANOZZO, 2009, p. 27).

Na sequência deste trabalho buscar-se-á compreender as particularidades do trabalho profissional do assistente social na saúde, com ênfase na intervenção nas situações de maternidade e uso de psicoativos.

3.2 MATERNIDADE E USO DE PSICOATIVOS: A INTERVENÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE

No âmbito da temática maternidade e uso de psicoativos, ao considerar a concepção do trabalho profissional fundamentado²¹ na Teoria Crítica, a partir do reconhecimento da questão social e do uso do método dialético crítico, conforme foi discutido, compreende-se que trabalho do assistente social possui como uma de suas especificidades e prerrogativas a defesa do acesso aos direitos tanto das mães/mulheres e quanto de seus filhos/recém-nascidos. Da mesma forma, percebe-se que no trabalho profissional deve estar materializada a defesa da autonomia, da liberdade, da justiça social, com objetivo de contribuir para construção de uma nova sociedade, sem dominação e exploração, como preveem os princípios do CE (CFESS, 1993).

Para tanto, considera-se que “Primeiramente é importante localizar o Serviço Social como uma disciplina inserida na divisão sócio técnica do trabalho, [...] que se propõe a interpretar e agir nas tramas das relações sociais, o que envolve e articula múltiplos territórios e conhecimentos [...]” (PRATES, 2003, p. 01). Isso implica uma reflexão sobre as situações de maternidade e uso de psicoativos por meio de um processo de mediação, capaz de transcender o aparente a partir de sucessivas aproximações, superando a imediatividade e compreendendo a universalidade, para então se chegar a particularidade apresentada nas situações (PONTES,

²¹ A relação indissociável entre *história/teoria/método* é constitutiva dos Fundamentos do Serviço Social, os quais consistem numa *matriz explicativa da realidade e da profissão, particular ao Serviço Social, (re) construída processualmente* na sua trajetória histórica na realidade brasileira. Tal matriz explicativa possui dimensões *teórico-metodológicas e ético-políticas que fundamentam a dimensão técnico-operativa desta profissão*. Os Fundamentos se assentam na *conjugação de método/teoria marxistas e valores de cunho emancipatório, na análise histórico-crítica da profissão na realidade brasileira*, conformando o núcleo central da matriz explicativa hegemônica construída nas últimas décadas (CLOSS, 2015, p. 13).

2002). A mediação deverá partir das categorias do método dialético-crítico: historicidade, contradição e totalidade, fundamentais para subsidiar a intervenção do assistente social.

A contradição, é definida por Cury (1986, p. 30-31) [...] como uma negação inclusiva, onde as partes envolvidas são dependentes, em termos de significados (nega, mas não exclui o oposto), há sim, a luta e unidade dos contrários”. Nesse sentido, é preciso compreender a interdependência entre elementos que configuram as situações apresentadas, assim como o capital e o trabalho influenciam um ao outro, fundando a questão social (IAMAMOTO, 2007). Para a análise da realidade faz-se necessário também a totalidade. Conforme Prates (2003, p. 02) “[...] falar em análise de realidade como primeiro, constante e contínuo movimento significa interpretá-la a partir da totalidade com suas múltiplas e articuladas determinações, que envolvem aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos”. De acordo com os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS, 2010, p. 35) entre as competências necessárias ao exercício profissional está a “apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade”. Implicada à totalidade está a historicidade que busca contextualizar e compreender o processo histórico dos fenômenos, não os reduzindo a sua expressão no determinado momento da análise.

A partir das categorias do método constitui-se a dimensão teórico metodológica “[...] importante salientar que a dimensão teórico-metodológica permite articular as competências profissionais, arquitetar pautas interventivas com base numa leitura da realidade quando da intervenção direta junto aos usuários no dia a dia” (LEWGOY, 2009, p. 160). Com base na dimensão teórico-metodológica a profissão desenvolve a dimensão técnico-operativa, que deve ter como centralidade na intervenção não o instrumental ou as estratégias em si, mas a finalidade da intervenção (PRATES, 2003). Ambas as dimensões devem estar ancoradas na dimensão ético-política, conforme o projeto ético-político profissional, já discutido.

Entende-se, desse modo, que o fenômeno maternidade e uso de psicoativos deve ser necessariamente analisado pelo assistente social para a realização do trabalho profissional. No que se refere ao uso de psicoativos, importa destacar que o trabalho do assistente social deve se pautar na concepção de que o sujeito é um cidadão de direito. Por isso, a intervenção do assistente social em contextos de uso de psicoativos precisa estar atenta para não reproduzir práticas e ações pautadas em juízo de valor, preconceitos e discriminações, que são contrários aos princípios pautados pela direção social da profissão a partir da década de 1980.

Destaca-se a importância de considerar que,

[...] o debate contemporâneo sobre os usos de drogas na realidade brasileira tem profunda relação com o debate sobre a questão social, daí a importância de um posicionamento fundamentado e coerente com o projeto profissional do Serviço Social diante do uso de drogas como prática social e das respostas formuladas pela sociedade brasileira à essa prática (CFESS, 2011, online).

Assim, torna-se indispensável ao assistente social compreender “os usos de drogas”, enquanto prática social complexa inscrita nas condições objetivas e subjetivas do contexto da sociedade capitalista. Importante destacar um dos princípios do CE do Assistente Social (CFESS, 1993) que serve de subsídio para atuação profissional: “VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”. Além de atuar com base nessa perspectiva, é esperado do Assistente Social que ele possibilite essa discussão e reflexão nos espaços sócio ocupacionais, entre os profissionais das equipes.

Ao problematizar a determinação do que é lícito e do que é ilícito e o processo histórico, envolvendo interesses globais, econômicos, políticos, sociais, culturais, etc., no qual ela se constrói, reconhece-se que as drogas são mercadorias, satisfazem necessidades humanas. Assim como especifica Marx (2014, 42) “Não importa a maneira como a coisa satisfaz a necessidade humana, se diretamente, como meio de subsistência, objeto de consumo, ou indiretamente, como meio de produção”. Dessa forma, se ela satisfaz necessidades humanas, torná-la ilegal não restringe a busca dos consumidores, mas cria um mercado clandestino muito lucrativo.

Importante também compreender as perspectivas de intervenção em relação ao consumo de psicoativos, que podem partir do entendimento de que se trata de um problema de segurança pública, numa perspectiva de criminalização, ou de um problema de saúde pública, que pode supor uma perspectiva de medicalização. Além disso, é necessário questionar se o consumo de psicoativos das classes populares e das classes média e alta é percebido/tratado/encarado da mesma forma pela sociedade e pelo Estado.

Ao buscar essa resposta relacionando o consumo de psicoativos na maternidade, percebe-se que a reprodução de práticas de fiscalização, julgamento e punição pode incidir com maior intensidade na rotina de hospitais-maternidades públicos. Definitivamente o uso de psicoativos e a maternidade é um contexto que atrai muitos julgamentos e o estabelecimento de uma contradição entre os direitos da mãe e do bebê. Com o discurso de garantir o direito do recém-nascido à proteção acaba-se negando à puerpera o direito à maternidade. Conseqüentemente, estar-se-á promovendo a negação das necessidades sociais e dos direitos da mulher/mãe.

Relacionado a isso destaca-se a falta de problematização acerca da paternidade. Embora a temática analisada refira-se à maternidade, não há concepção/gestação sem a participação do pai, mesmo que apenas física. Nota-se, factualmente, a ausência do homem no acompanhamento à gestação e após o nascimento do bebê em grande parte das situações de maternidade e uso de psicoativos. No entanto, as reverberações da ausência masculina fazem recair sobre a mulher todas as responsabilidades. Não se ignoram as mudanças nas configurações familiares, tão pouco os significados dessas mudanças para as mulheres que romperam com a passividade do modelo patriarcal. Mas é preciso considerar a sobrecarga enfrentada pela mulher que segue não tendo a mesma liberdade de escolha que o homem. Ao pai a escolha é presente e, seja qual for, ela é aceita socialmente. Ainda que a estrutura legal busque condicionar essa escolha, culturalmente não lhe é questionado e quase nunca ele está no centro das avaliações e intervenções quando o assunto é o filho²².

Para além dessa constatação, a partir das categorias do método dialético-crítico é possível reconhecer a influência da divisão sexual do trabalho como uma produtora de discriminações de gênero. Considerando a divisão social do trabalho como responsável pela formação das classes sociais e a exploração da classe dominada pela classe dominante (MARX & ENGELS, 2007), a divisão sexual do trabalho é responsável pela exploração da mulher pelo homem quando ela e os filhos tornam-se propriedade do marido. Engels (2002, p. 156) afirma que “o providenciar a alimentação fora sempre assunto do homem; e os instrumentos necessários para isso eram produzidos por ele e de sua propriedade ficavam”. Nesse processo, “o trabalho doméstico da mulher perdia agora sua importância, comparado com o trabalho produtivo do homem; este trabalho passou a ser tudo; aquele, uma insignificante contribuição” (ENGELS, 2002, p. 157). Com isso, a mulher era responsável pelo trabalho no ambiente privado, mas sem ser reconhecido como trabalho produtivo. Com a Revolução Industrial e a entrada da mulher na produção ficam evidentes,

[...] as desvantagens sociais de que gozavam os elementos do sexo feminino permitiam à sociedade capitalista em formação arrancar das mulheres o máximo de mais-valia absoluta através, simultaneamente, da intensificação do trabalho, da extensão da jornada de trabalho e de salários mais baixos que os masculinos (SAFFIOTH, 2013, p. 67).

Compreendendo o quanto a divisão de sociedade em classes, a partir da contradição entre capital e trabalho, gerou desigualdades e necessidades sociais para a classe trabalhadora,

²² Ressaltam-se os processos de pedido de pensão, em que o pai é o réu. No entanto, essa não é uma situação presente nas situações de maternidade e uso de psicoativos.

entende-se que a divisão sexual do trabalho produziu um contexto que particulariza a exploração vivida pelas mulheres, acentuando discriminações que também possuem cunho cultural. Nesse sentido, a maternidade, enquanto fenômeno feminino marcado pela ausência do homem, reproduz a exploração e discriminação vividas pelas mulheres na sociedade capitalista e machista. Essas são considerações importantes para o trabalho do assistente social na saúde, uma vez que “[...] é fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana. Os indivíduos em sua diversidade expressam diferenças quanto às relações de gênero, étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero [...]” (CFESS, 2010, p. 49).

Com intuito de dar materialidade às discussões propostas até aqui, acrescenta-se ainda a seguinte concepção da intervenção do assistente social na saúde a partir dos pressupostos da profissão,

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito o Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (CFESS, 2010, p. 49).

Sustentada pelo que foi discutido até o momento, propõe-se no próximo capítulo uma análise acerca do trabalho do assistente social nas situações que envolvem maternidade e uso de psicoativos dentro da política de saúde. Para tanto será considerada a experiência de estágio obrigatório em Serviço Social em uma maternidade pública da cidade de Porto Alegre, além da pesquisa realizada com seis assistentes sociais que trabalham em maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana.

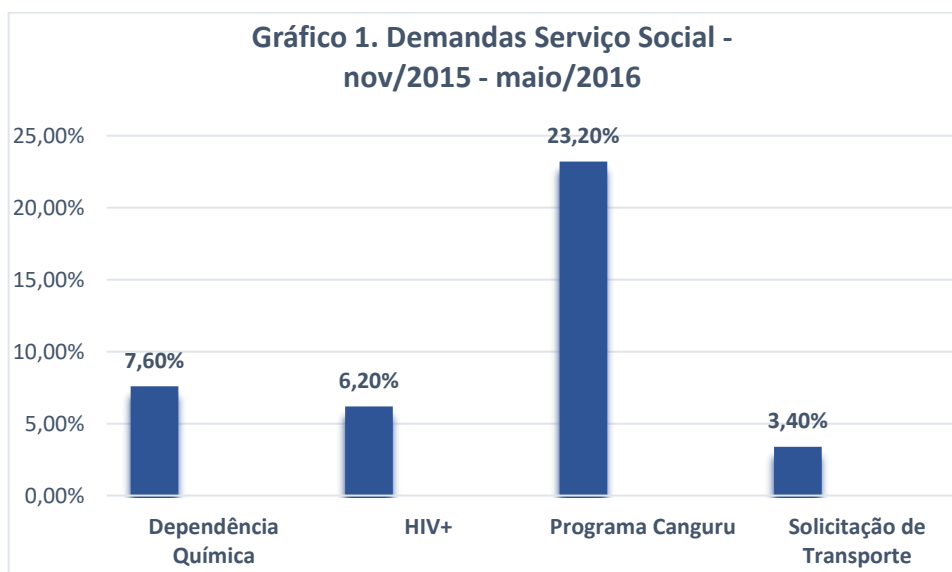
4. ANÁLISE DA REALIDADE: EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO E O PROCESSO DE PESQUISA NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DE PORTO ALEGRE E REGIÃO METROPOLITANA

4.1 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE PÚBLICA

A importância da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social deve ser considerada para que se possa compreender suas consequências e potencialidades, tanto no âmbito da formação individual do estudante, quanto no que se refere à proposição de reflexão e problematização acerca do trabalho do assistente social, possibilitando a produção de novas perspectivas e saberes sobre o trabalho e sobre espaço sócio ocupacional.

