

Universidade Federal do Pampa

Trabalho de Conclusão de Curso

**“CONHECER PARA EXIGIR” - O DIREITO DAS
GESTANTES FRENTE À INSTITUCIONALIZAÇÃO DO
PARTO: UMA ANÁLISE DA VIVÊNCIA TEÓRICO-
PRÁTICA DO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO
HOSPITAL IVAN GOULART.**

**Acadêmica: Flávia Roberta Vezzosi Bianchi
Orientadora Prof.^a Dr^a. Jaqueline Carvalho Quadrado**

**SÃO BORJA
2015**

FLÁVIA ROBERTA VEZZOSI BIANCHI

**“CONHECER PARA EXIGIR” - O DIREITO DAS GESTANTES FRENTE À
INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO: UMA ANÁLISE DA VIVÊNCIA TEÓRICO-
PRÁTICA DO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL IVAN GOULART.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Jaqueline Carvalho
Quadrado

**SÃO BORJA
2015**

FLÁVIA ROBERTA VEZZOSI BIANCHI

**“CONHECER PARA EXIGIR” - O DIREITO DAS GESTANTES FRENTE À
INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO: UMA ANÁLISE DA VIVÊNCIA TEÓRICO-
PRÁTICA DO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL IVAN GOULART.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social;

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 28 de janeiro de 2015.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Jaqueline Carvalho Quadrado
Orientadora
UNIPAMPA

Profa. Dra. Elisângela Maia Pessoa
UNIPAMPA

Profa. Jaina Raqueli Petersen
UNIPAMPA

Dedico este trabalho a minha família que nunca mediu esforços para a realização deste sonho.

AGRADECIMENTO

Ao longo dessas quatro anos muitas são aqueles a quem devo agradecer, porém eu que sempre gosto de falar de sentimentos me pego sem palavras nesse momento, por isso escrevo de forma resumida aquilo que sinto e sei que vocês já sabem.

Agradeço aos meus pais Paulo e Geneci, que muito mais do que me dar a vida, me ensinaram a vivê-la com dignidade, não bastaria um obrigada. Vocês, que iluminaram essa jornada, com tanto afeto. A vocês, que se doaram por inteiros, trabalharam muito para que pudesse me dedicar somente aos estudos. Pela compreensão e principalmente pela confiança depositada. Obrigada por sempre prezar pela minha educação não medindo esforços para a realização deste sonho. Muito obrigada pelo amor incondicional, e por serem um exemplo tão lindo a ser seguido, divido com vocês o mérito desta conquista.

As minhas irmãs Ana Paula e Virna, minhas melhores amigas, pelo amor, carinho, compreensão e incentivo e principalmente pela confiança em mim, vocês me fazem muito feliz. Ao meu sobrinho João Lucas, pois sua chegada trouxe mais cor e amor aos meus dias.

As minhas amigas Briana e Janaina, apesar de hoje cada uma estar em uma cidade na busca por seus sonhos, a amizade que vem da infância sempre fala mais alto, e se torna um refúgio nos momentos de dificuldades e torna essa jornada mais leve.

Durante a graduação tive a oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas que levarei para toda a vida, em especial as 'locas' Daniele, Roberta, Alexia, Caroline, Luisiane, vocês foram o melhor presente ao longo desses quatro anos, com vocês aprendi muitas coisas. Muito obrigada pelas risadas, pelas conversas, os dramas, os trabalhos e pelas jantas vegetarianas só para me incluir no cardápio. Realmente, foi um encontro maravilhoso, seis pessoas com perfis tão diferentes conseguir criar um grupo tão unido. Sentirei muita saudade do nosso convívio diário, eu sei que vocês já sabem mas repito: é uma honra dividir um momento tão importante com vocês.

Ao meu amigo Cássio por sempre me fazer refletir sobre vários assuntos, pelas risadas, pelas brigas e principalmente pelo companheirismo. A Carla por ser uma amiga tão divertida, compreensiva e por fazer de tudo pela nossa amizade. A

Jenifer e a Sandrine pela companhia agradável nas tardes em que congelávamos na biblioteca durante a elaboração deste trabalho.

A minha supervisora de campo Claudia Maurer, por ser tão acessível e compreensiva e principalmente por proporcionar uma autonomia e estar sempre aberta ao diálogo a cerca das vivências ocorridas ao longo do estágio.

Aos Professores que me acompanharam durante deste processo de formação e fizeram com que me apaixonasse ainda mais pela profissão, um muito obrigada pelos ensinamentos essenciais para que pudesse desenvolver este trabalho de conclusão de curso.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o período de estágio supervisionado em Serviço Social realizado no Hospital Ivan Goulart, dando ênfase em como foi constituído o projeto de intervenção intitulado “Conhecer para exigir” realizado com as gestantes. A relevância do trabalho está em problematizar as atividades desenvolvidas no projeto, pois foi possível dar voz as usuárias, trazendo a tona o que estas percebem sobre o PHPN, desta maneira possibilitando discutir uma demanda que inúmeras vezes passa despercebida em nosso cotidiano e que é de extrema importância e diz respeito a todos os cidadãos. Na decorrer do trabalho utilizou-se o método dialético-crítico e suas categorias totalidade, historicidade, contradição e mediação. Como metodologia utilizou-se, levantamento bibliográfico em artigos, livros, teses, dissertações, etc. e levantamento documental em leis, políticas, estatutos, entre outros, tanto na forma impressa como via internet; e principalmente os documentos como o diário de campo e análise institucional-resultantes da experiência no campo de estágio e supervisões acadêmicas, os quais deram subsídios para o desenvolvimento do trabalho. Optou-se pela análise de conteúdo de Bardin como técnica de análise dos dados obtidos. O trabalho está estruturado de seguinte forma: primeiramente é apresentado um apanhado da maternidade desde a antiguidade, os programas/leis que surgiram até culminar no PHPN. Em seguida, relata-se as demandas postas ao cotidiano do assistente social no HIG, dando foco ao projeto de intervenção já citado anteriormente, onde é dado uma maior abrangência as falas e ao aprendizagem que decorreram deste.

A partir da análise, fez-se algumas sínteses conclusivas, tornou-se possível apreender os meandros da profissão, suas especificidades, dificuldades e estratégias de intervenção, verificou-se a necessidade de atuação do assistente social na área da saúde, assim como a importância do acesso a informações as usuárias referente ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, como também na intervenção em outras demandas emergentes.

Palavras-Chave: Programa de Humanização, ação socioeducativa, direito das gestantes.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo analizar el período de prueba supervisado en Trabajo Social realizado en el Hospital Ivan Goulart, con énfasis en la forma en que se hizo el proyecto de intervención titulada "Conocer a exigir", realizado con las mujeres embarazadas. La relevancia de la obra está en tela de juicio las actividades desarrolladas en el proyecto porque era posible dar la voz a los usuarios, con lo que fuera lo que notarás en el PHPN, permitiendo así analizar una demanda que muchas veces pasa desapercibido en nuestra vida cotidiana y que es extremadamente importante y preocupaciones de todos los ciudadanos. En el transcurso del trabajo se utiliza el método dialéctico-crítico y su todas las categorías, la historicidad, la contradicción y la mediación. Se utilizó la metodología, la literatura en artículos, libros, tesis, tesinas, etc. y el trabajo de archivo en leyes, políticas, estatutos, entre otros, tanto en forma impresa y por Internet; y especialmente los documentos como diario de campo institucional y el análisis resultante de la experiencia en el campo de la formación y la supervisión académica, que dio subsidios para el desarrollo del trabajo. Optamos por el análisis de contenido de Bardin como una técnica analítica de los datos. El trabajo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, presentó un panorama general de la maternidad desde la antigüedad, los programas / leyes que surgieron culminando en PHPN. A continuación, se presenta a las demandas planteadas trabajador social todos los días a HIG, dando énfasis al proyecto de intervención se ha mencionado anteriormente, que se da un mayor margen de las líneas y el aprendizaje que ha tenido lugar esta.

A partir del análisis, hubo algunas síntesis finales, se hizo posible comprender los entresijos de la profesión, sus particularidades, dificultades y estrategias de intervención, hay una necesidad de acción para la asistencia social en salud, y la importancia acceso a la información de los usuarios en relación con el Programa de Humanización del prenatal y el parto, así como la asistencia en otras demandas emergentes.

Palabras clave: Programa de Humanización, acción socio, derecho de las mujeres embarazadas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil das usuárias atendidas pelo projeto de intervenção Conhecer para exigir (2013)	50
Tabela 2 – Valores pagos pelo SUS (2013)	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIG – Hospital Ivan Goulart

OMS- Organização Mundial de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PPGAR - Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A MATERNIDADE E A SAÚDE PÚBLICA: DAS PARTEIRAS AO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO	15
2.1	O papel da maternidade ao longo dos anos	15
2.2	Das parteiras à institucionalização do parto: um enfoque nas políticas de saúde materna	17
2.3	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento	24
2.3.1	<i>O Programa de Humanização na Maternidade do Hospital Ivan Goulart</i>	29
3	O COTIDIANO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: A AÇÃO SOCIOEDUCATIVA COMO UMA POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO	36
3.1	O trabalho do assistente social: os instrumentos e as demandas institucionais	36
3.1.1	<i>As ações socioeducativas</i>	44
3.2	Ações socioeducativas como possibilidade de intervenção.	47
3.2.1	<i>O acolhimento dos profissionais na Maternidade do HIG</i>	51
3.2.2	<i>A autonomia e o protagonismo</i>	54
3.3	Fazer serviço social: uma avaliação dos limites e possibilidades do projeto de intervenção	62
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICE.....	78

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por finalidade relatar e problematizar o processo de estágio supervisionado em Serviço Social I e II desenvolvidos de novembro de 2013 a agosto de 2014 no Hospital Ivan Goulart, situado na cidade de São Borja, dando ênfase ao projeto de intervenção 'Conhecer para exigir' desenvolvido junto as gestantes atendidas por essa instituição.

Este trabalho tem por objetivo geral analisar as ações socioeducativas desenvolvidas com as gestantes atendidas no Hospital Ivan Goulart. A partir deste objetivo desmembraram-se 3 (três) objetivos específicos, sendo eles: Abordar o programa de humanização do pré-natal e nascimento a fim de reconhecer o que este tem a oferecer a seus usuários; Problematizar as ações socioeducativas como uma estratégia de trabalho do assistente social no contexto hospitalar, bem como apresentar os resultados do projeto de intervenção direito das gestantes: "conhecer para exigir", demonstrando se as atividades possibilitaram a construção do agir, saber e fazer Serviço Social que devem ser trabalhados continuamente, pois não é um fim em si mesmo, mas sim um processo em construção.