O estágio em Serviço Social na maternidade pública teve início no primeiro semestre de 2016, encerrando-se no primeiro semestre de 2017, totalizando três semestres de experiência no Centro Obstétrico e na Unidade de Internação Obstétrica, que compreende o alojamento conjunto de mães e bebês. Desde o seu início a experiência trouxe conhecimentos, reflexões e apontamentos que contribuíram de forma determinante para a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.

Na análise sócioinstitucional, realizada no primeiro semestre do estágio, destacaram-se algumas considerações. Dentre elas, as demandas que chegavam ao Serviço Social da unidade. Verificou-se na ocasião, a partir de estudo do banco de dados em que eram registrados todos os atendimentos realizados na unidade, que algumas demandas eram recorrentes, como percebe-se na sistematização que segue.



Fonte: OLIVEIRA (2016a, p. 31).

Identificou-se que, do total de atendimentos realizados no referido período, 7,6% apresentavam questões relacionadas à uso de psicoativos, o que chamou a atenção e deu início à motivação para elaboração e proposição do projeto de intervenção da estagiária de Serviço Social e, posteriormente, este TCC.

Conforme o fluxo de trabalho na instituição, nas situações em que a puérpera é usuária de psicoativos, o Serviço Social é/era acionado pela equipe multiprofissional por meio de solicitação de consultoria, iniciando o acompanhamento. Destacou-se na ocasião, no acompanhamento realizado pela assistente social, a busca pela rede de apoio familiar, que pudesse dar suporte aos cuidados da criança; o encaminhamento de relatório social para o CT responsável pela região onde reside a puérpera, solicitando acompanhamento no território; o encaminhamento da puérpera para tratamento de desintoxicação e/ou grupo de Gestantes e Recém-Nascidos, que visava o fortalecimento de vínculo; e a busca dos serviços da rede em geral, para acompanhamento intersetorial da puérpera e seu recém-nascido.

No entanto, percebeu-se que em grande parte dos casos era solicitada avaliação do JIJ, encaminhando relatório social para a 2ª Vara da Infância e Juventude de Porto Alegre. A partir disso, o assistente social aguarda o agendamento de audiência que decidiria sobre a guarda do recém-nascido, com base no relatório da assistente social e na escuta dos interessados – puérpera, familiares, etc. No caso de ser constatada inviabilidade da mãe ficar com a guarda do bebê, a guarda provisória pode ser dada para um familiar e determinado um estudo social para avaliação do caso. Na ausência de alguém que seja considerado apto para assumir a guarda provisória, o bebê é encaminhado para o acolhimento institucional.

Com base nas análises produzidas no Estágio I, percebeu-se que pelo curto tempo de internação, em média três dias, os encaminhamentos acabavam focalizando na proteção do recém-nascido e enfrentando dificuldades para garantir os direitos tanto da mulher/mãe quanto do recém-nascido/filho. Nesta constatação, questionou-se se não poderia ser diferente o desfecho dos casos em que o recém-nascido é encaminhado para acolhimento institucional, a partir da problematização do acompanhamento, intervenção e encaminhamentos do assistente social. Entre as considerações feitas está que o uso de psicoativos e, muitas vezes, a situação de rua, é consequência de uma trajetória de negligência e “desacesso”, caracterizados pela falha do Estado na disponibilização de recursos às Políticas Sociais, considerando que as Políticas Sociais deveriam,

[...] permitir aos cidadãos acessar recursos, bens e serviços sociais necessários, sob múltiplos aspectos e dimensões da vida: social, econômico, cultural, político, ambiental, entre outros. É nesse sentido que as políticas públicas devem estar voltadas para a realização de direitos, necessidades e potencialidades dos cidadãos de um Estado. (YAZBEK, 2008, p.85).

Viu-se, então, como primordial que o Serviço Social representasse a busca pela superação dessa negligência, a partir de um acompanhamento que não estivesse restrito ao emergencial e possibilitasse a garantia de direitos. Compreendeu-se que o objeto do Serviço Social na maternidade não poderia ser reduzido na mesma medida em que é o tempo de acompanhamento por conta da alta hospitalar da puérpera. Dessa forma, a partir das reflexões conjuntas com a supervisão acadêmica e de campo de estágio, compreendeu-se que estabelecer interlocução com a rede de serviços, com vistas à garantia de direitos e acesso à serviços, poderia ser uma estratégia de superação de um possível processo de trabalho pragmático e/ou alienado, resumido aos encaminhamentos de relatórios sociais aos CT e JIJ.

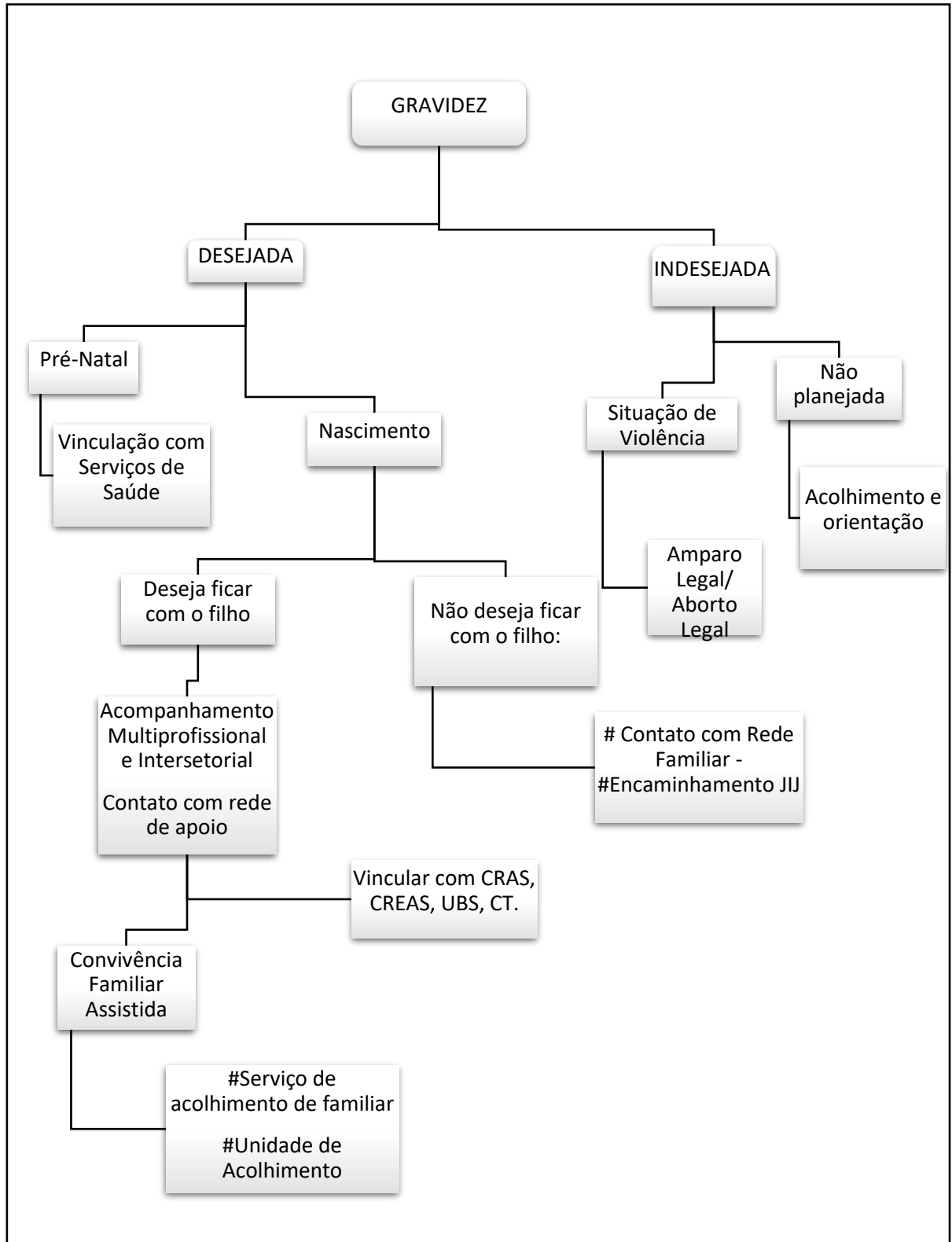
Com base nisso, foi construído o projeto de intervenção de estágio em Serviço Social, intitulado “*Integralidade e Intersetorialidade no atendimento às mães usuárias de psicoativos e seus recém-nascidos*”, iniciando sua execução em setembro de 2016 e finalizando em maio de 2017. O projeto teve como objetivo geral “Organizar um fluxo de atendimento às puérperas com histórico de uso abusivo de psicoativos e seus recém-nascidos, com base nos princípios da intersetorialidade e da integralidade, a fim de efetivar os direitos da mãe e do bebê previstos nas bases legais” (Oliveira, 2016b, p. 13). Os objetivos específicos foram:

1. Conhecer as **diferentes instituições** que atuam na garantia de direitos da criança e do adolescente e da puérpera, com vistas a promover um fluxo de atendimento **integral** que garanta o atendimento às necessidades sociais – saúde, educação, assistência, etc.
2. Promover ações com a rede **intersetorial** de atendimento das puérperas e recém-nascidos com base no conceito de **proteção integral** para garantir a linha de cuidado em saúde.
3. Fomentar a **discussão** sobre o cotidiano de atendimento na Unidade de Internação Obstétrica, no que se refere ao cuidado em saúde, assim como sobre a intervenção da equipe de saúde e o fluxo de encaminhamentos, para garantia do cuidado em saúde.
4. **Acompanhar a puérpera** em caso de perda provisória da guarda do recém-nascido, visando a vinculação a serviços que possibilitem a retomada da guarda, caso seja do seu interesse. (Oliveira, 2016b, p. 13).

As justificativas e fundamentações para o projeto partiam do que já foi discutido aqui: os marcos legais, os fundamentos da intersetorialidade e integralidade, a reflexão sobre o trabalho do assistente social e a problematização da temática maternidade e uso de psicoativos.

A partir da convergência destes elementos buscou-se construir e promover um novo fluxograma de acompanhamento, que permitisse visualizar as possibilidades e caminhos durante o acompanhamento, contemplando tanto os direitos da mãe/mulher, quanto do filho/recém-nascido. Segue abaixo o fluxograma:

Quadro 03 – Fluxograma de atendimento de puérperas com histórico de uso abusivo de psicoativos



Fonte: OLIVEIRA (2017, p. 31).

Para a execução do fluxo propunha-se como uma das principais ações a promoção de ações de intersetorialidade, articulando políticas e serviços. Assim, foram realizadas visitas às instituições da rede intersetorial de diferentes territórios, que atendem ou poderiam atender gestantes/puérperas com histórico de uso abusivo de psicoativos. Para conhecer o trabalho do assistente social, as visitas foram pré-agendadas com algum profissional da instituição. As instituições, a data, o endereço e o profissional²³ que recebeu a visita estão especificadas na tabela que segue:

Tabela 01 – Visitas Institucionais realizadas durante execução do projeto de intervenção “Integralidade e Intersetorialidade no atendimento às mães usuárias de psicoativos e seus recém-nascidos”

| PROJETO DE INTERVENÇÃO – VISITAS INSTITUCIONAIS (2016/2017) | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| LOCAL | DATA | ENDEREÇO | CONTATO |
| Centro de Referência de Assistência Social - CRAS - Centro | 15/09/2016 quinta-feira 13h - 15h | Rua Sebastião Leão, 276 32895048 | Assistente Social |
| Conselho Tutelar - Micro 8 | 19/09/2016 Segunda-feira 13h | Rua Jerônimo de Ornelas, 161 3289 8482 - 8483 - 8486 - 8487 | Conselheira Tutelar |
| Coordenadoria Estadual da Infância e Juventude | 21/09/2016 Quarta-feira 14h | Pça. Marechal Deodoro, nº 55, 4º andar - sala 424 - Porto Alegre/RS | Assistente Social |
| Centro de Saúde Santa Marta | 23/09/2016 Sexta-feira 14h | Rua Capitão Montanha, 27 3289-2913 - 2969 – 6º andar | Assessora Técnica Gerência Distrital |
| Maternidade Hospital São Lucas | 13/12/2016 Terça-feira 15h | Av. Ipiranga, 6690 - Ipiranga, Porto Alegre - RS, 90610-000 Telefone: (51) 3320-3000 - 8h às 14h | Assistente Social |
| Consultório de Rua Grupo Hospitalar Conceição | 10/04/2017 Segunda-feira 15h30min | Praça Alfred Sehbe, 45/ Vila Ipiranga. | Assistente Social |
| Unidade Básica de Saúde Primeiro de Maio | 19/05/2017 Segunda-feira 14h | Endereço: Av. Prof. Oscar Pereira, 6201 - Cascata, Porto Alegre - RS, 91712-320 Telefone: (51) 3318-4841 | Enfermeira |

Fonte: OLIVEIRA (2017, p. 09).

²³ Não será divulgado o nome do profissional por não ter sido solicitada prévia autorização para tanto.

Todas as visitas trouxeram conhecimentos sobre a rede intersetorial de serviços, bem como importantes contribuições dos profissionais das instituições acerca das possibilidades e dificuldades do trabalho intersetorial com situações de maternidade e uso de psicoativos.