A temática do processo de trabalho surgiu a partir das vivências de estágio supervisionado no Hospital Ivan Goulart, onde se verificou que a assistente social realiza ações socioeducativas, entretanto em algumas áreas, como a maternidade atende somente as demandas imediatas. As ações socioeducativas, são ações que o assistente social realiza voltado para a disseminação de informação através de orientações, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los desta forma contribuindo para que necessidades e interesses dos usuários adquiram visibilidade.

Entende-se o desenvolvimento destas ações como fundamental, pensando desta forma foi elaborado um projeto de intervenção que proporcionassem as gestantes internadas a divulgação e esclarecimento sobre o programa de humanização, com vistas à aquisição de seus direitos e, assim possibilitar o real exercício da cidadania.

A relevância deste trabalho está em problematizar as atividades desenvolvidas no projeto, pois foi possível dar voz as usuárias, trazendo à tona o que estas percebem sobre o PHPN, desta maneira possibilitando discutir uma

demanda que inúmeras vezes passa despercebida em nosso cotidiano e que é de extrema importância e diz respeito a todos os cidadãos e não somente as gestantes.

A construção deste trabalho de conclusão de curso foi guiado pelo método dialético crítico destacando-se as categorias centrais totalidade, historicidade, contradição e mediação. A totalidade se dá do aprofundamento do entendimento das articulações dialéticas entre as partes e o todo. Nesse sentido percebe-se a necessidade de partir do todo para as partes, tendo a finalidade de retornar para o mesmo de uma forma mais precisa.

Para compreender a historicidade dos fenômenos sociais faz-se necessário aproximar-se da realidade dos sujeitos. Nesta realidade os fenômenos apresentam-se em constante mudança, para apreender o movimento de transformação dos mesmos, devem-se fazer recortes para ter uma compreensão mais ampla de como esses fenômenos constituem-se.

A contradição vem a ser a base, pois toda realidade carrega forças que se confrontam a todo o momento. A partir dos confrontos da negação que o método dialético permite a emergir a síntese realizada pelo sujeito, em um movimento concebido do real e estes movimentos dialéticos entraram em contradição. Por fim a mediação possibilita as diversas articulações possíveis no plano do real. Os profissionais do Serviço Social incorporaram ao seu cotidiano a categoria mediação, devido às demandas postas pela realidade social. Essa categoria caracteriza-se por mediar os fatos e as ações humanas e analisa as conexões existentes.

Existem variadas técnicas que dão suporte durante esse processo, a utilizada neste trabalho foi a de natureza qualitativa, pois a mesma permitiu compreender a essência da realidade, trazendo à tona o que as devidos usuários pensam a respeito do tema, não cabendo somente à visão da estagiaria, mas, portanto a dos sujeitos, trabalhando-se com fatos que repercutem na vida destas.

Este enfoque visa descrever um fenômeno, dando ênfase às situações reais de observação, tal qual ele ocorre. Entretanto, ela procura entender principalmente os processos subjacentes aos dados observados. Será feita uma análise descritiva das experiências relatadas pelas usuárias, na descrição das vivências ocorridas durante esse processo, às opiniões das gestantes serão trazidas através das falas, sendo essas apresentadas da maneira mais fiel possível. Na sequência entende-se como se suma importância a realização de uma análise de conteúdo, buscando-se sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação

que vão além do descrito. As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos, conforme Bardin: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

Para a realização do referido trabalho utilizou-se de uma análise bibliográfica em artigos, livros, teses. Essa análise se fez muito importante, pois através dela foi possível ter acesso a uma gama de informações, desta forma conhecendo dados passados referentes ao assunto em questão. Também foi elaborada uma análise documental em leis, estatutos, entre outros, essa análise assemelha-se com a bibliográfica, tendo como diferencial a fonte, enquanto a bibliográfica traz a ideia de vários autores, a documental vale-se de um material que ainda não recebeu nenhum tratamento. Como principal fonte, foi utilizado os documentos como diários, relatórios, análise institucional, que formam elaborados a partir da experiência no campo de estágio e supervisões acadêmicas, dando assim subsídios para o desenvolvimento do trabalho.

O trabalho será estruturado em dois capítulos, primeiramente será problematizado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a fim de compreender o que este tem a oferecer a seus usuários, para isso, entende-se como necessário contextualizar como a maternidade era vista anteriormente e como essa questão era tratada no âmbito da saúde. Na sequência, será apresentado o PHPN trazendo a necessidade de sua criação, seus objetivos e posteriormente delimitando esse programa ao município de São Borja, mais precisamente na maternidade do Hospital Ivan Goulart.

Logo após será contextualizado as demandas de trabalho das assistentes sociais no contexto hospitalar, trazendo os instrumentos utilizados pelas profissionais, tendo as ações socioeducativas como uma estratégia de intervenção. Dentro deste contexto será abordado o projeto de intervenção “conhecer para exigir”, sendo relatado os principais resultados, demonstrando se as ações possibilitaram a construção do agir, saber e fazer Serviço Social que devem ser trabalhados continuamente, pois não é um fim em si mesmo, mas um processo em construção.

Finalizando com as considerações finais onde é apresentada de forma clara as proposições a que se chegou após toda a discussão trazido nos capítulos anteriores.

2 A MATERNIDADE E A SAÚDE PÚBLICA: DAS PARTEIRAS AO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Esse capítulo tem por objetivo problematizar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a fim de compreender o que este tem a oferecer a seus usuários, para isso, entende-se como necessário contextualizar como a maternidade era vista anteriormente e como essa questão era tratada no âmbito da saúde. Na sequência, será apresentado o PHPN trazendo a necessidade de sua criação, seus objetivos e posteriormente delimitando esse programa ao município de São Borja, mais precisamente na maternidade do Hospital Ivan Goulart.

2.1 O papel da maternidade ao longo dos anos

A ideia de maternidade, tal como é concebido em nosso contexto atual é fruto de uma construção que entrelaça os valores atribuídos a sexualidade e a reprodução, refletindo as crenças que orientam as relações de gênero na sociedade, sendo assim o papel de mãe passou por diversas transformações em nossa cultura ao longo dos anos.

No Brasil, Mary Del Priore (1995) em sua obra *Ao sul do corpo: condição feminina maternidades e mentalidades no Brasil Colônia* mostra como se inscrevia no imaginário colonial a ideia do feminino. A identidade feminina estava subordinada à concepção e gestação, ao papel de mãe. A moralidade inerente à maternidade garantia a domesticação da mulher, circunscrevendo ao lar sua área de atuação na sociedade e a colocando-a sob a tutela direta do homem:

O lento processo de adestramento da sexualidade feminina que acompanhou a instalação do casamento tridentino¹ na Colônia exprimia-se culturalmente através de vários interlocutores. O discurso normativo da Igreja foi um dos mais vigorosos, sem contar que os fatos e a prática da sexualidade não falavam por si, e haviam que se expressar por intermédio de definições sociais, símbolos e explicações que emergiam deste mundo no qual se tinham constituído (Del priori apud Porto, 2011, p.61).

¹ Termo que faz alusão ao Concílio de Trento (1545-1563), e que é elemento central do movimento de reorganização das funções do corpo, dos gestos e dos hábitos, traduzidos em condutas individuais, as quais deveriam refletir a pressão organizadora sobre toda a sociedade. Esta nascente ética sexual assentada no adestramento, sobretudo da mulher, fez-se, nos trópicos, a serviço do processo de colonização. (Del Priori apud Porto, 2011)

As mães, em sua função social transformam-se no período em estudo, num projeto do Estado e, principalmente, da Igreja. As mães, chefes da maioria das casas e das famílias -mantenedoras de seus fogos domésticos² -, foram eleitas como responsáveis pela interiorização dos valores tridentinos. O casamento insolúvel, a estabilidade conjugal, a valorização da família legítima, apresentadas como recompensa e reconforto frente à generalizada situação de abandono por parte dos homens-maridos-companheiros- pais.

A reflexão sobre o processo de normatização e adestramento da mulher na Colônia é feita, sobretudo, a partir da análise dos discursos e práticas das Igrejas e dos médicos.

[...] o discurso normativo médico sobre o funcionamento do corpo feminino apoiava o discurso da Igreja na medida em que indicava como função natural da mulher, a procriação. Fora desta, restava-lhe o lugar da exclusão: a melancolia ou a luxúria. Ao estatuto biológico da mulher, o discurso médico procurava associar outro, moral e metafísico: esta tem um temperamento comumente melancólico, é um ser débil, frágil, de natureza imbecil e enfermiça (Del Priori *apud* Siqueira; Bandeira; Yannoulas, p. 151, 1993).

Só a partir de 1750 os médicos vão substituir o temor pelo cuidado. Apenas no final do século XVIII identificam-se modestos avanços da medicina no sentido de identificar outras razões para enfermidades femininas que não o clima ou a vida pecaminosa. A importância da lactação passa a ser percebida tanto por doutores, quanto pela Igreja como um dever moral, desde o século XVI. A partir daí instaura-se o combate às amas-de-leite: cada vez mais o aleitamento torna-se um dever e parte fundamental do processo de sacralização do papel da mãe (SIQUEIRA; BANDEIRA; YANNOULAS, 1993).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (BARRETTO, 2008)

Há análises que demonstram que os programas elaborados desta época preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de

² Ou seja, mantenedora, gestora e guardiã dos seus e de outros filhos ilegítimos.

risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais (COSTA, 1999). Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

2.2 Das parteiras à institucionalização do parto: um enfoque nas políticas de saúde materna

No Brasil, a formação da tradição do partejar coincide com a colonização, a partir das portuguesas, negras e caboclas velhas das camadas menos favorecidas da população. Em via de regra, entre o século XVI e o século XVIII os partos eram realizados em casa, de maneira não intervencionista, assistidos por mulheres também conhecidas como 'parteiras' e/ou 'comadres', – pessoas reconhecidas em suas comunidades, detentoras de um saber empírico transmitido de geração a geração a partir de uma transmissão oral e simbólica, em geral, realizada nas relações de parentesco, numa rede de relações femininas a qual se reservava o mistério do nascimento (MENEZES; PORTELA; BISPO, 2012).

Com o advento do Capitalismo, houve um gradativo desenvolvimento da medicina moderna e social na Europa, que adquiriu um papel relevante devido à necessidade de controle das populações, levando ao aumento do interesse médico pela reprodução e acarretando a incorporação da obstetrícia à medicina, no século XVIII. Para Barreto (2008), o argumento que sustentava essa incorporação tinha suas bases na concepção da gestação e do parto enquanto eventos patológicos fortalecendo a medicalização progressiva do corpo feminino.

O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. (FOUCAULT, 1999, p.80)

No Brasil, esse processo começou a repercutir nas primeiras décadas do século XIX, a partir da vinda da Família Real, da fundação das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, do licenciamento de parteiras e da criação

dos cursos de partos. Nessa configuração, além das parteiras leigas, os médicos, parteiras examinadas, parteiras diplomadas [e posteriormente as enfermeiras] passaram a compor o cenário do parto. (BARRETO, 2008)

Até então, tanto partos normais quanto complicados eram realizados no domicílio, mesmo quando havia participação da figura masculina na assistência, sendo raros os encaminhamentos às Santas Casas, havendo uma grande resistência das mulheres e famílias quanto à inserção dos médicos na esfera da assistência à saúde da mulher e ao parto. (BARRETO, 2008)

Diante do pudor e da moral religiosa, as parteiras eram figuras de maior aceitação social, visto que, inseridas no universo dos valores femininos, poderiam compreender e compartilhar das intimidades e problemas das mulheres, como observa Weber (1999), que afirma que 'ser parteira' era um símbolo de confiabilidade para a população.

Como consequência, os médicos possuíam apenas conhecimentos teóricos de obstetrícia, pois não conseguiam adesão das mulheres para a realização do acompanhamento da gestação e parto nos hospitais, sendo convocados apenas em casos extremos, quando era necessária a intervenção cirúrgica. (BARROSO, 2009)

Através da leitura de Mott (1999) podemos concluir que foi necessário que os médicos, além dos partos complicados, passassem a assistir aos partos normais para ganhar clientela, para dissociar a figura médica das situações de fatalidade e para ampliar as possibilidades de prática obstétrica.

Consequentemente, a introdução de instrumentos, como o fórceps, influenciou consideravelmente no processo aceitação da figura médica, ao transformar a obstetrícia em uma disciplina técnica e intelectual, bem como ao inserir a ideia o parto é potencialmente perigoso e acerca da possibilidade de comandar o nascimento. (NAGAHAMA, 2005)

Neste contexto, o hospital seria o espaço que legitimaria o controle do corpo através da medicina. A mudança para o hospital, portanto, significou a efetivação de um processo de dominação masculina e a retirada da protagonismo da mulher na esfera do parto. Uma expressão prática disto é a mudança da posição de parir, sendo adotada uma posição horizontal, para garantir o conforto do obstetra, em substituição às posições verticalizadas, que favorecem a mulher. (NAGAHAMA, 2005)

Segundo Acker (2006) o processo de institucionalização do parto, no Brasil, passou a predominar somente a partir de 1930, quando o número de partos hospitalares ultrapassou o de partos domiciliares. Mas Wolff e Waldow (2008) referem que a definição do parto enquanto um evento público (institucional) se deu principalmente após a Segunda Guerra Mundial, se conformando não apenas na transferência do local do parto do domicílio para as instituições hospitalares, mas significando a mudança de concepções de uma sociedade que passa a ver este evento privado, familiar e iminentemente fisiológico [o parto], sob uma óptica patológica e medicalizada que lançou bases para a adoção do modelo tecnocrático e intervencionista norte-americano, que predomina até os dias atuais.

O desenvolvimento de métodos anticoncepcionais nos anos 1960 e a divulgação de seu uso foram responsáveis, em parte, pela mudança na vida e no papel social da mulher, propiciando-lhe maior inserção no mercado de trabalho e liberdade sexual que ela ainda desconhecia. Logo, porém, as mulheres constataram que os métodos estavam cada vez mais sob controle médico e que sua oferta era limitada, precária e sem assistência adequada, comprometendo sua saúde (LABRA, 1989).

Barsted e Hermann (2001) esclarecem que, para a mulher desempenhar suas atividades como trabalhadora, seria necessário que ela desfrutasse do mais alto nível de saúde física e mental, incluindo planejamento familiar e programas de assistência à saúde reprodutiva. Essa problemática trouxe repercussões para as bases sociais e políticas o que acabou gerando propostas mais abrangentes de atenção ao grupo materno-infantil (Lyda, 1994), sendo então implementadas ações públicas voltadas para maternidade e infância, o que aprofundou a preocupação com o acesso aos serviços de saúde.

Na saúde pública, essa assistência foi, por muito tempo, voltada para a puericultura³, que, em seu desenvolvimento, manteve/introduziu tecnologias de controle da gestação, cuidado materno à criança, controle pré-nupcial da saúde, entre outras iniciativas, como parte da prática da rede de postos e centros de saúde e dos denominados clubes de mães. Somaram-se então investimentos estatais nacionais e recursos internacionais no reequipamento de instituições materno-

³ Do latim puer = criança é a ciência médica que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento, mais especificamente com o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

infantis e na expansão de postos de puericultura, postos e centros de saúde pública, maternidades e serviços de pediatria públicos e privados (Canesqui, 1987).

A partir da década de 1970, a despeito da crise na Previdência Social, ocorreram demandas crescentes de atenção médica, valorizando-se investimentos na assistência básica à saúde com a utilização de tecnologias simplificadas. Mundialmente, o ideário da atenção primária à saúde, sob o marco da medicina comunitária, propunha medidas voltadas para a reorganização dos serviços visando à assistência precoce e contínua de cunho preventivo e curativo, com destaque para a expansão e melhoria do primeiro nível tecnológico do setor (Canesqui, 1987).

Assim, sob influência desses dois processos, o Ministério da Saúde reformulou as diretrizes gerais da assistência à saúde e também, em 1974/1975, a política nacional de saúde para o grupo materno-infantil, oficializando-a por meio do Programa Materno-Infantil (PMI) (Merhy, 1997). Foram então formalizadas ações de assistência à gravidez, ao parto e puerpério⁴, de estímulo à amamentação, bem como medidas para espaçamento entre as gestações, dirigidas a mulheres entre 15 e 49 anos, consideradas parte dos grupos mais vulneráveis conforme critérios pautados no conceito de risco (Brasil, 1975).

Um dos objetivos dessas ações era prevenir e tratar os agravos controláveis, por meio de tecnologias como imunização, suplementação alimentar e acompanhamento de problemas menos complexos do ponto de vista médico, como parasitoses, anemias, infecções urinárias, hipertensão, visando, também, entre outros propósitos, à redução do número de óbitos maternos.

Nessa época, inúmeras clínicas e maternidades foram construídas no Brasil, aumentando o número de leitos públicos e privados reservados ao cuidado de problemas relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. O trabalho das parteiras/obstetizes foi praticamente substituído pelo de profissionais especializados, sobretudo médicos obstetras (Canesqui, 1987).

Além de tratar da saúde da mulher, esses profissionais tinham o dever de estimular a amamentação, que havia sido de certa forma abandonado, pois agora havia a segundo plano com o processo de industrialização, a popularização do uso de leite em pó no aleitamento, que acabou acarretando em altas taxas de

⁴ Puerpério é o nome dado à fase pós-parto, em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas.

mortalidade infantil que associavam diarreia, desnutrição e desmame precoce (Vinagre, Diniz, Vaz, 2001).

Diante dessa situação, o Ministério da Saúde criou, em 1978, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), com a finalidade de operacionalizar ações de assistência especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico, prevenção de gestações futuras, quando indicada, e de diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade (Brasil, 1978).

Em 1980 surgiu o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsáude), que pretendia estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase totalidade da população brasileira, com articulação simultânea das diversas organizações estatais e privadas em rede única, hierarquizada e regionalizada. Previa o estabelecimento de amplo programa maternoinfantil: ações referentes aos intervalos entre os nascimentos dos filhos, informação seletiva e ampla sobre os diferentes métodos anticoncepcionais e revisão da legislação sobre a fecundidade (Canesqui, 1987).

Segundo Osis (1994), em meados da década de 1980 observava-se, no cenário nacional, crescente sentimento de democratização do país, com a organização de movimentos sociais, entre eles o feminista. A questão da sexualidade feminina passou a ser colocada em outros termos, deslocando-se o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da saúde reprodutiva e como um direito das mulheres.

A partir dessas discussões, grupos organizados de mulheres procuraram conhecer o modelo de atenção desenvolvido na Unicamp, de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), com o objetivo de transformá-lo em programa nacional. Insistiam, porém, no fato de que a transformação do conceito de AISM em programa de saúde incluísse componentes de educação sexual e de saúde (Brasil, 1984).

Reivindicavam o direito à procriação, sexualidade e saúde, e ao planejamento familiar, à discriminação do aborto, à democratização da educação para a saúde e outras medidas pertinentes à esfera da saúde pública (e não do ato médico).

organizados. No processo de abertura política, sanitaristas, psicólogas e sociólogas representantes dos grupos de mulheres, demógrafos, pesquisadores universitários e profissionais da saúde iniciaram, em 1983, parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, o que resultou, por parte do Estado, em resposta às reivindicações, no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), oficializado pelo Ministério em 1984 (Mandú, 2002, s/p.).

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. (Galvão, 1999).

O PAISM tornou-se um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher, ao contemplar saúde reprodutiva, planejamento familiar, prevenção de câncer e questões relativas às doenças sexualmente transmissíveis. Posteriormente foram sugeridas ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade, pois até então a política governamental de assistência à saúde das mulheres restringia-se a ações referentes a pré-natal, parto e puerpério.

Nesse sentido, foi também pioneiro no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres em lugar de práticas isoladas de planejamento familiar. Embora sua proposta original não explicita a expressão 'saúde reprodutiva', só conhecida internacionalmente no final dos anos 1980, sua concepção de atenção integral à saúde inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. (Ravindran apud Leite; Paes, 2009, s/p.)

Conseqüentemente, a adoção do PAISM representou, sem dúvida, passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta (Galvão, 1999). Conforme Serruya, Cecatti e Lago trazem em seu artigo intitulado "O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais":

O PAISM exigia dos gestores e profissionais uma postura que extrapolava a capacitação técnica para responder isoladamente a cada um dos problemas femininos de saúde. Essa nova atitude requeria que os profissionais se

relacionassem com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, sendo compreendidas suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade no contexto de subordinação das mulheres nos planos privado e público. (Serruya, Cecatti e Lago, 2004, p.1281)

Desse modo, o PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão. Nestas quase duas décadas já passadas, a implantação do PAISM foi bastante diferenciada em todo o país, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher, a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde.

Observa-se que, mesmo nos serviços que realizam o conjunto das atividades como preconizadas pelo PAISM, há questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento, permanecem questões que, entre outras, devem ser discutidas, como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, e o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (Brasil, 2002)

Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, o MS instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores.

Essas medidas despertaram polêmicas e mobilizaram defensores e opositores nos diversos segmentos envolvidos, dentro e fora das instituições de assistência ao parto no Brasil. No auge dessas discussões ocorreu a Convenção Sobre os Direitos da Criança, de 1989, que também estabeleceu o compromisso dos Estados-partes em relação à maternidade, nos dispositivos que obrigam os países a “assegurar às mães adequada assistência pré-natal e pós-natal” e a “assegurar que todos os setores da sociedade, em especial os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação (Unicef, 1995).