Além das visitas, outras ações de articulação intersetorial foram promovidas no acompanhamento de casos concretos. Dessas experiências algumas constatações se destacaram, dentre elas a lógica de culpabilização dos sujeitos, que não “aderiam” ao acompanhamento proposto, e a desresponsabilização dos serviços e instituições. Refletiu-se que a tentativa de promover intersetorialidade esbarra não só na precarização das políticas, mas também na não “adesão” dos serviços às possibilidades de ações. Ainda que seja inegável o retrocesso no contexto atual, tanto no que se refere à concepção de direito e aos investimentos em políticas sociais, quanto em relação ao avanço da culpabilização dos indivíduos numa perspectiva neoliberal de sociedade; é preciso compreender que a intersetorialidade é também uma estratégia de superação, como já foi discutido neste trabalho. Sendo assim, entende-se que os trabalhadores que operacionalizam e executam as políticas intersetoriais precisam estar implicados na construção e defesa dos direitos. Precisam compreender do que se trata a intersetorialidade, seus fundamentos teóricos e suas bases legais.

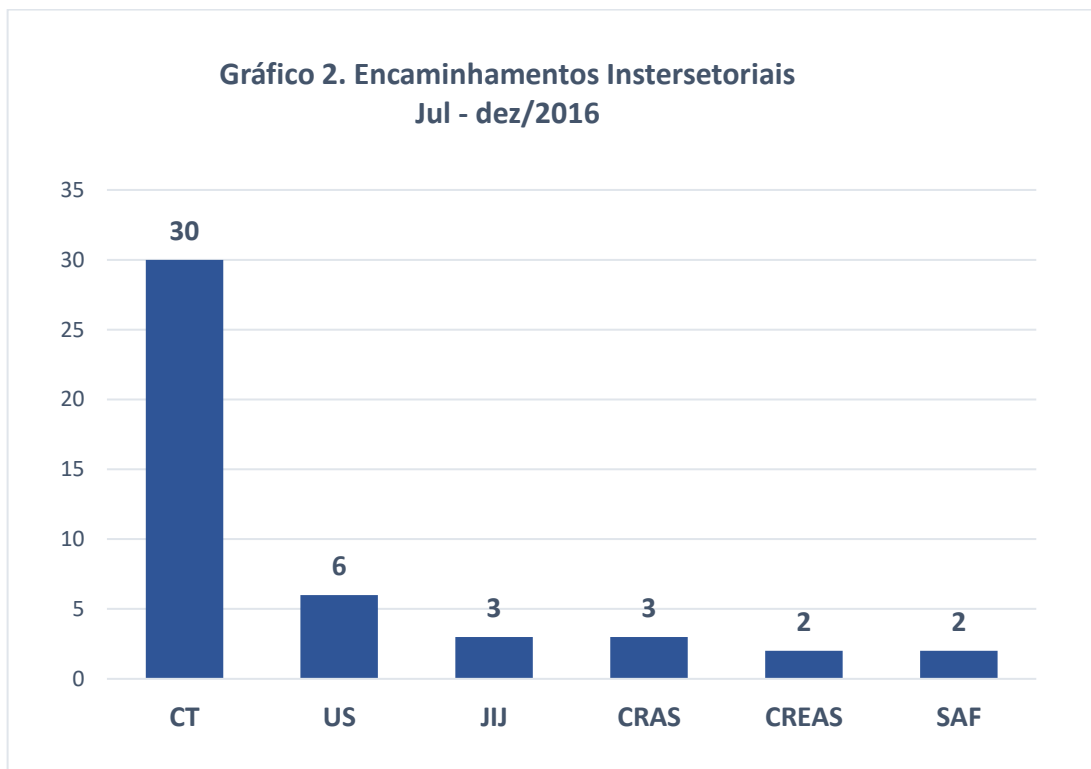
Nesse sentido, outra problematização pertinente que surgiu na execução do projeto diz respeito a setorialidade, na perspectiva de ter serviços bem constituídos, com identidades formadas e relacionadas ao contexto do território em que atuam. Não existindo essa setorialidade os serviços não atuam conforme seus fundamentos legais na operacionalização das políticas, menos ainda conforme as bases que orientam a promoção de ações intersetoriais na perspectiva da integralidade. A precarização somada à indisposição dos trabalhadores acarreta o não serviço, podendo tornar nula a presença da instituição na rede para fins de articulação intersetorial.

Além da realização de visitas institucionais e do acompanhamento de casos promovendo ações intersetoriais partindo do fluxo de atendimento proposto no projeto, buscou-se também aprofundar a discussão com equipe de saúde da maternidade na qual se desenvolveu o estágio, como por exemplo, os conceitos que fundamentaram o projeto, buscando também estabelecer a participação de toda a equipe na construção da intervenção e acompanhamento das mulheres/mães usuárias de psicoativos e seus recém-nascidos. Nesse ponto, destaca-se que há muito a ser feito para superar o processo de trabalho fragmentado na saúde.

Importante considerar que tradicionalmente tem-se a centralização no poder médico, assim como discute Foucault (2008), trazendo que o papel do médico interfere nos modos de vida individuais e coletivos, relacionados não só à doença, mas também ao comportamento,

incluindo questões como sexualidade e fertilidade. Sendo assim, ao propor o envolvimento de todos os profissionais na discussão de casos e na proposição de intervenções, estar-se-á construindo uma relação horizontal entre as competências de cada área, rompendo com o modelo de centralização no poder médico. O desafio está em despertar a predisposição dos médicos a se colocarem nessa relação de horizontalidade com objetivo de garantir a integralidade e os direitos de cada paciente.

Após a construção, a proposição e a execução do projeto foi possível avaliar seus resultados a partir dos casos concretos acompanhados no Serviço Social da instituição. Essa avaliação partiu da revisão através das evoluções em prontuário e dos Relatórios Sociais construídos pela estagiária de Serviço Social e assistente social supervisora de campo, referentes às situações de maternidade e uso de psicoativos identificadas. A partir dessa revisão verificou-se quais encaminhamentos e articulações foram feitas com os serviços da rede intersetorial. Após a sistematização das informações, foi proposto a comparação entre o período de Julho à Dezembro de 2016, fase anterior e inicial do projeto, e o período de Janeiro à Junho de 2017, durante a execução do projeto. No primeiro período referido identificou-se a seguinte distribuição de encaminhamentos:

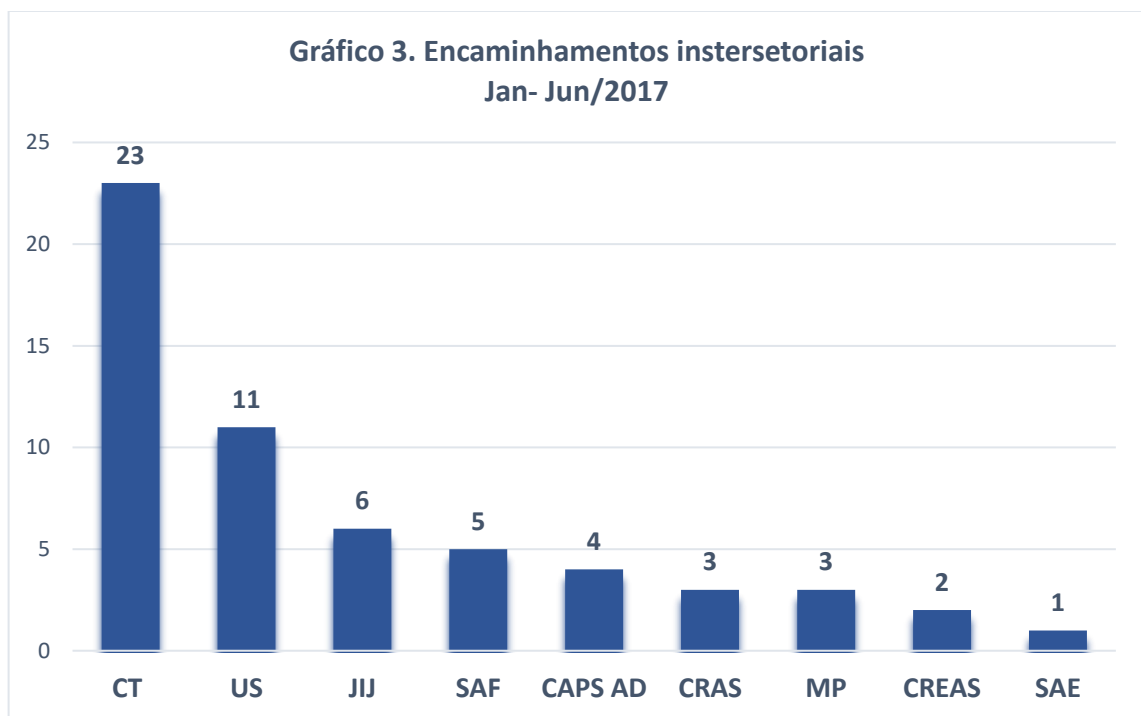


Fonte: OLIVEIRA (2017, p. 20)

Foram identificados 34 casos atendidos no referido período no qual o projeto estava no momento de elaboração e pré-execução. Os 34 casos geraram 46 encaminhamentos (o mesmo caso pode receber múltiplos encaminhamentos) distribuídos conforme o gráfico acima. Conforme levantamento, todos os casos envolviam histórico de uso de psicoativos pelos genitores – grande maioria pela mãe e também pelo pai.

Entre os apontamentos realizados estava o baixo número de encaminhamentos para serviços diversos de assistência social e saúde e o alto número de encaminhamentos ao Conselho Tutelar. Importante observar que muitos casos já poderiam estar sendo acompanhados pela assistência social, ou pela saúde da família etc., no respectivo território de moradia, o que não exclui a importância de articular a troca entre os serviços, potencializando esse acompanhamento.

A sistematização do segundo período, Janeiro à Junho de 2017, que se refere ao momento em que o projeto estava em execução, evidenciou o seguinte:



Fonte: OLIVEIRA (2017, p. 19).

Nesse período foram identificados 32 casos e 58 encaminhamentos (lembrando que um mesmo caso pode ter recebido múltiplos encaminhamentos). Inicialmente, percebeu-se que o número de encaminhamentos para o Conselho Tutelar diminuiu. De julho a dezembro de 2016, 30, dos 34 casos atendidos, o que equivale a 88%, foram encaminhados ao Conselho Tutelar, representando 66% do total de encaminhamentos aos serviços intersetoriais. Enquanto que de

janeiro a junho de 2017, esse número caiu para 23, dos 32 casos atendidos, equivalente a 72%, representando 40% do total de encaminhamentos aos serviços intersetoriais.

Especificando os encaminhamentos para a rede intersetorial (excluindo o Conselho Tutelar), no período de julho a dezembro identificam-se 34%, e no período de janeiro a junho de 2017 esse índice subiu para 60%. É preciso problematizar que o mero encaminhamento não significa uma efetiva promoção de intersectorialidade, mas pressupõe o movimento para a sua promoção, considerando que é a partir do contato que se inicia a articulação entre os serviços. Além disso, observou-se a criação de espaços de discussão intersectorial a partir do acompanhamento de casos concretos.

Percebendo a amplitude do projeto proposto, encontrou-se dificuldade em visualizar seus resultados. Destaca-se que mais do que uma intervenção pautada na execução de um fluxo que expressa uma perspectiva de trabalho, o projeto trouxe o tema maternidade e uso de psicoativos para o debate dentro da instituição e na rede de serviços. Mesmo que seja um debate incipiente por ainda lidar com elementos de juízo de valor e julgamentos morais, percebeu-se que foi possível apontar a fundamentação legal que deve orientar o trabalho intersectorial, bem como os direitos das mulheres usuárias de psicoativos ao exercício da maternidade.

A análise sócio institucional deu início a um inquietamento que só cresceu após a proposição e execução do projeto de intervenção. Dessa inquietação nasceu a certeza da necessidade de avançar no debate sobre o tema e na reflexão sobre a importância do trabalho do assistente social na promoção de intersectorialidade, superando ações que negam direitos. Para tanto, viu-se na pesquisa a possibilidade de reunir subsídios para compreender a realidade, propondo reflexões e transformações necessárias.

4.2 A PESQUISA COM ASSISTENTES SOCIAIS TRABALHADORAS DAS MATERNIDADES PÚBLICAS DE PORTO ALEGRE E REGIÃO METROPOLITANA

Como referido anteriormente, a trajetória até a proposição da pesquisa teve início na experiência de estágio obrigatório em Serviço Social, se constituindo a partir da reflexão e do amadurecimento teórico, impulsionados pela motivação e qualificação da orientação acadêmica no processo de elaboração do projeto de TCC. Vale ressaltar que a concepção, a elaboração e o encaminhamento de projeto de pesquisa aos Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul²⁴ foi em outubro de 2017. Após avaliação e retorno para correções foi novamente encaminhado ainda em outubro de 2017, recebendo retorno somente

²⁴ COMPESQ/PROSPEQ – UFRGS

em março de 2018. A espera de cerca de cinco meses prejudicou substancialmente o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que seu produto comporia este TCC, com prazo de entrega para o mês de junho de 2018. Superadas as adversidades, nota-se que a sua realização foi insubstituível para a construção deste TCC, principalmente no que se refere ao aprendizado adquirido.

A pesquisa com título **“O(a) assistente social e a promoção de intersectorialidade no trabalho com maternidade e uso de psicoativos”**, caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, com base no traz de Minayo (1994), afirmando que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Apresenta como método o dialético-crítico, fundamentado na perspectiva do materialismo histórico construído por Marx, pois conforme Minayo (1998, p. 34) “(...) interpreta a realidade como uma totalidade onde tantos fatores visíveis como as representações sociais, integram e configuram o modo de vida condicionado pelo modo de produção científica”.