2.3 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

Sabe-se que com o avanço da medicina, o parto passou ser a institucionalizado nas primeiras décadas do século XX, passando a ser visto como um processo patológico que merecia ser controlado a fim de evitar a morte materna e perinatal. A partir disto as parteiras que eram tradicionais passaram a sofrer críticas a respeito do seu ofício, enquanto as parteiras diplomadas perderam a essência de partejar com arte e autonomia (CAPARROZ,2003).

O modo como o parto é visto é uma coisa relativamente nova se levado em consideração o tempo que estamos na terra, pois anteriormente era algo absolutamente de mulheres para mulheres. A entrada dos homens trouxe uma modificação nos modelos, nos paradigmas, há cerca de 40/50 anos que as mulheres passaram a ganhar bebês em hospitais, foi muito violenta essa transição de um evento familiar, afetivo, carinhoso, e com pessoas conhecidas, há um lugar inóspito com pessoas totalmente alheias ao nosso convívio diário, cheio de máquinas e, portanto, um lugar assustador para a maioria das mulheres.

Apesar dos benefícios produzidos através do conhecimento, a medicalização da assistência ao parto influenciou na desumanização desse evento e na formação da enfermeira obstetra, de acordo com o modelo biomédico (CAPARROZ, 2003). Ao mesmo tempo, as mulheres passaram a ser agentes passivas desse processo que deixou de ser vivenciado de forma privada e feminina para tornar-se um evento público e masculino, num processo cada vez mais intervencionista e complicado.

Para compreender o programa de humanização é preciso perceber nascimento como um processo e não apenas como um evento. Desta forma, cabe apresentar um conceito que contemple os aspectos multidimensionais que o envolvem, pois ele:

é um momento especial da vida, transitório, e que confere vivências pessoais e coletivas para a promoção e desenvolvimento humano. O processo do nascimento é compreendido desde a pré-concepção até o puerpério, sendo que as pessoas que o estão vivenciando (criança, mulher e homem) influenciam e são influenciados pelo contexto sociocultural. (OLIVEIRA, 2001 p.22)

A gestação é uma etapa especial da vida da mulher, quando se está gerando um novo ser, o seu bem-estar físico, emocional e social deve ser mantido. A tensão

do dia-a-dia, oriundas seja do trabalho, de preocupações domésticas, da expectativa sobre o estado de saúde do bebê que está sendo gerado, de como vai ser o parto, podem, quando em excesso, causar stress (LIPP, 1996).

Muitos são os fatores pré-existentes que podem desencadear inseguranças e outras emoções fortes na mulher, na condição de parturiente. As ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham diretamente com essas usuárias têm contribuído para minimizar a tensão da mãe e evitar que ela sofra no momento do parto, pois é ele quem permanece o tempo todo ao seu lado, desde a sua admissão, até a sua alta hospitalar.

Segundo Gualda (1993):

A transferência do local de nascimento para o hospital resultou na substituição de rituais do processo de nascimento. Cada vez mais os aparatos tecnológicos utilizados no controle do trabalho de parto e parto, tornaram-se armas poderosas para o incremento do rito hospitalar, tão distanciado das crenças e valores da mulher. Este fator tem influenciado em uma assistência ao parto, atualmente, centrada na equipe de saúde, não na mulher e na criança que vai nascer, como acontecia nos idos da história da obstetrícia. Esta situação se justifica na ocasião da internação, uma vez que a parturiente recebe uma gama de orientações sobre rotinas e procedimentos e torna-se passiva aos acontecimentos (GUALDA, 1993, p.4).

As mulheres foram retiradas do aconchego do seu lar e da companhia dos seus familiares para um ambiente frio e impessoal, em que na maioria das vezes profissionais desconhecidos e sem identificação exerciam sem permissão e justificativa, uma série de procedimentos invasivos e dolorosos, como se a parturiente fosse um objeto sem identidade e voz. A OMS (1996) se pronuncia a respeito disto, destacando que, num hospital a mulher pode ser atendida por um grande número de profissionais durante várias horas e mesmo assim se sentir só durante a maior parte do tempo.

A partir de 1994, questionamentos quanto à qualidade do atendimento começaram a interessar os estudiosos das políticas públicas de saúde. Isso gerou discussões a respeito de controle social com os Conselhos de Saúde; gestão em recursos humanos, avaliação do processo de descentralização, entre outras. A qualidade da assistência passou a ser a base para análises feitas sobre os modelos assistenciais, levando à discussão sobre gestão em saúde (Organização Pan-americana da Saúde, 2002).

Uma pesquisa realizada na Europa pela OMS, em 2004, trouxe a participação de pequenos grupos indicando a humanização como uma das palavras-chave na qualidade do cuidado. Assim, pôde-se correlacionar a humanização da assistência à saúde à busca de qualidade do atendimento (WHO apud Leite; Paes, 2009, s/p).

Conceitos de gestão de qualidade convergem para a humanização dos serviços. O movimento de humanização é uma busca pela qualificação da produção ou prestação de serviços, mas é contra um compromisso mercadológico, que geralmente caracteriza um programa de qualidade institucional. A preocupação com a qualidade do atendimento oferecido aos usuários do SUS está atrelada à criação da política de humanização.

A humanização da assistência é baseada na visão proposta pelo Ministério da Saúde através do HumanizaSUS (Política Nacional de Humanização) de 2004 e do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) de 2000. O MS traz a necessidade de se modificar modelos marcados pela gestão centralizada e vertical, principalmente devido ao despreparo dos profissionais em lidar com a dimensão subjetiva em todas as práticas de saúde (BRASIL, 2004).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido no período pós-parto (BRASIL, 2002).

O programa considera como prioridades: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; o objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido.

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais, como salientado pelo Programa Humanização do Parto:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento

imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002, p.5)

Este programa traz como prioridades: adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; na perspectiva dos direitos de cidadania, bem como ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos.

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturada nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

A lógica humanizar é acima de tudo ficar ao lado, proporcionar conforto, orientações, ouvir, esclarecimento, comprometimento com o nascimento de um novo ser, de forma segura, digna e responsável propiciando que a parturiente seja sujeito desse processo único.

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética evidenciando a importância do diálogo entre nossos semelhantes. Sendo assim, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. Sem a linguagem, o ser humano se desumaniza reciprocamente. Sem comunicação não há humanização (PESSINI e BERTACHINI apud MENEZES, 2005, p.13).

A humanização deve ser a mola mestra do atendimento à concepção, atualmente existe um movimento mundial em prol desta humanização, estimulando

os profissionais de saúde a repensarem à sua prática, buscando a transformação da realidade no cotidiano do cuidado.

O trabalho de parto deve ser abordado com ética profissional em todas as situações de atenção à saúde. Nesse sentido, é fundamental, o respeito à mulher e a seus familiares ao chamá-la pelo nome, permitir que ela identifique cada membro da equipe, informá-la sobre os diferentes procedimentos a que será submetida, propiciar-lhe um ambiente acolhedor, limpo, confortável e silencioso, esclarecer suas dúvidas e aliviar suas ansiedades são atitudes relativamente simples, ética e humana (BRASIL, 2001).

Conforme a OMS apud Barifouse (2014) a parturiente durante um parto natural humanizado deve escolher a pessoa em quem confia, para o acompanhamento do seu parto, bem como privacidade e acesso a todas as informações e explicações que deseje e necessite conhecer. Além do apoio, a mulher tem a liberdade de lançar mão de métodos que aliviem a sua dor durante o trabalho de parto, como assumir qualquer posição mais confortável no leito ou fora dele, banho de chuveiro, toques e massagens frequentes, respiração ritmada e ofegante, fundo musical e outros.

A PHPN também tem por objetivo aprimorar as relações entre os profissionais, entre usuários/profissionais e entre o hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados pelas instituições do SUS. Hoje, o programa de humanização passou a ser uma política transversal, constituindo uma política de assistência à saúde.

Geralmente a visão de humanização está atrelada a uma forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, implicando, ainda, na valorização do profissional e do diálogo intra e Inter equipes.

Assim, essa nova forma de conduta estaria ligada a questões de democratização das relações que envolvem o atendimento; busca de melhor diálogo e melhoria da comunicação entre o profissional de saúde e paciente; reconhecimento das expectativas dos próprios profissionais e as dos usuários como sujeitos do processo terapêutico. Para tanto, é importante centrar-se na valorização da conscientização da pessoa para a conquista dos direitos e valores da cidadania, com responsabilidade e ética.

2.3.1 O Programa de Humanização na Maternidade do Hospital Ivan Goulart

O Hospital Ivan Goulart foi fundado em 28 de agosto de 1960 pelo então Presidente da República João Belchior Marques Goulart, tendo por finalidade construir, fiscalizar e administrar um hospital infantil regional na cidade de São Borja, Rio Grande do Sul, como uma instituição beneficente sem fins lucrativos de direito privado e direito público. No dia 05 de dezembro de 2002, ocorreu a incorporação do Hospital Ivan Goulart e Hospital Beneficente São Francisco de Borja, possibilitando desta forma o crescimento do Hospital Ivan Goulart em termos de recursos materiais e humanos, ampliando suas instalações físicas. (ANÁLISE INSTITUCIONAL, 2014).

Situa-se no centro da cidade desta forma facilitando o acesso aos diversos pontos de São Borja, abrange uma população de 160.000 habitantes, originários dos municípios de São Borja, Maçambará, Itaqui, Itacurubi, Santo Antônio das Missões, Garruchos, Unistalda e Santo Tomé – República Argentina. A Maternidade fica na Unidade IV localizada no segundo piso do hospital, possui oito quartos, cada um com dois leitos, um apartamento, um centro cirúrgico, sala de recuperação, berçário e a Casa da Gestante⁵.

Durante o processo de estágio supervisionado em Serviço Social I e II, que aconteceu nessa instituição durante o período de novembro de 2013 a agosto de 2014, pode-se perceber que havia uma grande demanda de gestantes, atendidas pelo hospital, que estavam se submetendo a partos cesáreos.

Esse fenômeno relativo ao parto, não vem acontecendo apenas no município de São Borja, pois segundo a fundação Fiocruz⁶ 52% (cinquenta e dois por cento) dos partos realizados no Brasil são cesarianas - enquanto o índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde é de apenas 15% (quinze por cento) -, tornando o país um recordista desse tipo de parto no mundo. Enquanto na rede privada, o índice sobe para 83% (oitenta e três por cento). Esses números são alarmantes e sobem a cada ano, pois segundo esta mesma fundação esse índice em 1999 (mil novecentos e noventa e nove) era de 38% (trinta e oito por cento), é facilmente

⁵ Essa casa trata-se na realidade de um quarto setor onde ficam internadas as gestantes que possuem algum risco à saúde.

⁶ Pesquisa intitulada "Nascer no Brasil"

visualizado que a cesárea deixou de ser uma intervenção utilizadas somente para salvar vida e passou, na prática, a ser vista como algo rotineiro.

Esse mesmo estudo aponta que quase 70% (setenta por cento) das brasileiras deseja um parto normal no início da gravidez. Entretanto, poucas foram apoiadas em sua preferência pelo parto normal: nos serviços privados, esse valor foi de apenas 15% (quinze por cento) para aquelas que estavam em sua primeira gestação.

Segundo a Enfermeira-chefe da maternidade do Hospital Ivan Goulart:

Uma das principais ações que devem ser efetivadas é o esclarecimento da mulher sobre as vantagens e desvantagens entre os dois procedimentos proporcionando que a gestante e/ou parturiente tenha o direito de escolha no parto e participe deste evento. (Diário de campo, 2014)

A cesariana⁷ é uma técnica cirúrgica utilizada para retirar um feto de dentro do útero para a realização desta operação é feita “a abertura da cavidade abdominal, com uma incisão transversal, um pouco acima do púbis, de aproximadamente 12 centímetros. São cortadas sete camadas de tecido, entre pele, tecido muscular e peritônio, até chegar ao útero e retirar o bebê” (CONTE, 2013).

Apesar de normalmente tudo acontecer de forma rápida e sem complicações, deve ter a noção clara de que uma cesariana é uma cirurgia com riscos potenciais. Apesar dos riscos, também há uma mensagem tranquilizante: graças à evolução do conhecimento médico foi possível melhorar o procedimento cirúrgico, de modo a garantir a maior segurança da mãe e do bebê. Contudo, a completa exclusão de todos os riscos não pode ser garantida. Assim, deve pesar os prós e os contras para poder decidir de forma informada e consciente.

O Parto Normal embora seja o desfecho natural da gravidez, é temido por muitas gestantes por conta da dor. Hoje é possível dar à luz sem o sofrimento de décadas atrás, com a ajuda de analgésicos, esse processo tem outras vantagens como a recuperação mais rápida e praticamente sem dor.

O parto humanizado é uma nova forma de lidar com a gestante respeitando sua natureza e sua vontade. No parto humanizado a protagonista é a gestante e seu filho que está para nascer. Tão importante quanto os procedimentos médicos

⁷ A palavra cesariana derivou da forma como nasceu o ditador Júlio César, pois a mãe de Júlio César morreu no nono mês de gravidez, e sua barriga foi cortada para salvar o feto, daí que ele recebeu o nome de César que quer dizer cortar na língua dos romanos.

também é a atenção e cuidado com o delicado momento em que mãe e filho estão vivendo. Uma diferença marcante dessa nova forma de parto são os procedimentos, muitas vezes não necessários, de rotina usados nos hospitais como indução do parto, corte do períneo (episiotomia⁸), parto cirúrgico (ou parto cesárea). Esses e outros procedimento são utilizados apenas quando a gestante e seu cuidador concordam na manobra a ser feita, isto é, a gestante participa ativamente do processo.

Embora a cesariana tenha se tornado tão comum no Brasil, o parto humanizado oferece vantagens para a mãe e para o bebê: ele é menos agressivo, oferece riscos menores de complicações cirúrgicas e permite que mãe e bebê tenham contato desde os primeiros instantes da vida da criança.

Seu cuidador orienta-a e ajuda-a nos momentos necessários. O papel de cuidador pode ser atuado pelo marido ou companheiro da gestante, doula⁹ e outros profissionais da área médica. Além do acolhimento físico, seu cuidador se preocupa e age ativamente no acolhimento emocional da gestante. Antes, durante e após o parto a intervenção médica ocorre apenas quando a situação exige e não por praticidade.

Como cada ser humano é único, com suas peculiaridades, o parto possui uma diversidade de situações muito grande, sendo de tarefa de o cuidador estar preparado para todas essas diversas possibilidades e agir conforme a gestante e o momento exigem. Por isso, no parto humanizado não existe um procedimento específico ou normas rígidas a serem adotadas.

Há uma confusão de ideias sobre esse novo conceito no Brasil onde comumente os partos são encarados como procedimentos mecânicos ao invés de existir um respeito à individualidade da gestante. Pessoas e até médicos podem

⁸ A episiotomia, ou “pique”, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões. No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da medicina baseada em Evidências (CIELLO, et al., 2002, p.80).

⁹ A palavra doula vem do grego e significa “mulher que serve”. As doulas são acompanhantes das gestantes na hora do parto, dando apoio afetivo, emocional, físico e de conhecimento, para que a mulher se sinta tranquila e segura na hora que der a luz. A doula também pode oferecer massagens na hora do parto, ensinar técnicas de respiração e ajudar a encontrar posições mais fáceis para que a gestante tenha menos dor ao parir. Elas ainda auxiliam na amamentação e no cuidado com o bebê após o parto, além de dar suporte emocional ao acompanhante e ajudá-lo a dar apoio à mulher. (DUARTE, 2014, s/p)

confundir erroneamente o termo parto humanizado como sinônimo de parto sem anestesia, parto na banheira, parto em domicílio etc. O parto humanizado não se limita apenas ao momento do nascimento do bebê, mas sim a todo processo da gestação, do nascimento e do pós parto.

A melhor forma das gestantes terem seus filhos é através de um parto humanizado, ou seja, participar ativamente de todos os processos, ter autonomia de escolha aquilo que vai ser submetida, compreendendo o porque de ter de se submeter a um parto ou outro, sendo ele normal ou cesáreo. Porém creem-se que muitas mulheres não exigem esses seus direitos pelo fato de não saber de sua existência como podemos confirmar na fala da enfermeira-chefe:

De modo geral, as mulheres desconhecem seus direitos e deveres quando procuram atendimento hospitalar, quer seja durante a gestação ou o trabalho de parto. Tais questões devem ser levantadas e discutidas durante o pré-natal, de tal forma que proporcione tranquilidade e segurança no momento do nascimento (Diário de campo, 2014).

Há certamente uma influência do pré-natal na decisão das mulheres pelo tipo de parto, aonde ao longo dos processos as mulheres vão perdendo sua autonomia em relação as escolhas a serem tomadas. Compreende-se que a uma baixa informação recebida pelas mulheres em relação às vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto e a baixa participação do médico como fonte desta informação.

Foi possível verificar através de abordagens individuais que essas não possuíam muita instrução quanto a seus direitos enquanto gestantes. Tendo em vista que o exercício da cidadania é de extrema importância, a participação do Serviço Social no apoio às gestantes faz-se fundamental, orientando-as neste processo e desta maneira contribuindo para a consolidação de seus direitos, através do desenvolvimento de ações socioeducativas, discussão essa que será aprofundada ao longo do trabalho.

Ainda levando em consideração o hospital, foi possível verificar que a sua estrutura humana, em geral, é satisfatória. Há uma equipe com duas enfermeiras obstetras, técnicas em enfermagem que se revezam em plantões e desde o dia 31 de março do ano de 2014 passou a contar com o plantão presencial de médicos ginecologistas e obstetras bem como plantão presencial pediátrico nas 24 horas do

dia para garantir o atendimento das gestantes de São Borja e região (Diário de Campo, 2014).

A implantação do plantão presencial foi um grande avanço para a saúde tanto das mães, quanto dos bebês, pois assim que estes usuários chegam ao hospital podem contar com médico especializado para atendê-los. É importante salientar que esses profissionais atendem somente as urgências e emergências pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante a vivência de estágio foi possível perceber que o principal problema apontado referente aos profissionais é a falta de anestesistas, pois esses trabalham de sobreaviso - não ficam na instituição, são chamados somente em caso de urgência. É importante salientar que no hospital há apenas dois profissionais desta especialidade, e que esses possuem uma enorme demanda de trabalho.

Muitas vezes, demandas de anestesia em partos não são consideradas fortes suficiente para chamar o médico em casa, criando um cenário com duas principais consequências. A primeira, recorrente daquelas que se utiliza de planos de saúde particular que vem a ser o risco depois de chegar a um hospital e não encontrar um anestesista. Percebe-se que desta forma mulheres e médicos preferem marcar a cesárea com antecedência.

Já a segunda consequência é característica da rede pública: quando a mulher que precisa e quer anestesia não a recebe, pois parte dos partos, especialmente os induzidos com ocitocina¹⁰, acabam virando algo torturante com a falta de anestesia. Onde a dor aguda, sem nada para amenizá-la, fazendo com que muitas mulheres passem por experiências traumáticas no parto normal, ampliando a crença de que este é um método com dores insuportáveis e que, por isso, a cesárea seria uma melhor opção.

De acordo com o Ministério da Saúde:

[...] em uma cesariana feita pelo SUS a mulher tem direito a contar com o anestesista de plantão. No caso do parto normal, o Ministério recomenda que, antes de ofertar uma analgesia de parto, o hospital deve ofertar os métodos não farmacológicos de alívio da dor, que oferecem menos riscos e

¹⁰ A ocitocina é um hormônio naturalmente produzido pelo nosso organismo para gerar as contrações do útero durante o trabalho de parto e a liberação do leite durante a amamentação. Ele foi sintetizado em laboratório e assim se tornou uma medicação muito útil, sendo usado para acelerar o início do trabalho porém as contrações causadas pela ocitocina artificial podem ser mais doloridas. (Barifouse, 2014, s/p)

podem resolver o problema da sensibilidade a dor sem os riscos da analgesia (Ministério da Saúde apud Barifouse, 2014, s/p)

Esses métodos incluem apoio contínuo, liberdade de movimentação e adoção de posições, acesso à água - como chuveiro e banheira – acesso a escada de ling¹¹, ao cavalinho¹² e banquinho, que são instrumentos de fisioterapia para adotar outras posições para o parto normal, além do apoio pela doula, a ambiência da maternidade e a privacidade. (Ministério da saúde apud Barifouse, 2014)

A maternidade não possui nenhum desses métodos alternativos, porém é possível compreender que em alguns sentidos vem garantindo direitos previstos no programa de humanização, bem como o livre acesso do companheiro ou quem a gestante preferir no momento do parto; garantia de que mãe e bebê ficaram no mesmo quarto, tratar cada indivíduo pelo seu nome, e aquele que é de maior importância que vem a ser explicar a gestante sobre os procedimentos que essas serão submetidas na hora do parto. É importante ressaltar que as atividades elencadas acima são exclusivas da área da enfermagem.

Durante o processo de estágio foi possível perceber que as aproximações feitas pelo Serviço Social à maternidade ocorrem somente quando alguma dessas precisa de orientação como, por exemplo, o registro de nascimento de seu recém-nascido, encaminhamento para programas sociais, ou então quando alguma gestante se recusa a fazer o pré-natal ou encontra-se sozinha por não saber que tem direito a um acompanhante vinte e quatro horas.