O universo da pesquisa foi composto a partir da identificação das assistentes sociais trabalhadoras das maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana. Foram identificadas e selecionadas 15 (quinze) maternidades públicas e quinze (15) assistentes sociais. Dentre elas, quatro (4) não tiveram disponibilidade para participar da pesquisa, uma (1) por estar de férias, uma (1) por estar de licença-saúde, uma (1) por requerer aceite do comitê de ética da instituição em que trabalha e uma (1) por excesso de trabalho e falta de tempo. Outras quatro, não obteve-se sucesso na busca por contato via instituição em que trabalham. Entre as demais, uma delas, foi feito contato e apresentada a pesquisa, combinando que daria retorno para agendamento da entrevista, porém isso não ocorreu. Sendo assim, ao todo foram entrevistadas seis (6) assistentes sociais que trabalham em maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana.

Destaca-se o critério de que se entrevistaria no máximo uma assistente social por instituição selecionada. Dessa forma, as seis assistentes sociais representam seis maternidades públicas, sendo duas da região metropolitana e quatro da cidade de Porto Alegre. Ressalta-se que não serão identificadas as maternidades e as profissionais, com intuito de preservar o sigilo e não expor as profissionais e as instituições.

O instrumento de pesquisa foi a entrevista na aplicação de um formulário semiestruturado (APÊNDICE A) com perguntas abertas e fechadas e observação livre. Para a validação do instrumento de coleta da pesquisa foi realizado o pré-teste com o intuito de avaliar se o roteiro estava coerente à proposta da pesquisa. Para a análise das informações obtidas fez-se uso da análise de conteúdo. Segundo Bardin a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção/ recepção dessas mensagens. (2011, p. 42).

Para a interpretação dos dados utilizar-se-á os caminhos metodológicos prescritos por Bardin (2011): a pré-análise, a codificação e a categorização. Lembrando que o *corpus* teórico está presente em todos os momentos da análise, propiciando um movimento de leitura dos dados, sendo esse “o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação” (MINAYO, 1998, p. 236). O último passo da análise de conteúdo refere-se à Inferência e Interpretação de dados. A inferência caracteriza-se como um processo de indução, tendo como base a decodificação das unidades de sentido e de códigos. A inferência está diretamente relacionada à interpretação dos dados superando a “dicotomia objetividade versus subjetividade, exterioridade versus interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é o momento da práxis do pesquisador”. (MINAYO, 1998, p. 237).

A pesquisa resguarda aspectos éticos que envolvem Seres Humanos, respeitando o que versa a Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012 e ainda na Resolução número 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) que considera a livre participação do sujeito que, antes da entrevista, leu e assinou duas vias, tendo ficado uma com o entrevistador, outra com o entrevistado.

Sobre os participantes da pesquisa, importa considerar que a caracterização/contextualização da composição da amostra faz-se necessária para a compreensão das respostas, partindo dos elementos que interagem na sua constituição. A partir da caracterização pretende-se compreender a relação que se estabelece entre as concepções e percepções dos assistentes sociais participantes, com os elementos objetivos e subjetivos diversos, que atravessam e constituem cada sujeito.

Destaca-se que todas as assistentes sociais trabalhadoras das quinze maternidades identificadas são do sexo feminino, reproduzindo o panorama geral da profissão, que é reconhecida por ser majoritariamente composta por profissionais mulheres. Isso remonta a origem do Serviço social, já discutido neste TCC, quando a mulher representava os ideais de caridade e moral que lhe conferiam qualificação para assumir as prerrogativas da profissão (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014). Nesse sentido, importa compreender que,

Se a imagem social predominante da profissão é indissociável de estereótipos socialmente construídos sobre a imagem social da mulher na visão tradicional e conservadora de sua inserção na sociedade o processo de renovação do Serviço Social é também tributário da luta pela emancipação das mulheres na sociedade brasileira (1999, p.105)

Isso significa dizer, também, que a profissão é atravessada pelos preconceitos e distinções de subalternidade que o gênero feminino sofre na sociedade, marcada pelo patriarcado e pelo machismo. Numa sociedade em que mulheres recebem menor remuneração em relação aos homens pelo desempenho da mesma profissão, é possível compreender que a predominância feminina no Serviço Social acarreta configurações e representações à profissão.

Como referido anteriormente, das quinze assistentes sociais identificadas, seis participaram da pesquisa. Destas, uma possui mais de 50 anos duas mais de 40 anos, outras duas mais de 30 anos e uma menos de 30 anos – as idades não foram apresentadas exatamente conforme a realidade para preservar as profissionais, uma vez que o número de assistentes sociais trabalhadoras de maternidades públicas é pequeno. Isso evidencia uma diversidade de trajetórias e experiências em face do contexto social, econômico e político em constante transformação. Percebe-se essa transformação ao considerar os períodos históricos das décadas de nascimento das assistentes sociais, caracterizados de forma abrangente: 1960 marcada pelo golpe militar; 1970 marcada pelo endurecimento da ditadura militar; década de 1980 marcada pela mobilização social e abertura política; e década de 1990 marcada pelo avanço das políticas neoliberais.

Sobre o ano da conclusão da graduação em Serviço Social, verifica-se que a variação é de 5 anos até 34 anos, ressaltando-se que a metade delas possui entre 5 e 6 anos de formação. Em termos históricos, constata-se que duas delas se formaram no período de aberta política no Brasil e de fortalecimento da Intenção de Ruptura do Movimento de Reconceituação da profissão. Nos anos 2000 formou-se uma delas, e nos anos 2010, formaram-se três delas. Três das profissionais entrevistadas cursaram Serviço Social em instituição de ensino particular localizada na cidade de Porto Alegre, duas em instituição de ensino particular na região metropolitana e uma em instituição de ensino particular no interior do Estado. Quatro das assistentes sociais entrevistadas possuem especialização e uma está cursando mestrado *strictu sensu* e residência em curso.

Em relação ao tempo de atuação na instituição, em específico na maternidade, uma possui mais de 25 anos, duas possuem exatamente 13 anos, e três possuem até 4 anos de atuação. Dessa forma, pode-se considerar que metade da amostra possui longa experiência na maternidade, caracterizada por ser superior há dez anos, enquanto metade possui uma

experiência menor, de até 4 anos. Sobre experiência profissional anterior como assistente social, identifica-se que uma possui experiência na política de assistência social, uma na política de segurança pública, duas na política de saúde e duas não possuem experiências anteriores.

Com base nas informações de identificação das entrevistadas, percebe-se que as assistentes sociais entrevistadas para execução da pesquisa compõem uma amostra diversa, com variedade de idades, anos de formação e experiências de trabalho na profissão, evidenciando a necessidade da realização adequada do percurso metodológico da análise de conteúdo, conforme Bardin (2011), com objetivo de produzir conhecimento a partir das informações obtidas.

4.2.1 Análise dos dados

Para o desenvolvimento deste item serão elegidas algumas categorias. Ressalta-se que as possibilidades de análise provenientes da realização da pesquisa não se esgotam nessas categorias. Considerando os limites do TCC, apresentar-se-ão as categorias que contemplem as questões norteadoras, com intuito de responder ao problema de pesquisa, através do método da análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

Aborda-se, inicialmente, a categoria **expressões da questão social**, relacionada à questão norteadora: “Como os assistentes sociais identificam as expressões da questão social em situações que envolvem maternidade e uso de psicoativos?”. Conforme Iamamoto,

A questão social diz respeito ao conjunto das expressões de desigualdades engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (IAMAMOTO, 2001, p. 10).

A partir da fala das entrevistadas, identifica-se o reconhecimento da precarização das políticas públicas, evidenciando a falha do Estado enquanto responsável por garantir os direitos sociais. Além disso, a pobreza, a fragilidade de vínculo/suporte familiar e o uso de psicoativos são também identificadas como expressões da questão social.

Uso de drogas, **dependência química**. No geral é a vulnerabilidade social e falta de informação [...] tem muita **pobreza**, falta de saneamento básico, falta de acompanhamento da rede, é um descaso total com essas pessoas. [...] **Política pública não alcança** todo o município. A prefeitura não faz concurso público, perdem-se todos os recursos, cada vez enxuga mais as equipes. [...] falta de apoio da rede e de política pública, total. [...] (fala da assistente social 1).

Violência, eu não sei se a gente chama de questão social isso, mas a suscetibilidade que a mulher fica de se envolver em delitos, **por causa da droga**. **A baixa escolaridade** também. E que eu acho que talvez seja o principal é **o pouco vínculo familiar**, no geral elas tem um vínculo muito frágil familiar e com a comunidade. (fala da assistente social 2).

Eu vejo muito baixa escolaridade, **falta de apoio de família**. É vinculado a questão da **pobreza**, uma grande maioria já tem uma vulnerabilidade social importante. [...] (fala da assistente social 3).

Não **acesso à saúde**, a atenção básica. Não acesso à renda. **A fragilidade de vínculos familiares**. Violência. **Acesso à moradia**, muitas vezes, também. Depende muito da complexidade do uso, se for uma pessoa que faz uso esporádico de maconha não vai trazer tantas expressões quanto alguém que faz uso de crack, porque o prejuízo causado pela droga se diferencia pela intensidade e pelos padrões de uso. **A pobreza**, de forma geral, não só o não acesso à renda. (fala da assistente social 4).

A questão do **abandono por parte dos familiares**. Delas não conseguirem sair do meio de uso de substâncias, da **dificuldade pela questão do vício** mesmo, da doença. O não suporte que tem aqui. A rede é muito frágil de atendimento. [...] **sem as políticas públicas estarem funcionando** melhor aqui a situação fica bem crítica. [...] elas vêm com várias demandas sociais, **sem local de moradia**, sem convívio com a família. Situação de vulnerabilidade bem importante, em condições precárias de cuidado, então a gente sabe que falta algumas coisas funcionarem melhor aqui na rede de atendimento do município. (fala da assistente social 5).

Abandono familiar, saúde pública não contempla. Elas estão na invisibilidade a maioria. [...] fica aquela pergunta **de quem falha primeiro, se é o Estado, se é a família, todos nós?** Mas acho que é principalmente, elas ficam repetindo modelos, vínculos fragilizados, **uso de drogas** na família. (fala da assistente social 6).

As percepções trazidas pelas assistentes sociais 1, 4, 5 e 6, evidenciam o reconhecimento da responsabilidade do Estado no que se refere a oferta de recursos às políticas públicas, garantindo os direitos sociais, como acesso à saúde, educação, moradia, assistência social, etc. No entanto, em contraposição a isso, com exceção da assistente social 1, todas as demais profissionais são unânimes na identificação da fragilidade dos vínculos familiares como corresponsável pelas expressões da questão social apresentadas nas situações de maternidade e uso de psicoativos. A fragilidade de vínculo familiar, muitas vezes justificada por uma trajetória de reprodução a partir das condições objetivas de vida, acaba sendo percebida como responsável pelas situações de uso de psicoativos, tanto pelo início do uso, quanto pela sua manutenção. Na análise das falas das entrevistadas, identifica-se que a família acaba sendo mais responsabilizada que o Estado.

No modelo brasileiro, a família possui lugar central nos programas de transferência de renda, bem como em outras políticas sociais que fazem parte do tripé da seguridade. Miotto (2009) traz a importância da problematização quanto ao desenvolvimento das políticas sociais e às influências externas, como o mercado e a ideologia neoliberal. Nota-se a tendência conservadora de instituir a família como a base das políticas sociais, a partir dos interesses do mercado econômico, responsabilizando a família, esperando que ela se submeta às condições de trabalho e de consumo da sociedade neoliberal para garantir sua proteção.

Essa nova configuração trouxe desdobramentos importantes no contexto das relações sociais, e dentre eles destacam-se o processo de transferência para o interior das famílias de problemas e conflitos gerados no âmbito das relações de produção e a cruzada para a inculcação do ideal de uma nova família com funções e papéis claramente definidos (MIOTO, 2009, p. 132).

Ainda que a noção de família fosse problematizada o suficiente para dar conta da complexidade e diversidade das relações contemporâneas, o indivíduo precisa adquirir maior centralidade nas políticas sociais. O sistema de proteção precisa ser estruturado de forma a considerar as pessoas enquanto sujeitos ativos, que podem estar em diferentes funções, ações, relações, e necessitam de proteção e garantia de direitos. Além disso,

[...] a capacidade de cuidado e proteção da família está diretamente relacionada ao cuidado e à proteção que lhe são garantidos através das políticas sociais, especialmente das políticas públicas. Nessa perspectiva a família na sociedade brasileira hoje, mais que ser reconhecida como instância de cuidado e proteção, deve ser reconhecida como instância a ser cuidada e protegida, enfatizando a responsabilidade pública. (MIOTO, 2004, p.03).

A partir das falas das assistentes sociais, percebe-se também a compreensão do uso de psicoativos enquanto expressão da questão social. Porém, outra perspectiva de entendimento considera que o uso de psicoativos se inscreve na dinâmica de reprodução da vida social enquanto elemento que se relaciona às expressões da questão social, enquanto particularidade da pobreza e das classes subalternizadas, exploradas e excluídas. Enquanto prática, identifica-se que o uso de psicoativos não se restringe às classes subalternizadas.

Diante disso, podemos considerar que o “consumo de drogas”, em certos momentos, pode até ser considerado como uma expressão da “questão social”, porém temos que levar em conta que não é um fenômeno exclusivo do proletariado “jogado” ao pauperismo [...]. Portanto, o mais correto é afirmar que o fenômeno social do “consumo de drogas” está perpetrado pelas expressões da “questão social”, já que ora é intensamente determinado pelo pauperismo (assumindo a condição de expressão da “questão social”) e ora é apenas um fenômeno relacionado a este, considerando que atinge todas as classes sociais. (SOUZA, 2012, p. 280)

Deve-se considerar também que a identificação do uso de drogas e do suporte familiar como expressões da questão social remete a uma lógica de individualização da questão social. Conforme referido no item que aborda a integralidade e a intersetorialidade, a culpabilização dos sujeitos se pauta numa perspectiva positivista, ancorada na ideologia do capital, que transfere para os indivíduos a responsabilidade por suas condições objetivas de vida. Na sociedade neoliberal o individualismo, pautado em discursos meritocráticos de que todos têm condições de alcançar o que quiserem, traz concepções que reforçam a culpabilização dos sujeitos, identificando-os como responsáveis exclusivos por “tudo de bom” e por “tudo de ruim” nas suas vidas.

Com a redução do Estado e a perspectiva da individualização que responsabiliza o sujeito, a concepção de direito se enfraquece, tanto para os indivíduos, quanto para os trabalhadores que operacionalizam as políticas – que deveriam fortalecer e garantir acesso aos direitos. Além disso, é necessário, assim como pressupõem os “Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde” (CFESS, 2010, p.34), “[...] uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais”.

A abordagem do próximo item relaciona-se com a questão norteadora: “Quais as **estratégias técnico-operativas** utilizadas pelos assistentes sociais para a promoção de ações intersetoriais?”. A partir das concepções das entrevistadas, percebe-se como importante identificar os **meios utilizados para a realização do trabalho** na maternidade, compreendendo

as estratégias de intervenção definidas para a superação das expressões da questão social referidas por elas. Entende-se essa importância a partir do reconhecimento de que,

[...] a instrumentalidade possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio da instrumentalidade que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano (GUERRA, 2000, p.54)

Entre os instrumentais mencionados destaca-se a busca pela família e/ou rede de apoio como parte do acompanhamento/intervenção do trabalho das assistentes sociais, indo ao encontro da identificação da fragilidade de vínculos familiares, configurando um movimento de transformação dessa realidade. O uso da entrevista, a partir de formulário ou questionário próprio do Serviço Social, assim como o registro tanto em prontuário, quanto em arquivo exclusivo da profissional, também foram referidos por todas as assistentes sociais. Compreende-se a importância do instrumental da entrevista, identificado pelas profissionais como uma forma de conhecer a realidade das pacientes, e destaca-se a importância dos fundamentos e competências da profissão para a sua execução.

[...] a entrevista e as suas técnicas se efetivam nos processos de trabalho do assistente social a partir do seu referencial ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo. É ele que oferece a âncora para a entrevista aportar nos espaços de conhecimento, crescimento e liberdade na construção de acesso aos direitos sociais (LEWGOY, 2007, p. 249).

Entre os meios de trabalho elencados, a articulação com a rede e o trabalho com equipes multiprofissionais, que será abordada na sequência, foram identificadas pelas entrevistadas como estratégias para compor o trabalho. Chama a atenção que, dentre as seis entrevistadas, cinco tenham referido como estratégia de intervenção a disponibilização de método anticoncepcional.

A gente conseguiu que as que são mais **reincidentes** já saiam daqui com um *chip*, **anticoncepcional**, que tem durabilidade maior. (fala da assistente social 1).

Pensando na **prevenção** de nova gestação a gente tem a injeção **anticoncepcional**.
(fala da assistente social 2).

O que eu estou **batalhando muito**, porque saiu no ano passado, que o DIU (Dispositivo intrauterino) foi liberado para o SUS e os hospitais estão se adequando, para as mães que desejam colocar o DIU. E o hospital não está adequado ainda. [...] então eu **estou fazendo o perfil de mães e vou apresentar um número de mães que estão nessa situação para colocar, oferecer, não vamos impor nada, que fique bem claro**. É direito dela escolher, livre arbítrio, mas **disponibilizar esse recurso**. (fala da assistente social 3).

O que elas aceitam, assim, a gente tenta ver alguns métodos, se elas aceitam algum **método contraceptivo** que elas consigam ficar um maior tempo sem estar gestando, porque elas também não querem mais. (fala da assistente social 5).

A questão do **planejamento familiar**, tem o *implanon*, implante subcutâneo, são três anos. Por que não facilitar isso? [...] tem uma que eu estou tentando. (fala da assistente social 6).

A recorrência dos relatos quanto à disponibilização de métodos anticoncepcionais traz a necessidade de reflexão sobre os significados disso. Enquanto direito de acesso ao planejamento familiar, compreende-se pertinente ao assistente social no trabalho na maternidade informar esse direito à paciente e buscar a sua efetivação. No entanto, compreende-se que essa informação possui um direcionamento, uma finalidade, que deve estar orientada pela direção social da profissão e a fundamentação crítica. Nesse sentido,

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. (CFESS, 2010, p. 55)

Torna-se importante a problematização do fornecimento de informações e/ou encaminhamento para adesão à métodos anticoncepcionais como estratégia de intervenção das assistentes sociais. Em relação a diversos outros direitos e necessidades de saúde, questiona-se o quanto as assistentes sociais se responsabilizam pelas informações e encaminhamentos, assim como ocorre em relação aos métodos anticoncepcionais. Questiona-se também o porquê de direitos e necessidades sociais identificados pelas assistentes sociais como expressões da questão social, por exemplo, acesso a renda e moradia, não são especificados nos relatos sobre

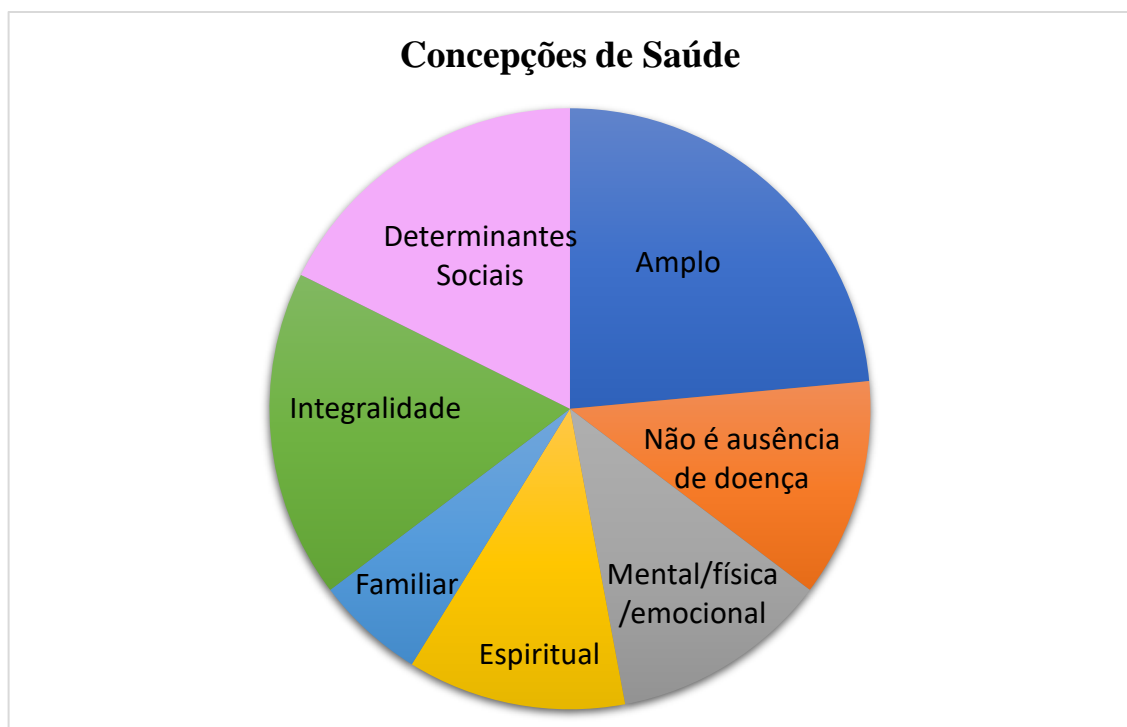
as estratégias de intervenção da mesma forma que a busca por acesso aos métodos anticoncepcionais. Embora saiba-se implicitamente que a busca pelos serviços da rede configure a busca pelo acesso aos direitos diversos das pacientes, nota-se grande ênfase na disponibilização de métodos anticoncepcionais.

De modo geral, em relação a possível centralidade dos métodos anticoncepcionais enquanto estratégia no atendimento às mães/mulheres usuárias de psicoativos, não só pelas assistentes sociais, mas pelas equipes multiprofissionais de saúde como um todo, vê-se necessário considerar que a prioridade, ou melhor dizendo, a resolução do problema, parece residir na interrupção da fertilidade feminina. Isso significa dizer que as reais necessidades das mulheres usuárias de psicoativas são relegadas e substituídas pela prevenção da gestação, como se a gravidez fosse a maior e a principal problemática proveniente do fenômeno social do uso abusivo de psicoativos por mulheres.

Com base no que foi trazido pelas entrevistadas sobre as expressões da questão social e os meios utilizados para a realização do trabalho, propõe-se a análise das concepções de **saúde**, de **integralidade** e de **intersetorialidade** como forma de compreender como se dá a articulação e o trabalho com a rede, **referido no âmbito dos meios de trabalho**.

As concepções sobre o conceito de saúde serão apresentadas graficamente:

Gráfico 4 – Concepções de Saúde das Assistentes Sociais trabalhadoras das maternidades públicas de Porto Alegre e Região Metropolitana – 2018



Fonte: Esquema criado pela autora, com base nas respostas dos profissionais entrevistados.

A elaboração do gráfico permitiu visualizar a diversidade de acepções trazidas. Deve-se considerar que cada entrevistada trouxe mais de uma das concepções acima ilustradas. Teve-se dificuldade em elaborar conceitualmente o que compreendiam por saúde, em uma mesma fala eram trazidas concepções contraditórias: “É o sujeito como um todo, é amplo, vem da alma, tem que estar bem consigo mesma, não é a falta de doença... o que mais?” (fala da assistente social1). De modo geral, isso tornou a análise mais complexa, comprometendo a compreensão sobre quais são as orientações teóricas que fundamentam as perspectivas trazidas. Entre as percepções mais recorrentes estão as de que saúde é algo amplo, referida por quatro profissionais. Seguida pelas noções de saúde com base nos determinantes sociais em saúde e pela perspectiva da integralidade do sujeito, referidas por três das entrevistadas.

Essas são concepções que se vinculam à luta do Movimento da Reforma Sanitária, que nos anos 1980 introduziu o conceito ampliado de saúde, possibilitando o reconhecimento de fatores diversos na constituição da saúde dos sujeitos. Ressalta-se, assim como foi abordado neste trabalho, que a forte influência neoliberal sobre as políticas sociais reduz a responsabilidade do Estado. Isso torna imprescindível por parte das profissionais a compreensão do conceito ampliado de saúde, assim como o conhecimento acerca dos princípios do SUS (Art. 196, 197 e 198, BRASIL, 1988), como forma de embasar a resistência à tendência neoliberal, garantindo o acesso aos direitos.

As percepções de que saúde não é apenas ausência de doença foram trazidas por duas assistentes sociais. Da mesma forma, a compreensão de que saúde envolve as dimensões mental, física e emocional, foi trazida por duas entrevistadas. Essas concepções representam a compreensão da saúde como um conceito ampliado, assim como preconizou a Organização Mundial da Saúde na ocasião da sua fundação, em 1948.

A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma **concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença**. Entretanto, na década de 50, com o sucesso da erradicação da varíola, há uma ênfase nas campanhas de combate a doenças específicas, com a aplicação de tecnologias de prevenção ou cura. (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p. 80, grifo nosso).

A ideia de que saúde se constitui a partir das dimensões mental, física e emocional está relacionada ao paradigma biopsicossocial. De acordo com Mandú (2004), o paradigma biopsicossocial pretende a reflexão acerca de si mesmo e dos significados sobre os diversos

elementos que constitui o estado de saúde, o que estaria evidenciando uma perspectiva individualizante.

Destaca-se também a fala de duas assistentes sociais, que compreendem que a constituição da saúde envolva algo espiritual. O que, além de individualizar ainda mais a responsabilidade do indivíduo pelo seu estado saúde, traz a questão da religiosidade, desqualificando as condições objetivas de vida da realidade social. Uma das profissionais também apresentou a perspectiva de que saúde está implicada à relação familiar, o que representa também a individualização.

Destacam-se, dentre as falas, as concepções trazidas pela assistente social 4, que referiu clareza sobre o conceito e considerou as noções de determinantes sociais em saúde e integralidade, além de trazer a reflexão acerca da saúde enquanto direito, resultado das lutas sociais.

Para mim é muito claro, é **muito mais do que a questão biológica**. É todo o contexto social, psicológico. É **tudo que envolve o sujeito**. Na verdade, para se ter saúde é **preciso suprir as necessidades básicas**. No momento que a gente não tem as nossas necessidades básicas supridas a gente tem risco de adoecimento. **Saúde é um direito** graças as nossas lutas e abrange muito além da questão biológica. (fala da assistente social 4).

Na sequência da análise aborda-se a compreensão das entrevistadas sobre **integralidade**. Diretamente relacionada ao conceito de saúde, a integralidade é questionada como forma de aprofundar a reflexão, possibilitando a fundamentação para a promoção das ações intersetoriais. Conforme as entrevistadas, a integralidade refere-se:

Aquela questão, é o físico, o emocional. [...] que **abrange todas as dimensões**. É como se fosse um redemoinho, é tudo. (fala da assistente social 1).