A demanda mais recorrente vem a ser a transferência de recém-nascidos, para outros hospitais da região, pois aqui não há UTI neonatal. Essas solicitações são essas feitas pelo setor de enfermagem, que telefona ou vai pessoalmente à sala do Serviço Social para relatar esses casos. A única atividade realizada pelo Serviço Social, diretamente com as gestantes foi através do projeto de intervenção intitulado “Conhecer para exigir” que foi aplicado pela estagiária de Serviço Social durante o processo de estágio supervisionado em Serviço Social II, e que será relatado no capítulo 3 (três) deste trabalho.

Porém antes de aprofundar o projeto de intervenção se faz necessário relatar quais as demandas de trabalho dessas profissionais e assim poder compreender a

¹¹ Trata-se de uma barra onde a gestante apoia-se para ficar sentada na bola de pilates, permitindo um maior movimento entre as contrações.

¹² Acento em que a gestante senta-se numa posição flexiona para frente, contando com um apoio para as mãos.

rotina de trabalho das mesmas, desta forma identificando o porquê de não haver atividades do Serviço Social em diversos setores do hospital, desta forma justificando a criação do projeto de intervenção.

3 O COTIDIANO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: A AÇÃO SOCIOEDUCATIVA COMO UMA POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO

Esse capítulo tem por objetivo problematizar as demandas de trabalho das assistentes sociais no contexto hospitalar, trazendo os instrumentos utilizados pelas profissionais, tendo as ações socioeducativas como uma estratégia de intervenção. Dentro deste contexto foi problematizado o projeto de intervenção “conhecer para exigir”, criado para responder a uma fragilidade resultante de um rol de demandas do HIG, sendo relatado os principais resultados, demonstrando se as ações possibilitaram a construção do agir, saber e fazer Serviço Social que devem ser trabalhados continuamente, pois não é um fim em si mesmo, mas um processo em construção.

3.1 O trabalho do assistente social: os instrumentos e as demandas institucionais

O Serviço Social tem como objeto da sua intervenção a questão social, que “[...] é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, [...]” (IAMAMOTO, 2007, p.27). A questão social é consequência do conflito existente entre capital e trabalho, e o assistente social trabalha com suas mais variadas expressões, como desemprego, violência, desigualdade, miséria, o não acesso a direitos, entre outras determinações. A questão social apenas pode ser visualizada concretamente por meio de suas expressões e engloba o conjunto das desigualdades, bem como as estratégias de resistência.

O Serviço Social tem como objeto de trabalho as múltiplas expressões da questão social, que tem diferentes características, conforme o período histórico. Durante a trajetória da profissão, o assistente social passou de mero executor e normalizador das relações sociais, a um profissional propositivo, de bases teóricas sólidas e prática efetiva e não imediatista.

O Serviço Social enquanto profissão é uma especialização do trabalho coletivo, estando inserido na divisão sócio técnico do trabalho. Compreende-se trabalho como uma atividade característica do ser humano. “O homem é um ser que antecipa, que faz projetos, que representa mentalmente os produtos de que precisa” (ALBORNOZ, 1992, p.70).

O ser humano tem a capacidade de planejar prevendo os resultados de sua ação.

[...] 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. [...] Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX, 2011, p.211).

O processo de trabalho é composto por uma atividade para chegar a uma finalidade, que é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto; e os meios de trabalho.

[...] todo processo de trabalho implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação; meios ou instrumentos de trabalho que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto; e a própria atividade, ou seja, o trabalho direcionado a um fim, que resulta em um produto (IAMAMOTO, 2012, p.61).

Para o Serviço Social, o objeto de trabalho é a questão social refletida em suas múltiplas manifestações. A ação profissional tem como condição o conhecimento da realidade e sua interpretação à luz da teoria social. Os instrumentos de trabalho utilizados vão além das técnicas e abrangem o conhecimento teórico-metodológico do profissional, que o qualifica para fazer uma leitura da realidade e planejar a ação. O processo de trabalho é “configurado por todo fazer profissional que abrange metodologias, utilização do arsenal técnico da profissão, estabelecimento de diretrizes de ação, de comunicação e de prestação de serviços aos usuários” (GENTILLI, 2006, p.25).

O trabalho do profissional assistente social é o mesmo, independente do espaço de atuação. Há um objeto de intervenção, que são as expressões da questão social, o instrumental adequado à determinada demanda da realidade e a ação que gera resultados. Antes de intervir, o assistente social procura aproximar-se da realidade, compreendendo seu movimento dialético para apreender a essência do fenômeno. Esse movimento realizado pelo profissional é a análise da realidade que vai direcionar a sua prática.

O Assistente Social utiliza para sua intervenção profissional, seus instrumentos de trabalho que juntamente com os fundamentos teórico-metodológicos e ético-político norteiam a prática profissional em seu cotidiano de trabalho, com o objetivo de fazer o desvendamento de seu objeto de trabalho. Segundo Guerra:

Foi dito que a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, 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, 2009, p.02)

A vida cotidiana é questão fundamental à prática profissional dos assistentes sociais, uma vez que comporta o espaço da práxis. Segundo Heller (2004, p. 7), o cotidiano é o “mundo da vida” que se produz e se reproduz dialeticamente, num eterno movimento: “[...] é o mundo das objetivações”. O conceito de cotidiano está relacionado àquilo que é vivido e à vida social dos indivíduos sociais. Um e outro se relacionam entre si. O cotidiano (ou a cotidianidade) se distingue da rotina da vida exposta no dia a dia. A rotina do dia a dia se constitui, segundo Heller (2004) como o/s ato/s que repetimos mimeticamente sem nos darmos conta do seu significado e de sua importância.

O cotidiano é a vida em sua justaposição, numa “sucessão aparentemente caótica” dos fatos, acontecimentos, objetos, substâncias, fenômenos, implementos, relações sociais, história e assim por diante. A vida cotidiana aparece como a “base de todas as reações espontâneas dos homens ao seu ambiente social, na qual, frequentemente parece atuar de forma caótica” (LUKÁCS apud HELLER, 2004, p. 12).

É nesse espaço que se consolida, se perpetuam ou se transformam as condições de vida onde incidem a prática profissional¹³ onde as dificuldades da prática cotidiana são melhores superadas por aqueles que conseguem ter mais claras as múltiplas e precisas mediações que se articulam no objeto de seu trabalho profissional.

O profissional do Serviço Social conta também com a categoria mediação, que segundo Pontes (2009) “a categoria de mediação é, sem dúvida, um símbolo teórico-metodológico que bem representa a viragem ocorrida na profissão na década de 80”. Contempla ainda “a mediação como categoria intelectualiza permite, mediante um impulso do real, à razão de construir categorias para auxiliar a compreensão e

¹³ A prática profissional do assistente social caracteriza-se pela rotina, repetição de tarefas e pela espontaneidade necessárias para a reprodução do indivíduo e da profissão. (COELHO, 2013, p.7)

ação profissionais”. Desse modo o assistente social atua nas mediações entre os conflitos instituições e usuários, usuários e legislações constitucionais, empregador e empregado, entre outros direcionamentos para a construção desse processo.

Os profissionais do Serviço Social incorporaram ao seu cotidiano a categoria mediação, devido às demandas postas pela realidade social. Essa categoria caracteriza-se por mediar os fatos e as ações humanas e analisa as conexões existentes. No movimento do real, ocorrem diversas mediações que precisam ser consideradas, para que haja a compreensão de algum fato na sua essência. “Na teoria social marxiana, a mediação tanto se manifesta como uma categoria que compõe o ser social [...], quanto se constitui num construto que a razão elabora logicamente, para possibilitar a apreensão do movimento do objeto” (PONTES, 2010, p. 81). Ou seja, a mediação faz parte do processo histórico do homem, um movimento que faz articulações para compreender o real.

Sendo assim, compreende-se que a experiência cotidiana do profissional ou a vivência do dia-a-dia instaura a verdade do sujeito, isto é, o que ele faz para responder as demandas que são postas em seu cotidiano. Segundo Coelho (2013):

Ao automanifestar-se e autorreconhecer-se no saber imediato que advém da experiência direta com o objeto – o fazer profissional-, o sujeito estabelece relação com o Outro, com outra verdade. Esta mediação encontra-se evidenciada no conteúdo e na forma como o sujeito se automanifesta, se reconhece em sua fala. (COELHO, 2013, p.16)

Porém o cotidiano dos profissionais não recobre a totalidade das atividades pelas quais os sujeitos reproduzem suas relações sociais; mas é no cotidiano profissional do assistente social que sua instrumentalidade se materializa. (GUERRA, 2009)

Utiliza como instrumento de trabalho a entrevista, ainda que poucas vezes faça uso desse recurso, normalmente se utiliza com os familiares dos usuários internados na ALA Recomeçar. A entrevista é um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos.

Magalhães apud Lewgoy elucida que:

Um bom entrevistador ouve muito e fala pouco. Isso diz respeito à habilidade de escuta, questionamento e observação do que não é dito, mas que se configura no sujeito para quem se dirige o trabalho do assistente social. A observação permitirá muitas vezes a decodificação de uma

mensagem, de um gesto, do silêncio, da pausa. Os questionamentos devem levar em consideração a relevância e a validade da questão; a especificidade e a clareza. (MAGALHÃES apud, LEWGOY p.237, 2007)

Todas essas habilidades se entrecruzam a respeito dos sujeitos como requisito a um dos princípios do Código de Ética Profissional (1993), que se refere à não-discriminação de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, idade e condição física.

Dentro do HIG, as assistentes sociais não possuem um plano de trabalho, porém percebe-se que possuem atribuições já definidas, não se sabe ao certo por quem, mas quando o Serviço Social foi implantado na instituição em novembro de 2004, pela assistente social Marlei Aparecida Maffra, tinha como objetivo de proporcionar melhorias na qualidade de vida dos colaboradores, funcionários, usuários e seus familiares. (Análise institucional, 2014)

Um plano de trabalho nunca foi elaborado, mas as atividades realizadas pelas assistentes sociais na instituição são as mais diversas, atualmente estão trabalhando duas profissionais onde os turnos ocorrem em horários inversos, e a cada final de semana uma profissional fica responsável pelo plantão social, no qual a profissional fica sobre aguarde da instituição para qualquer emergência que eventualmente ocorra.

O plantão social faz parte da prática profissional dos assistentes sociais desde o início da profissão no Brasil. Este espaço de atuação profissional destina-se a uma prática de caráter individual, momento de estabelecimento de uma relação direta entre assistente social e usuário. (TRINDADE, 1999, s.p)

O Assistente Social faz uso como instrumento de trabalho no HIG, a ficha social, o qual registra todos os atendimentos que realizou diariamente naquele espaço, sendo de suma importância os registros dos atendimentos para que o próximo profissional que assuma em outro horário esteja integrado dos acontecimentos e apenas elas tem acesso a esse material, bem como através de um livro referente aos atendimentos dos usuários internados na ALA psiquiátrica, este de acesso a todos os profissionais ligados ao usuário, desta forma dando uma continuidade ao serviço tais como atendimento em grupo e individual.