É **olhar a pessoa de forma completa**. [...] não é olhar por partes. Aqui no hospital a gente corre muito esse risco. A gente fala da gestante a gente fala da barriga e do nenê, e a gente esquece que tem todo um por trás de tudo isso. [...] eu acho que isso é um desafio que a gente tem enquanto profissional da saúde, porque a gente acaba criando uns vícios dentro do hospital que é olhar só o foco daquela equipe que está atendendo naquele momento, e a **gente precisa ampliar esse foco**. (fala da assistente social 2).

Ver **o sujeito como um todo**, de forma integral. (fala da assistente social 3).

É atender o sujeito, atender as necessidades, **olhar aquele sujeito como um todo** e tentar atender todas elas. Para isso a gente precisa de **intersectorialidade**. (fala da assistente social 4).

Uma forma de vários setores estarem, várias pessoas envolvidas, para um determinado atendimento. Seria ter **uma integralidade de atendimento para essas pessoas**, que a gente não consegue às vezes atingir. (fala da assistente social 5).

É ver o **ser humano como um processo todo... é tudo junto**. E as pessoas precisam ver juntos, outros profissionais, troca de saberes. E isso quando a gente consegue é muito rico. (fala da assistente social 6).

Identifica-se como sólida a noção de que integralidade se refere ao sujeito como um todo. A fala da assistente social 4 evidencia o conceito de intersectorialidade, subentendendo-se que a integralidade do sujeito pressupõe a intersectorialidade. A assistente social 4 demarca mais claramente a relação entre integralidade e intersectorialidade, destacando que a garantia da primeira se dá a partir da existência da segunda.

Embora a compreensão de integralidade apresente coerência, nota-se que a identificação de que é preciso ver o sujeito como um todo passa pela necessidade de refletir e problematizar ao que se refere esse “todo”. Nesse sentido, remete-se às compreensões sobre o conceito de saúde e às percepções acerca das expressões da questão social como forma de materializar o “todo” do qual os sujeitos são constituídos, possibilitando a operacionalização do conceito de integralidade. Esse movimento parte das categorias do método dialético-crítico, totalidade e mediação, que representam fundamento teórico para a realização do trabalho.

A partir da fala das assistentes sociais entrevistadas identifica-se que a intersectorialidade é definida como o trabalho em rede, como a troca entre setores, como setores integrados, etc. A assistente social 4 traz uma perspectiva aprofundada, considerando mais do que o trabalho em rede, mas também a organização das políticas.

Tem vários âmbitos, existe intersectorialidade micro, dentro de uma instituição. [...] entender a intersectorialidade como uma **organização das políticas para que elas se complementem e se conversem**. Acho que é muito além de um serviço se comunicar com outro, ela diz respeito ao planejamento das políticas públicas. Tem que ser coisas instituídas. (fala da assistente social 4).

Sobre as potencialidades e dificuldades do trabalho em rede, reconhece-se em todas as falas a percepção de que a intersetorialidade se estabelece na prática a partir das ações individuais, evidenciando a falta de institucionalização das ações intersetoriais.

As potencialidades é a **boa vontade dos profissionais**. (fala da assistente social 1).

A potencialidade é quando a gente consegue **achar pessoas que estão ali não só para cumprir, mas que acreditam nas causas pelas quais elas trabalham**, a gente consegue desempenhar algumas coisas em conjunto. Tudo passa por tu acreditar na causa em que está vinculado. [...] infelizmente as coisas hoje não tem um padrão, **com uns consegue de um jeito, com outros de outro**. (fala da assistente social 2)

A gente no hospital tem feito muito esse trabalho de ir na rede, para trabalhar com os setores externos integrados ao hospital. [...] a potencialidade está na **força das pessoas unidas estarem buscando alguma coisa**. A força da união é uma potencialidade. (fala da assistente social 3).

Hoje a intersetorialidade está muito **centrada na atitude profissional**, eu posso trabalhar de forma intersetorial por aquilo que eu acredito, por aquilo que eu entendo como política pública, mas **não existem instâncias organizadas em termos de gestão para que os serviços se conversem**. (fala da assistente social 4).

A relação com a rede sobre a **influência de questões políticas na gestão**. (fala da assistente social 5).

[...] eu vejo mais **pelos pessoas, então às vezes a gente encontra pessoas maravilhosas que fazem toda a diferença**. [...] estão sendo desmantelados vários serviços, mas eu acho que a gente tem que sempre apostar e trazer para junto, fazer a discussão dos casos, não é fácil, mas eu vejo **que sempre dentro dos lugares a gente encontra alguma pessoa com que pode contar**. (fala da assistente social 6).

Essa individualização das ações intersetoriais, pautadas na boa vontade, demarca a fragilidade da estratégia enquanto garantia de direitos. A pessoalização do trabalho intersetorial, demarcada pelo uso das expressões “união”, “boa vontade”, “pessoas que fazem a diferença”, entre outras, representa a necessidade de aprofundamento sobre a fundamentação teórica e sobre os marcos legais que abordam a integralidade e a intersetorialidade, possibilitando a qualificação e a efetivação das ações intersetoriais, enquanto estratégias de garantia de direitos.

As profissionais também referem dificuldades que fazem parte do contexto atual do trabalho nas políticas públicas, evidenciando que o rompimento com a pessoalização das ações

intersetoriais requer condições objetivas. Dentre as dificuldades apresentadas, destacam-se as seguintes:

Hoje a gente está tão **precarizado**, por exemplo, a assistência social está muito falha. [...] a gente acaba quase desistindo, imagina o usuário, é complicado. (fala da assistente social 2).

No geral, do que está acontecendo hoje com a política, com o país, **estamos cada vez mais batalhando por espaço e por políticas públicas**. (fala da assistente social 3).

Equipes se reestruturando, pequenas, não conseguem dar conta. São super disponíveis, mas não conseguem atender tudo **por falta de recursos materiais e humanos**. (fala da assistente social 5).

Nota-se o movimento de análise da conjuntura, permitindo às profissionais compreender o contexto no qual desenvolvem o trabalho. Ressalta-se, ainda, a importância do embasamento legal, que traz a legitimação do trabalho, permitindo às assistentes sociais que promovam e institucionalizem aquilo que está previsto pelas políticas, em especial pelas políticas de saúde, como a PAISM (BRASIL, 2004), abordada anteriormente.

Referente a isso, questionou-se às entrevistadas o conhecimento sobre as bases legais relacionadas ao atendimento de gestantes/puérperas usuárias de psicoativos. De acordo com as falas, notou-se que é restrita a clareza quanto aos fundamentos legais, como ilustra o quadro 4.

Quadro 4: Bases Legais referidas pelas assistentes sociais para o trabalho com situações de maternidade e uso de psicoativos

| ENTREVISTADAS | BASES LEGAIS |
|-----------------------|--|
| Assistente Social 1 → | Leis de Adoção |
| Assistente Social 2 → | Termo de Compromisso (TJRS, 2009) |
| Assistente Social 3 → | Nada específico – participação em espaços de discussão. |
| Assistente Social 4 → | Legislações da profissão Legislação sobre maternidade e saúde Nota técnica (SAS, SAGEP, 2015) Orientações do judiciário – JIJ, MP |
| Assistente Social 5 → | Reforma Psiquiátrica |
| Assistente Social 6 → | Estatuto da Criança e do Adolescente |

Fonte: Esquema criado pela autora, com base nas respostas dos profissionais entrevistados.

Entende-se que as assistentes sociais possuem conhecimento e propriedade acerca de muitas outras legislações, até mesmo por conta da formação em Serviço Social, a partir do que estabelecem as diretrizes curriculares (1996). No entanto, essas legislações não foram referidas na ocasião da entrevista, evidenciando que esses conhecimentos precisam ser acionados/relacionados com o trabalho na maternidade, contribuindo para o movimento da mediação (PONTES, 2002), necessário para o trabalho do assistente social.

Considerando o percurso da pesquisa, percebe-se que a compreensão das assistentes sociais acerca da **materialização do projeto ético-político da profissão** é uma importante maneira de refletir acerca do que foi abordado até aqui: as concepções sobre expressões da questão social; os instrumentos de trabalho; o conhecimento conceitual sobre saúde, integralidade e intersetorialidade e os fundamentos legais. Ao encontro disso, foi proposta na pesquisa a terceira questão norteadora: Qual a relação identificada pelo assistente social entre o trabalho profissional e a materialização do projeto ético-político da profissão?

Entende-se que o projeto ético-político do Serviço Social possui,

[...] compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. (NETTO, 1999, p. 104-5).

A partir das falas das seis entrevistadas, identificaram-se concepções diversas sobre a materialização do PEP. As assistentes sociais 1 e 2 apresentam perspectivas semelhantes, conforme suas falas:

Eu acredito assim que... ético, **bem ético até**. Porque a gente procura não adentrar, assim, muito na **vontade delas**. A gente dá todo o suporte para que elas pensem em mudar de vida ou pelo menos seguir se tratando em relação à dependência química. Mas a gente não pode adentrar na **vontade delas**. Enfim, se a **vontade delas** é aquela que pelo menos elas tenham uma redução de danos, então a gente tenta fazer assim. E na questão mais com a rede a gente tenta mapear, encaminhar, mas como eu te falei, é da **vontade dela**. (fala da assistente social 1).

Isso é uma coisa que assim, a gente **acaba se questionando muito** se a gente está conseguindo realmente trazer as questões da tua profissão durante o atendimento. Porque as vezes a gente liga o automático. [...] eu saio daqui me questionando: porque tu fez desse jeito? Poderia ter feito diferente? Até poderia! Pensando **lá** no embasamento da minha profissão, na **autonomia da pessoa**. Eu até tenho um pouco mais uma característica de **tentar fazer com que as pessoas vão atrás das coisas**. Dificilmente eu gosto muito de fazer pela pessoa. [...] porque eu acho que a gente tem que **dar o direito da pessoa ir em busca** do que ela acredita pra ela. Se não, **se tu dá**, a pessoa não vai e aí talvez não valoriza muitas vezes aquilo. [...] eu procuro sempre estar refletindo sobre as coisas, mas as vezes a gente liga o automático e vai, porque a demanda aqui é bem grande. (fala da assistente social 2).

A assistente social 1 identifica a perspectiva de ética, proposta pelo PEP da profissão, como sendo o respeito à “vontade das pacientes”. No entanto, percebe-se a necessidade de reflexão acerca de como se constitui a vontade de cada sujeito na sociedade capitalista. Conforme Marx (1986, p.17), “Os homens fazem sua própria história; mas não a fazem como querem, não a fazem sob circunstâncias da sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”. Com base nisso, entende-se a necessidade de problematização para que não se responsabilize o sujeito por supostas escolhas, quando em grande parte das situações estar-se-á defrontando as determinações da sociedade capitalista, de classes e desigual, materializadas na vida das mulheres/mães usuárias de psicoativos.

A assistente social 2, embora refira questionamento constante sobre a atuação profissional, traz uma perspectiva difusa quando diz que “prefere dar o direito de a pessoa ir em busca do que ela acredita para ela”, identificando isso como sendo a autonomia do sujeito. Porém, isso evidencia a burocratização do acesso ao direito, na medida em que compreende que o direito se materializa já na busca pelo acesso. Destaca-se que o direito se configura no acesso efetivo às políticas sociais. Além disso, a fala evidencia a concepção de direito enquanto dádiva, caracterizada pela ideia de que a profissional “dá” algo ao realizar seu trabalho. Nesse ponto, torna-se importante destacar,

Á medida que o trabalho cria materialidade, produz uma ação transformadora a partir daquilo que é teleológico- com clareza de finalidade e objetivado – isto é, transforma em matéria o que é de sua consciência. [...] **A realização do trabalho sem a possibilidade de filosofia (reflexão crítica) gera alienação.** (PANOZZO, 2009, p. 22, grifo nosso).

Conforme as percepções, verifica-se o processo de “alienação” com o distanciamento entre os fundamentos da profissão e a realização do trabalho. Exemplifica-se essa constatação a partir da fala da assistente social, quando refere “**lá** no embasamento da minha profissão”, como algo que não está próximo, enquanto fundamento para uso no cotidiano do trabalho.

Dentre as demais entrevistadas, três reconhecem e destacam a importância do PEP para a realização do trabalho.

Eu vejo bem importante. A gente está sempre com o cuidado de **mostrar o que existe realmente de recursos, a gente está sempre buscando os direitos.** Claro, os deveres também, na questão do cuidado com o bebe, se tu for pensar, mas sempre pesando a questão dos direitos também. (fala da assistente social 3).

Eu acho que ele é possível, mas é de uma **tensão constante**, porque a tendência é a gente trabalhar numa **lógica imediatista**, muitas vezes **moralista**, principalmente quando tem a relação maternidade e uso de drogas. Mas eu acho que é **possível**, acho que a gente estando **instrumentalizado** enquanto profissional, tendo conhecimento daquilo que **nosso código de ética traz** como respaldo, daquilo que as próprias **políticas públicas têm de produção.** Esse é o maior instrumento que a gente tem para a materialização do nosso projeto profissional. (fala da assistente social 4).

É essa questão, que eles consigam **acionar o serviço**, que eles consigam **ser atendidos, acessar o que o SUS** garante também de recursos, material, medicação. Ultimamente está tendo um **desmonte bem grande**. A gente se vê de mãos atadas, muita coisa burocrática para poder acessar coisas básica de saúde, de atendimento. Acho que aparece aí o nosso projeto ético-político, quando a gente **sai em defesa do SUS, acho que é o principal!** (fala da assistente social 5).