Dentro das demandas, há também a realização de grupos. O assistente social deve trabalhar com grupos enquanto instrumento, como uma técnica que constitui o

seu trabalho, distanciando da perspectiva do atendimento fragmentado e do entendimento do grupo como método de adaptação do indivíduo ao funcionamento social. (KONOPK apud SPEROTTO, 2003, p.15). Sua intencionalidade, variável de acordo com a demanda do grupo, vai direcionar suas ações e os demais meios pelos quais buscará contribuir com esses usuários. Os grupos realizados são com os usuários internados na ALA Recomeçar, sendo eles pessoas que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, com a finalidade de se desintoxicar, bem como pessoas com transtornos mentais.

Os grupos organizados e coordenados por assistentes sociais devem primar pela socialização entre os usuários, estimulando debate, o respeito às diferenças, a confiança, a escuta, dentre outros aspectos importantes no cotidiano de um coletivo. Dessa forma, ao trabalhar com grupos e perceber mudanças em seu comportamento (enquanto todo e também nas “partes complexas” que formam este todo) revigora-se o espírito criativo e inventivo (IAMAMOTO, 2012).

A única demanda institucional, com um número definido de atendimentos fixado pela instituição vem a ser a realização de vinte e quatro visitas domiciliares por mês, que fazem parte do Projeto Visitar que consiste na realização de um acompanhamento a pacientes/usuários após a alta, para informar-se da convivência familiar e estado de saúde, onde fica a cargo de cada assistente social a realização de doze visitas.

A visita domiciliar serve ao alcance de um objetivo. Desde o momento em que se projeta a visita até sua efetivação, estamos planejando uma melhor aproximação da realidade do sujeito ou grupo que se pretende observar ou atender. É papel do profissional, ao visitar, acessar o máximo de informações e esclarecimentos possíveis ao que for demandado. (AMARO, 2003).

Essa demanda surgiu a partir de um projeto elaborado por uma equipe de diversos profissionais a exemplo dos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, porém na atualidade essas visitas acabam sendo realizadas somente pelo assistente social. Entende-se que essa visita domiciliar se faz de extrema importância para o assistente social, porém neste contexto não é visto como algo necessário, pois essas visitas normalmente acontecem a pedido dos médicos das Unidades I, II, e III, para saber como que o paciente está reagindo ao tratamento pós-alta hospitalar, isso nos casos de média e alta complexidade, porém essas visitas são muito rápidas e sem agendamento prévio. Consiste apenas em saber como o usuário está

reagindo após o tratamento no âmbito da saúde física questões como se esta tomando os medicamentos, etc., informação essa que poderia ser obtida através da rede de atendimento, mas especificamente nos ESF's.

Apesar de haver muitas demandas, a maior parte da atuação das profissionais assistentes sociais dá-se em torno da Unidade III da Fundação Hospital Ivan Goulart, a Ala Psiquiátrica Recomeçar destinado para o tratamento de desintoxicação dos usuários de álcool e/ou substância psicoativa bem como a usuários que sofrem de um transtorno mental, a maioria interna através de compulsória¹⁴, e a minoria sendo voluntariamente e outra parte encaminhado pelo CAPS AD ou CAPS Caio¹⁵.

O usuário e a família são sujeitos nesse processo, influenciam e são influenciados nas relações sociais, portanto devem ser acompanhados por uma equipe multiprofissional de trabalhadores, com o intuito de sua reinserção social plena e satisfatória, junto a seus familiares, bem como a sociedade em geral. Daí a importância do profissional Assistente Social na área hospitalar, pois é ele que intervém diretamente com a família, por intermédio de visitas domiciliares, entrevistas, reuniões, atendimentos e trabalhos em grupo.

Uma das atividades previstas são as reuniões com os familiares dos dependentes químicos internos que acontecem uma vez por semana, onde as falas são ministradas pela assistente social que trabalha no turno da tarde, pela psicóloga e psiquiátrica da Instituição, por um enfermeiro e por colaboradores (dependentes em recuperação). Esses encontros são realizados uma vez por semana com condições para as visitas dos familiares aos usuários - pacientes - visitas que acontecem uma vez no mês, também são fornecidas notícias e informações aos familiares dos usuários/pacientes como cartas e solicitação aos familiares de objetos de higiene pessoal, roupas e alguma alimento que desejarem.

As assistente sociais, muito utilizam-se do trabalho em rede, Castells apud (1998) acrescenta que uma rede é “um conjunto de nós conectados, e cada nó, um ponto onde a curva se intercepta. Por definição, uma rede não tem centro, e ainda que alguns nós possam ser mais importantes que outros todos dependem dos

¹⁴ “aquela determinada pela Justiça”. Obviamente, a necessidade de internação, em qualquer modalidade, será sempre avaliada por médico. A internação pode ser pedida por “terceiros”, bem como pais, tutores, cônjuge (ou companheiro), ou por qualquer parente. (COSTA, 2013)

¹⁵ CAPS destinado a atender indivíduos com transtornos mentais relativamente graves, como por exemplo transtorno bipolar, esquizofrenia, etc,

demais na medida em que estão na rede” (Castells apud Gonçalves & Guará ,1998, p. 10).

Na tentativa de superar a fragmentação dos saberes e das políticas e para atender os cidadãos de forma integrada em suas necessidades, as redes são uma alternativa de articular os atores envolvidos na busca de um objetivo comum (p.10) O trabalho em rede, se faz muito presente do dia-a-dia dos profissionais do Serviço Social, primeiramente que as internações realizadas na ALA psiquiátrica, são prioritárias aqueles usuários dos CAPS AD e/ou CAPS Caio Escobar. Após a fase de desintoxicação das drogas e/ou estabilidade de um surto, o usuário é novamente encaminhado à rede.

Utiliza-se também deste trabalho em rede para acessar informações a cerca de um usuário internado, fazendo contato com os CRAS e ESF da área de abrangência do mesmo. Desta forma consegue contato de familiares, bem como informações relevantes a cerca do usuário, utiliza-se muito deste recurso principalmente quando se trata de caso de idoso que está sem acompanhante.

Se faz importante compreender que o ritmo de trabalho das assistentes sociais é muito intenso, conforme fica elucidado na fala de Coelho (2013):

[...] os atendimentos emergenciais absorve toda a jornada de trabalho, e os profissionais não dispõem de tempo para a indagação acerca da realidade e da própria prática profissional. Para responder às múltiplas exigências do cotidiano, os assistentes sociais passam a agir espontaneamente, cumprindo rotinas que os conduzem a moverem-se mecanicamente, automaticamente, sempre no âmbito da singularidade. Nessas condições, os profissionais apreendem apenas a aparência da realidade por meio da imediatividade. (COELHO, 2013, p.139.)

Essas profissionais possuem uma demanda de trabalho muito complexa, pois inúmeras vezes essas profissionais são acionadas, como por exemplo, no ambulatório quando chega um caso de intoxicação por uso de substâncias ilegais, cabendo a profissional acionar a família, encaminhar a rede de atendimento.

Outra demanda muito presente é a solicitação de ambulâncias para transferências, onde essa profissional realiza junto a Secretaria Municipal de Saúde, bem como algo que acontecia todos os dias, inúmeras vezes era a marcação de exames bem como a tomografia, ressonância magnética, etc.

É importante compreender que a marcação de exames, não faz parte das atribuições do assistente social, porém as assistente sociais, ficaram durante muito tempo realizando essa atividade tendo em vista que durante o processo de estágio o HIG estava em reforma, sendo assim todo esse setor de diagnóstico por imagem precisava ser realizado fora de nosso município.

As profissionais tomaram para si essa atividade em relação aos usuários internados no hospital, tendo como objetivo aquilo que nos traz os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde: “facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais” (CFESS, 2010). Pois os usuários, não tinham como marcar esse exame ou então conseguir o transporte para ir até as cidades vizinhas.

As intervenções desenvolvidas no contexto hospitalar envolvem a orientação, divulgação e esclarecimento aos usuários quanto aos recursos da sociedade com vistas à aquisição de seus direitos e, assim possibilitar o real exercício da cidadania; ou seja, a ação socioeducativa se faz presente durante todo o processo de trabalho deste profissional. Segundo Vasconcelos (1993): a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico.

Esse processo deve priorizar a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos.

3.1.1 As ações socioeducativas

As ações socioeducativas, consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática. (CFESS, 2010)

A abordagem socioeducativa requer do assistente social uma leitura fundamentada do projeto ético-político, da realidade social constitutiva do exercício profissional. Demarca uma direção social para o exercício profissional, qual seja a de consolidar o projeto ético-político. Essa abordagem estabelece a necessidade do

assistente social reconhecer as demandas postas para o atendimento social e a formulação e a construção das respostas profissionais de caráter crítico-analítico, articuladas as condições objetivas de vida do usuário e a realidade social (TORRES, 2013).

Seguindo o viés socioeducativo, foram elaborados dois projetos realizados em conjunto pela assistente social e a psiquiatra: sendo eles o Projeto “Renascer” e Projeto “Você pode ser feliz, ser o herói ou ser a miss”.

O projeto “Renascer”, foi assim intitulado por seus usuários, e é aplicado semanalmente no Presídio Estadual de São Borja. Deve seu surgimento a partir de um índice elevado, cerca de 90%, dos apenados ou são usuários de drogas ou então estão presos devido ao tráfico. O projeto visa o tratamento desses indivíduos para que, possam sair da reclusão sem a busca das substâncias psicoativas. (Diário de campo, 2014).

Este projeto foi criado em 2011, é uma parceria do Ministério Público, Poder Judiciário e Fundação Ivan Goulart, inserido no Presídio Municipal de São Borja e contam com uma equipe multidisciplinar (Assistente Social, Psicóloga, Psiquiatra, enfermeiro, religiosos e voluntários) realizado duas vezes na semana todas as terças-feiras e quintas-feiras, por um dos profissionais que faz parte do projeto, onde se percebe bem à expressão da questão social, sendo indivíduos totalmente fragilizados e vulneráveis pela situação socioeconômica, alimentar, residencial, saúde, social e preconceitos.

Através do acolhimento e da escuta sensível foi possível ter acesso a várias informações acerca da vida dos usuários/apenados que relataram ter cometido os delitos com efeito das drogas e o porquê cometeram esses delitos. Comentam-nos que é para poderem adquirir às mesmas e que se não fosse às drogas tudo seriam diferentes, os usuários compreendem o projeto como de fundamental importância, pois através dos encontros podem expor suas fragilidades e dificuldades, tendo o apoio dos profissionais para enfrentar o uso das drogas e ter uma vida melhor ao retorno à família e ao convívio na comunidade (Diário de campo, 2014).