A assistente social 3 compreende sua materialização a partir do dever de dar acesso aos recursos e direitos das pacientes. A assistente social 4 traz considerações bem elaboradas, mencionando as dificuldades para garantir essa materialização. Destaca também a necessidade de romper com a lógica imediatista do trabalho, estando vigilante quanto às concepções moralistas que perpassam a temática maternidade e uso de psicoativos. Reforça a necessidade da instrumentalização, a partir dos fundamentos da profissão e dos marcos legais, como necessária para a materialização do PEP. A assistente social 5, além de destacar a garantia de acesso aos serviços e direitos, refere a atual conjuntura de precarização das políticas e destaca a defesa do SUS como uma forma de materialização do PEP.

Por fim, uma das entrevistadas trouxe uma percepção distinta:

Para mim é um sonho trabalhar aqui. É aquilo que eu te falei, aqui é **o início de tudo**, então tu tens um material que tu podes nesse momento [...] tem muito, um **potencial muito transformador**. Aqui tu lidas com mulheres diariamente, tem **coisa muito legal de se fazer**. Não tem perna pra tudo, eu sou sozinha, era sozinha até um mês atrás [...]. **A demanda é muito grande**, às vezes sai fora do horário. [...] às vezes tu pega um caso e passa toda a manhã, liga pra família, liga pra unidade de saúde [...] evolui o caso, vai lá e fala com a paciente, fala com o médico, discute o caso. Quer dizer, envolve muita coisa. Mas é o momento que elas estão aqui. [...] então é um **prato cheio para investir, acolher, um período extremamente rico que ela pode ser cuidada, empoderada**. (fala da assistente social 6).

As percepções da profissional, a partir da sua fala, não permitem compreender ao certo como ela identifica a materialização do PEP no trabalho na maternidade. Em sua resposta ela avalia que na maternidade existem grandes possibilidades de trabalho para a assistente social, pois seria o momento em que “tudo começa”. A partir disso, refere as dificuldades em função da demanda, mas compreende que é um momento que se deve “investir”, “acolher”, “cuidar” e “empoderar” as mulheres.

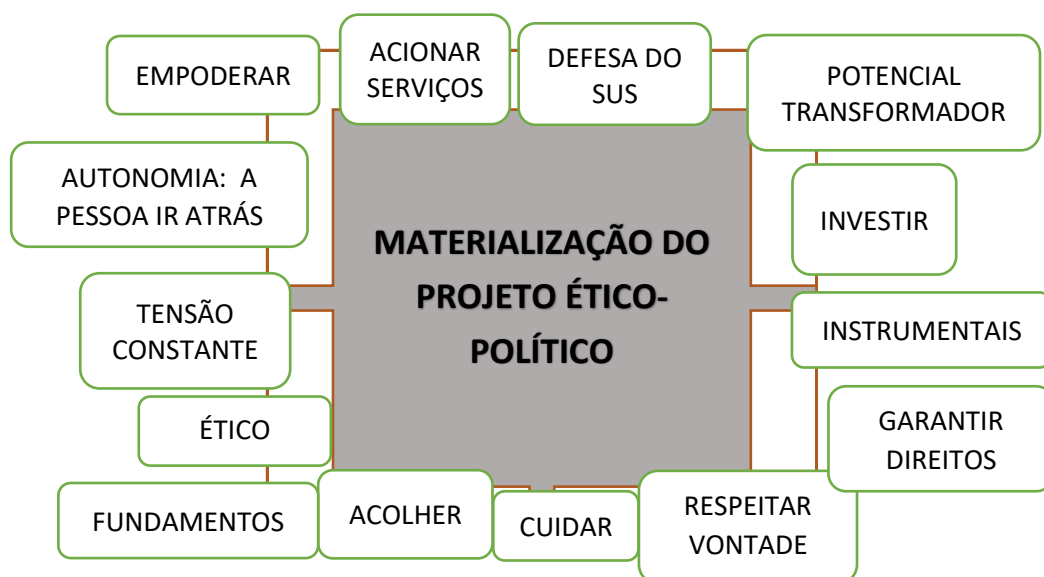
Cada uma dessas concepções representa fundamentos teóricos, éticos e políticos. A perspectiva de “investir” nos sujeitos carrega uma conotação mercantil, tornando plausível o

questionamento sobre variações de investimento conforme sujeitos e contextos, não garantindo o direito à igualdade, equidade, universalidade, assim como traz a própria Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93), que estabelece no tocante às competências profissionais: “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (BRASIL, 1993, art.4º). No entanto, é importante compreender que a assistente social faz uso da palavra “investir” como forma de caracterizar a atenção que deve ser dada à paciente.

A perspectiva do acolhimento pode ser entendida como um instrumental/técnica para a realização do trabalho, assim como a perspectiva do cuidado, referindo-se aos pressupostos de um atendimento humanizado (BRASIL, 2004b). Já a noção de empoderamento, embora tenha sua origem conceitual a partir dos movimentos emancipatórios – mulheres, negros, homossexuais, etc.; sofreu muitas apropriações e hoje pode ser utilizada com o interesse de transferência de responsabilidade aos sujeitos:

No nível individual, empoderamento refere-se à habilidade das pessoas de ganharem conhecimento e controle sobre forças pessoais, para agir na direção de melhoria de sua situação de vida. Diz respeito ao aumento da capacidade de os indivíduos se sentirem influentes nos processos que determinam suas vidas” (BAQUERO, 2005, p. 176).

Percebe-se que as possibilidades de análise vão além do proposto até o momento, porém, reconhecem-se os limites deste trabalho. Referente ao projeto ético-político, na busca por ilustrar a diversidade de percepções trazidas pelas entrevistadas, expõe-se a seguinte imagem:



Fonte: Esquema criado pela autora, com base nas respostas dos profissionais entrevistados.

Ao se deparar com essa diversidade, questiona-se quais estratégias poderiam garantir a realização do trabalho conforme o PEP. De acordo com Panozzo (2009), a realização do trabalho e a materialização do PEP na política de saúde, exige dos profissionais assistentes sociais uma determinada postura, segundo ela,

[...] a postura que o assistente social necessita ter: de superação e pré-disposição de enfrentamento da hegemonia nesse campo; de qualificação técnica na área da saúde, mas principalmente, da particularidade do Serviço Social; de concretização do compromisso que se apresenta no seu discurso no que se refere ao atendimento do usuário; na articulação do seu trabalho ao âmbito coletivo dos trabalhadores em saúde; e de negação da postura tradicional do serviço social ainda enraizada no exercício da intervenção profissional (PANOZZO, 2009, 115).

Referente a negação da postura tradicional do serviço social, como traz Panozzo, (2009), identifica-se que o avanço do neoconservadorismo²⁵ influencia a sociedade contemporânea, não deixando ileso os profissionais assistentes sociais, que reproduzem no cotidiano do trabalho as determinações provenientes dessa influência. O custo disso é o enfraquecimento do PEP e do seu poder de resistência, reverberando na vida dos usuários das políticas sociais, que cada vez mais são responsabilizados, a partir da minimização e individualização das necessidades sociais. Conforme Boschetti (2015, p. 639-640, grifo nosso), esse contexto se caracteriza pela

[...] redução do papel do Estado na regulação das relações econômicas, o uso do fundo público para salvar o capital industrial e bancário em momentos de crise, a mercantilização de serviços públicos, como luz, água, gás, telefonia. Todas essas medidas, largamente em curso sob o manto neoliberal desde a década de 1970, alimentam a **competitividade, o individualismo e os valores liberais conservadores. Mas também explicitam a incapacidade de o capitalismo viver sem crises e sem agudizar as desigualdades, violências e barbáries sociais.**

Importa considerar que as profissionais participantes da pesquisa se constituem na realidade social, enquanto sujeitos e enquanto trabalhadoras da política de saúde, vivendo a forte precarização do SUS, intensificada a partir das medidas do governo ilegítimo no poder desde maio de 2017, avançando na desresponsabilização do Estado e acarretando prejuízos aos trabalhadores e à população, como um todo.

²⁵ “O neoconservadorismo apresenta-se, então, como forma dominante de apologia conservadora da ordem capitalista, combatendo o Estado social e os direitos sociais, almejando uma sociedade sem restrições ao mercado, reservando ao Estado a função coercitiva de reprimir violentamente todas as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais (BARROCO, 2015, p. 624-625).

É fundamental que se valorizem os espaços onde estão as assistentes sociais, porque são as profissionais que realizam a leitura da realidade a partir da totalidade social, evidenciando as contradições, superando, muitas vezes, as práticas conservadoras. Por isso, ressalta-se que “[...] pensar a profissão é também pensá-la como fruto dos sujeitos que a constroem e a vivenciam. Sujeitos que acumulam saberes, efetuam sistematizações de sua “prática” e contribuem na criação de uma cultura profissional (IAMAMOTO, 2008, p.57)”.

A partir da análise realizada, na busca por responder ao problema de pesquisa: “Como se constitui a promoção de ações intersetoriais no trabalho do assistente social em situações que envolvem puérperas e/ou gestantes com histórico ou uso atual de psicoativos, nas maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana?”; destaca-se a necessidade de refletir sobre a hegemonia do projeto ético-político e sobre as tensões e disputas em torno dele. A partir do reconhecimento da sua fragilidade no âmbito da materialização, entende-se como fundamental a discussão de estratégias para fortalecer os trabalhadores, garantindo a identidade profissional do Serviço Social, marcada pela direção social da profissão, vinculada a um projeto societário pautado na igualdade e na justiça social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização do Trabalho de Conclusão de Curso percebeu-se a apropriação dos conhecimentos ao longo da formação em Serviço Social. Na realização da pesquisa foi possível compreender a indissociabilidade entre as dimensões de competência da profissão: a dimensão ético-política, a dimensão teórico-metodológica e a dimensão técnico-operativa. Compreendeu-se, também, que a sua importância é tão grande quanto as tensões e disputas para sua efetivação. Na atual conjuntura política, econômica e social do Brasil, a profissão sofre determinações que atravessam a constituição da identidade profissional.

Nesse sentido, destaca-se a importância dos fundamentos do Serviço Social, com ênfase nos pressupostos da Teoria Social-Crítica que, por meio do método dialético-crítico, permite a apreensão da realidade, instrumentalizando os profissionais para a realização do trabalho conforme o projeto ético-político. Ressalta-se a formação como momento indispensável para a aquisição e fortalecimento dos conhecimentos necessários para a realização do trabalho do assistente social, e disso decorre a necessidade de constante atualização e reflexão por parte de toda a categoria profissional.

Na elaboração deste TCC discutiu-se as concepções de saúde da mulher com base nos fundamentos legais, enquanto importantes orientações a serem seguidas pelos trabalhadores dos serviços da política de saúde, destacando entre os fundamentos a PAISM. A partir da política de saúde e da proposta deste TCC, entendeu-se ser fundamental discutir os conceitos de intersetorialidade e integralidade, destacando a indissociabilidade deles no âmbito da política de saúde, destacando a intersetorialidade enquanto importante meio de trabalho para a garantia de direitos.

No capítulo seguinte abordou-se o trabalho do assistente social, sua inserção na política de saúde a partir da década de 1980 e o trabalho com maternidade e uso de psicoativos. Para subsidiar tal discussão abordou-se brevemente o processo histórico de formação e transformação da profissão, destacando a constituição do projeto ético-político. Nesse item foi proposto a problematização e reflexão acerca da temática maternidade e uso de psicoativos, reconhecendo as particularidades do fenômeno com base no método dialético crítico.

No capítulo quatro, apresentou-se a experiência de estágio obrigatório em Serviço Social em uma maternidade pública, onde foi desenvolvido o projeto de intervenção voltado para a promoção de ações intersetoriais no acompanhamento de situações que envolviam maternidade e uso de psicoativos. A partir dos resultados do projeto, apresentados neste TCC, compreendeu-se a importância de reflexão sobre a intersetorialidade na realização do trabalho

dos assistentes sociais com maternidade e uso de psicoativos, vislumbrando na pesquisa um subsídio para essa proposição.

Considera-se que a pesquisa contribuiu para dar visibilidade ao trabalho que vem sendo desenvolvido pelas assistentes sociais com a maternidade e uso de psicoativos. A partir do seu desenvolvimento percebeu-se que, no tocante à promoção de ações intersetoriais, há muito a ser avançado no que diz respeito à institucionalização desse instrumental. Destaca-se o reconhecimento das profissionais sobre a importância da intersetorialidade, qualificando os acompanhamentos e possibilitando a garantia de direitos. Identifica-se, também, a necessidade de aprofundamento dos fundamentos da profissão como forma de qualificar e legitimar o trabalho das assistentes sociais nas maternidades.

No tocante ao tema de pesquisa, maternidade e uso de psicoativos, percebeu-se a possibilidade de problematizações futuras, principalmente no que se refere às determinações do capital. Essas determinações reproduzem a discriminação da pobreza, restringindo o direito à maternidade, pautado na justificativa do uso de psicoativos, quando na verdade revela a dureza da falta de acesso aos recursos que possibilitem a satisfação das necessidades sociais para a superação das expressões da questão social na vida das mães/mulheres em questão. Evidencia-se a partir da trajetória de estudo, pesquisa e análise, que a pobreza e o não acesso à direitos determina o modo como tem se reproduzido a negação do direito à maternidade, aguçadas ainda pela perspectiva moralista e pelas particularidades de ser mulher na sociedade capitalista patriarcal.

Com base nisso, impossível não considerar o papel das políticas sociais na manutenção dessa lógica. Assim como pontua Netto (1992), as políticas sociais estão em relação com as políticas econômicas, e isso significa dizer que as políticas sociais atuam na preservação da ordem, garantindo o mínimo para a manutenção da força de trabalho, sem objetivar alterar a configuração da sociedade de classes imposta pela ordem do capital. Essa clareza é fundamental para a capacidade de resistência e contraponto, pertinentes ao Serviço Social.

Retoma-se, também, o percurso realizado para a construção deste trabalho. A fase inicial, de elaboração do projeto, contou com a motivação incomparável da orientadora deste TCC, a quem tenho muito a agradecer. O momento de encaminhamento para a aprovação no Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, se revelou como uma etapa de dúvidas e inseguranças, devido ao grande tempo de espera. Já o momento da execução da pesquisa representou uma gratificante experiência, em que fui muito bem recebida pelas trabalhadoras assistentes sociais, que se disponibilizaram a participar da pesquisa e mostraram-se abertas para a reflexão acerca do tema e da profissão. Finalizando com o momento

da análise dos dados, em que foi possível concatenar os conhecimentos adquiridos durante a formação, gerando satisfação por estar produzindo uma escrita com objetivo de contribuir para a reflexão e fortalecimento do trabalho do assistente social e da materialização do projeto ético-político, com vistas à garantia de direitos.

Ao fechar esse trabalho compreende-se que o estudo, a reflexão e a problematização devem estar presentes no cotidiano do trabalho profissional. Por isso, apesar de simbolizar a passagem de estudante à profissional, prefiro reconhecer como uma etapa de formação, que deve ser contínua para garantir o desenvolvimento de um trabalho crítico, na luta pela garantia de direitos, na direção da construção de uma sociedade justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano 17, n. 50, p. 143-190, abr. 1996.

ALVES, Domingos S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

AYRES, J. Prefácio à 8ª Edição. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

ASSUMPÇÃO; MIOTO, Regina C.T. **Revisitando o conceito de integralidade em saúde a partir da teoria crítico dialética**. Ano: 2009. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/revisitando-o-conceito-de-integralidade-em-saude-a-partir-dateoria-critico-dialetica.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/revisitando-o-conceito-de-integralidade-em-saude-a-partir-da-teoria-critico-dialetica.pdf). Acesso em: 20/03/2018.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos Ideológicos do Estado**. 4ª Edição. Rio de Janeiro, Graal, 1989.

BAQUERO, Rute. **Empoderamento: questões conceituais e metodológicas**. In: *Revista Debates*. NUPESAL/UFRGS. n. 1, dez. Porto Alegre: UFRGS/Escritos, V.1, p. 69–84 (versão experimental). 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Rio de Janeiro. Edições70. 2011.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **O significado sócio-histórico dos Direitos Humanos e o Serviço Social**. Palestra apresentada na mesa, Conflitos Globais e a violação dos Direitos Humanos: a ação do Serviço Social em 18/08/2008 – Conferência Mundial de Serviço Social da Federação Internacional de Trabalho –Salvador (Bahia). Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/maria_lucia_barroco.pdf. Acesso em: 19/03/2018.

BARROCO, Maria Lucia Silva. Fundamentos éticos do Serviço Social. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia. **Código de Ética do/a Assistente Social Comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BARROCO, Maria Lucia S. **Não passarão! Ofensiva neoconservadora e serviço social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n.124, p. 623-636, out./dez. 2015.

BEHRING, Elaine Rossetti E BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 192- 99.

BOFF, Leonardo; BOFF Clovis. **Como fazer teologia da libertação**. Petrópolis: Vozes, 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. **Expressões do conservadorismo na formação profissional**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n.124, p. 637-651, out./dez.2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. **VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Acessado de <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio8.pdf>

BRASIL. **Constituição Federal**, 1988.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. **Lei nº. 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, DF, 07 jun. 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 344**. Aprova O Regulamento Técnico Sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos A Controle Especial. Brasília, 1998. p. 1-29.

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF, 2004b.

BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestão de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na

Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Bravo, Maria Inês Souza [et al.]. **Saúde e Serviço Social.** 3ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BUSS, P.M., PELLEGRINI, Filho A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Rev. Saúde Coletiva. 2007; 17(1): 77-93.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; BATISTA; Kátia Gerlânia Soares; SILVA, Leandro Roque. **A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB.** Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/9.pdf>. Acesso em 01/03/2018.

CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.** Brasília: CFESS, 1993.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.** Brasília, DF, 2009a. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 1 maio 2010.

CFESS. **CFESS Manifesta:** Dia Internacional de Combate as Drogas. 26 de Junho de 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011_SSdebateusosdrogas_APROVADO.pdf Acesso em julho de 2017.

CLOSS, Thaisa Teixeira. **Fundamentos do serviço social:** um estudo a partir da produção da área. Tese (Doutorado em Serviço Social). Porto Alegre. PUCRS, 2015. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7533>

COSTA, Ana Maria Santana Neiva & COSTA, Maria José Pereira. **Contextualização da assistência social no Estado brasileiro- período de 1930 a 1945.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, a.4, n. 12, ago. 1993, p. 77-85.

CURY. Carlos Jamil. **Educação e contradição:** elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 5 ed. São Paulo. Cortez, 1986.

ENGELS, Friedrich. **Origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Centauro, 2002.

FNEPAS. Disponível em: <<http://www.fnepas.org.br>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 2008.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade no trabalho do Assistente Social. IN: **Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 4: O trabalho do Assistente Social e as políticas sociais**. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta Continuada à distância, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A Questão Social no capitalismo**. In: Temporalis/ABEPSS. Ano 2, n.3 (jan./jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo, Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 34. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

INOJOSA, Rose Marie. **Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional**. RAP, Rio de Janeiro, n. 32, p. 35-48, mar./abr. 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal**. RAP, Rio de Janeiro, n. 32, p. 11-22, mar./abr. 1998.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **A entrevista no processo de trabalho do Assistente Social**. In: Textos & Contextos. Nº 8, Ano VI. Dezembro. Porto Alegre: PUC/RS, 2007.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de estágio em serviço social: desafios para a formação e exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

MANDÚ, E.N.T. **Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 4, p. 665-675, 2004.

MARX, Karl. O Dezoito de Brumário e Cartas A Kugelmann, 5ª Edição, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã: Crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2014. Livro I. (32ª ed.).

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, E. Vilaça. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, [s. ed.], 1994.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1998.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate. **Revista de Política Pública**. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2004.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (Ogs.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2009. (p. 130-148).

MONTAÑO, Carlos. **Pobreza, ‘questão social’ e seu enfrentamento**. Rio de Janeiro, 2011.

NASCIMENTO, Sueli. **Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo, Cortez, 1992.

NETTO, José Paulo. **Transformações Societárias e o Serviço Social**. Revista Serviço Social e Sociedade n.50 - O Serviço Social no Século XXI. ano XVI. São Paulo. Cortez, 1996.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64**. São Paulo: Editora Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

OLIVEIRA, Joice M. **Análise Sócio Institucional**. Material didático. 2016a.

OLIVEIRA, Joice M. **Projeto de Intervenção de Estágio Obrigatório em Serviço Social**. Material didático. 2016b.

OLIVEIRA, Joice M. **Relatório de Estágio III**. Material didático. 2017.

PANOZZO, Vanessa Maria. **O trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de Porto Alegre**. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, 2009.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; MIOTO, Regina Célia Tamaso. (Orgs.) **Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. 13 Organizadores: Giselle Lavinias Monnerat; Ney Luiz Teixeira de Almeida; Rosimary Gonçalves de Souza. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 23-39. Organizadores: Giselle Lavinias Monnerat; Ney Luiz Teixeira de Almeida; Rosimary Gonçalves de Souza. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 23-39.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PRATES, Jane. **A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de inspiração marxiana**. In. Revista Textos & Contextos, n. 2, Porto Alegre, 2003.

SAFFIOTI, Heleieth. **A mulher na sociedade de classes**. 3ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAS e SAGEP. **Diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos**. Nota Técnica Conjunta 001, 16 de set. de 2015.

SOUZA, Diego de Oliveira. **A questão do “consumo de drogas”: contribuições para o Debate**. Serviço Social & Saúde, Campinas, SP. V11, n. 2 (14) p. 269-286 Jul/dez.2012.

SOUZA, A.M.C. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos**. Katálysis, Florianópolis, v.17, n.2, p. 227-34. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802014000200227&script=sci_abstract Acesso Em: 14/04/2018.

SPOSATI, A.; YAZBEK, M. C. **A Assistência Social na trajetória das políticas sociais**. São Paulo: Cortez, 1990.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA RS. **Termo de Compromisso de Integração operacional**. Porto Alegre, 2009.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues e LIMA, Luciana Dias de., **Política de Saúde e Equidade**. São Paulo em Perspectiva, vol. 17, no 1, 2003. p. 58-68.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In.: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

YAZBEK, Maria Carmelita. **SUAS: Configurando os eixos de mudança / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome**, Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – 1 ed. – Brasília: MDS, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Formulário de Pesquisa para os Assistentes Sociais:

O assistente social e a promoção de intersetorialidade no trabalho com maternidade e uso de psicoativos

| | |
|--|------------------------|
| Dados de identificação: | |
| Nome: _____ | Nº de CRESS: _____ |
| Idade: _____ | |
| Instituição de formação: _____ | Ano de formação: _____ |
| Possui pós-graduação/curso de especialização: () sim () não Qual? _____ | |
| Instituição de trabalho: | |
| Há quanto tempo trabalha na instituição? | |
| Vínculo empregatício: () terceirizado () estatutário () celetista | |
| Quais experiências profissionais? | |
| Há quanto tempo trabalha na saúde? Quais outras experiências possui? | |

Questões:

1. Como compreendes o teu trabalho na maternidade?
2. Quais os meios que utilizas para a realização do teu trabalho na maternidade? Como planeja e realiza a intervenção, definindo os possíveis encaminhamentos?
3. Possui algum tipo de registro das situações acompanhadas?
4. Quais as expressões da questão social que identificas nas demandas da maternidade?
5. Quais características da trajetória de vida das mulheres acompanhadas pelo Serviço Social se destacam? Percebe recorrência?
6. Como relaciona os marcadores de gênero, classe e raça/cor com as demandas que envolvem maternidade e uso de psicoativos?
7. Qual o conhecimento sobre as bases legais no que se refere ao atendimento às gestantes/puérperas usuárias de psicoativos?
8. Qual a tua compreensão sobre o conceito de saúde?
9. O que tu entendes por integralidade?
10. O que tu entendes por intersetorialidade?
11. Como avalia a relação intersetorial das instituições da rede?
12. Quais as dificuldades e potencialidades identificas no trabalho intersetorial?
13. Como percebes a materialização do projeto ético-político no trabalho profissional na maternidade?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Título da Pesquisa: O assistente social e a promoção de intersectorialidade no trabalho com maternidade e uso de psicoativos

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS, através do Departamento do Serviço Social, representado pela Profa. Vanessa Maria Panozzo Brandão, está realizando uma pesquisa cujo objetivo é identificar se as estratégias de intervenção do assistente social promovem ações intersectoriais junto às gestantes/puérperas usuárias de psicoativos e seus recém-nascidos, nas maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana, conforme estabelecem as bases legais e o Projeto Ético-Político profissional. A metodologia a ser utilizada envolve entrevistas semiestruturadas a partir de formulário com assistentes sociais que atuam nas maternidades. Será aplicado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos pesquisados que acolherem a proposta. Os entrevistados que não quiserem responder ou sentirem qualquer desconforto durante a pesquisa terão liberdade de desistência da participação, podendo se retirar a qualquer momento. Os resultados deste estudo buscam contribuir para o aprofundamento crítico e reflexivo do trabalho profissional na política de saúde bem como na construção teórica do trabalho com maternidade e uso de psicoativos.

Sendo assim, a pesquisa não oferece nenhum benefício direto ou particular aos sujeitos entrevistados. Não são reconhecidos riscos pela participação na pesquisa. No entanto, em caso de risco mínimo, podem ocorrer desconfortos relacionados ao tempo destinado à participação, e às perguntas do tópicos-guia, sendo ainda possível interromper a qualquer momento a participação. O pesquisador se responsabilizará em atender a situação ou até mesmo, encaminhar para os serviços de saúde pública, caso necessário.

Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implica necessariamente em qualquer modificação em sua vida. Fica estabelecido que todas as informações que decorram das entrevistas ficarão armazenadas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo período de 5 anos na sala 318. Estas informações somente serão utilizadas para fins de análise na composição de trabalho de conclusão de curso (TCC). O TCC que será realizado não permitirá a identificação dos sujeitos participantes da pesquisa, bem como das instituições nas quais atuam os sujeitos, sendo resguardado o sigilo sobre essa participação.

Eu, _____ (participante) fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. O pesquisador da equipe da Prof. Dra Vanessa Maria Panozzo Brandão certificou-me de que todos os meus dados de identificação nesta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa. Caso tiver qualquer pergunta sobre esse estudo, sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso contatar a pesquisadora coordenadora pelo e-mail vanessa.panozzo@ufrgs.br **Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Porto Alegre/RS – Telefone: 33085698).**

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do Participante

Nome

Data

Prof. Dra. Vanessa Maria Panozzo Brandão

Data