As ações socioeducativas desenvolvidas possibilitam debater sobre temáticas relacionadas ao uso de drogas, trazendo informações na perspectiva de redução de danos, e possibilita o acesso ao tratamento à dependência química, transformando cada detento em vetor de disseminação do projeto.

É necessário, que seja enfatizado, que esse projeto não é imposto a nenhum usuário, nem é exigido como condicionalidade para a permanência no serviço. São apresentados os objetivos do grupo e desta forma os usuários são convidados a participar.

Enquanto ao projeto “Você pode ser feliz, ser o herói ou ser a miss”, este foi criado em Setembro de 2013 e surgiu da necessidade de se falar abertamente sobre drogas e de trocar e adquirir informações sobre o assunto, almejando envolver os professores, junto aos alunos, com apoio da equipe gestora da escola. Pois se verificou, através das internações na ALA psiquiátrica, que o contato com as drogas em nosso município vem ocorrendo cada vez mais cedo (Diário de Campo, 2014).

Esse projeto é executado nas escolas municipais, com crianças de 6 a 12 anos visando à prevenção e a conscientização em relação ao uso de drogas, bem como reconhecer comportamentos de riscos no contexto escolar. Sendo assim, compreendeu-se que seria necessário, falar abertamente sobre o tema, visando uma educação preventiva e a conscientização de todos: alunos, pais, professores, enfim, toda comunidade escolar sobre os efeitos e consequências maléficas causadas por essas substâncias à vida humana em todos os aspectos, físico, psíquico e social.

O projeto está em implementação, e ocorre em três momentos, o primeiro onde o projeto é apresentado aos professores; no segundo ele é apresentado aos pais que autorizam ou não a aplicação do projeto para seus filhos e por último com as crianças. Por se tratar de um projeto novo, durante o período de estágio só foi possível participar do primeiro momento, ou seja, os contatos com os professores que se mostraram extremamente receptivos a adotar o projeto em suas escolas.

Outra demanda posta ao trabalho e que não é reconhecida enquanto trabalho pela instituição é a do Estágio Supervisionado em Serviço Social, onde a assistente social tem o papel fundamental de acompanhar e orientar, num processo de análise e reflexão conduzindo seu supervisionando a compreender a questão social e suas particularidades, ampliando sua visão crítica sobre a profissão, suas limitações e possibilidades.

Enquanto supervisora de campo partilha com as estagiárias a responsabilidade pelo processo de ensino-aprendizagem, o desempenho desse papel de educador faz com que o supervisor acompanhe de perto o desenvolvimento do aluno, observando-o nos diferentes momentos de sua atuação prática, por exemplo, durante a execução do projeto de intervenção.

3.2 Ações socioeducativas como possibilidade de intervenção.

Conforme as discussões relacionadas anteriormente tornam-se visível quais são as demandas do Serviço Social e de que forma as profissionais utilizam-se a ação socioeducativa neste contexto. Através deste viés se pensou em realizar um projeto de intervenção durante o processo de estágio supervisionado II.

O projeto de intervenção foi intitulado ' Conhecer para exigir' tendo como principal motivação a uma limitação posta ao trabalho do assistente social, onde foi possível perceber que este profissional atenda as mais diversas demandas, realizando uma grande quantidade de atendimentos mensais, sendo assim fica muito limitado para realizar atividades em outros setores do hospital, como a exemplo da maternidade. Na maternidade só são atendidas demandas imediatas¹⁶, sendo assim sentiu-se a necessidade de realizar um projeto junto a esse segmento.

Segundo Torres (2013):

Tal perspectiva reforça que o trabalho realizado pelo assistente social tem como finalidade a consolidação das políticas sociais e públicas como políticas de direitos, cujo objetivo final é a proteção social e a garantia dos direitos sociais. O trabalho socioeducativo tem sido utilizado tanto na abordagem individual, na abordagem grupal, bem como no reconhecimento do território. (TORRES, p. 221, 2009)

Nesse processo, o usuário é identificado como o protagonista no processo interventivo e não apenas como um mero receptor de informações. Desta forma, possibilitando a realização de uma prática crítica, que se configura na sua concreticidade, criticidade e teleologia.

Até o momento do planejamento da execução, compreendia-se que as gestantes não tinham total conhecimento sobre os seus direitos, então se visava saber qual o conhecimento que a gestante tem sobre esse processo em si, ou seja, quanto conhece dos procedimentos necessários, ou a que tem direito, desde o início da gravidez até o pós-parto imediato. Tal conhecimento está intimamente ligado à essência do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, uma vez que é base para, além de garantir parâmetros mínimos assistenciais para a gestante,

¹⁶ Forma de manifestação da prática profissional que qualifica um modo de fazer que se encontra preso a certeza sensível, no qual o saber imediato simples e exclusivo. (COELHO, 2013)

educar e tornar, assim, a mulher mais partícipe, reduzindo, conseqüentemente, os índices de morbimortalidade materna.

O primeiro passo para a aplicação do projeto foi um diálogo com a Enfermeira chefe da maternidade, tendo o intuito de informá-la sobre o objetivo do projeto de intervenção. O objetivo geral¹⁷ era o de “Empreender ações do Serviço Social junto as gestantes atendidas pelo Hospital Ivan Goulart visando o fortalecimento das gestantes de modo que essas venham a conhecer seus direitos”. Como resposta a profissional alegou que:

Aqui nos temos muito essa coisa de hierarquia, então eu não me sinto a vontade porque os médicos não gostam muito, até mesmo quando a gente começou a garantir o acesso dos pais na hora do parto foi muito difícil, eles tinham muita resistência, me deu muita dor de cabeça. Sabe por mim não teria problema, por que eu concordo com o PHPN, mas eu tenho um certo receio, então eu prefiro primeiro falar com o chefe¹⁸ para depois não ter problema para mim” (Diário de Campo, 2014).

Percebeu-se que nesta instituição está bem evidente a hierarquia entre os próprios profissionais, onde os médicos estariam no topo desta pirâmide e os outros profissionais são submissos a eles. Há uma grande correlação de forças, entre os interesses dos usuários e da classe médica, percebe-se que outros profissionais como as enfermeiras e até as próprias assistentes sociais, acabam ‘acomodando-se’ a esta situação. Segundo Faleiros (2006):

Definimos como paradigma de correlação de forças a concepção da intervenção profissional como confrontação de interesses, recursos, energias, conhecimentos, inscrita no processo de hegemonia/contrahegemonia, de dominação/ resistência e conflito/ consenso que os grupos sociais desenvolvem a partir de seus projetos societários básicos, fundados nas relações de exploração e de poder. Nesse sentido, os efeitos da prática profissional enquanto “suprir carências”, “controlar perturbações” ou “legitimar o poder” implicam correlações de forças (mediações econômicas, políticas e ideológicas) que se articulam com outros efeitos como pressionar o poder, ter o direito à sobrevivência ou questionar a instituição. (FALEIROS, 2006, p.44)

Ou pelo não reconhecimento de seu trabalho, autonomia, bem como pelo medo de perder seu emprego, visto que todas as profissionais trabalham por via de um contrato e é comum ocorrer casos de demissões quando essas profissionais entram em confronto com os ditos “superiores”. Porém, neste caso a assistente

¹⁷“expressam os valores principais e a intencionalidade da organização.” (Baptista, 2008, p. 82)

¹⁸ Referindo-se ao administrador do HIG.

social, disse que por se tratar de um programa, de algo que deveria estar sendo garantido e que é direito do usuário ter acesso a informação, ela se responsabilizaria pelo projeto de intervenção.

Entende-se que a realização do trabalho socioeducativo implica que os limites identificados no espaço sócio ocupacional, lócus do trabalho do assistente social, devem ser analisados não como uma barreira intransponível, mas, como um indicativo para a construção das respostas profissionais. Atuar nessa perspectiva requer um profissional cuja formação explicita sua consistência teórica, metodológica, ética e argumentativa (TORRES, 2013).

A partir da aprovação do projeto, este teve sua aplicabilidade de julho a setembro de 2014, contemplando 8 (oito) gestantes e/ou parturientes atendidas pela Maternidade do HIG. Foram abordadas aquelas que estavam no hospital nos dias de execução do projeto. Teve-se o cuidado de não invadir a privacidade das usuárias, principalmente aquelas que estavam no pós-parto, por isso foram abordadas apenas esse número de usuárias.

Levando-se em consideração que o hospital é uma fundação este atende tanto demandas advindas do Sistema Único de Saúde quanto de planos de saúde conveniados. Por este motivo tentou-se mesclar o perfil das usuárias, bem como abordar algumas advindas da rede privada, a fim de perceber se havia ou não diferença no atendimento ou no conhecimento que cada uma tinha sobre o PHPN.

As usuárias não terão sua identidade revelada, sendo identificadas apenas a partir de letras, fato esse embasado no que nos traz o Código de Ética Profissional em seu Art. 16 “O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional”, bem como na Resolução CNS 196/96 que traz sobre assegurar a manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa. Embora o trabalho não seja uma pesquisa, e sim um relato teórico-prático, preservou-se as diretrizes da Resolução por tratar de usuários da rede de saúde. Segue abaixo um quadro contemplando o perfil destas usuárias:

TABELA 1- Perfil das usuárias atendidas pelo projeto de intervenção Conhecer para exigir.

Usuária	Idade	Situação Gestacional	Profissão	Rede de atendimento	Observações
A	25 ANOS	16 SEMANAS	VENDEDORA	SUS	PRIMEIRA GRAVIDEZ
B	26 ANOS	32 SEMANAS	DONA DE CASA	SUS	SEGUNDA GRAVIDEZ
C	19 ANOS	PARTURIENTE	DONA DE CASA	SUS	PRIMEIRA GRAVIDEZ
D	30 ANOS	35 SEMANAS	JORNALISTA	IPÊ	PRIMEIRA GRAVIDEZ
E	16 ANOS	PARTURIENTE	ESTUDANTE	UNIMED	PRIMEIRA GRAVIDEZ
F	28 ANOS	24 SEMANAS	OPERADORA DE CAIXA	SUS	TERCEIRA GRAVIDEZ
G	32 ANOS	PARTURIENTE	ASSISTENTE ADMINISTRATIVA	UNIMED	SEGUNDA GRAVIDEZ
H	22 ANOS	PARTURIENTE	SECRETÁRIA	SUS	PRIMEIRA GRAVIDEZ

Fonte: Bianchi (2014)¹⁹

Este projeto de intervenção é uma ação de proteção integral a mulher gestante, visando implementar a assistência humanizada, considerando um processo de construção onde serão beneficiados os usuários no contexto sócio assistencial humanizado, compartilhando o modo de atuar de acordo com a Constituição Federal (1988), com garantia de direito bem como com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS).

A execução de projetos educativos não deve ser feita de maneira aleatória, uma vez que se dispõe de diversos meios para que eles sejam aplicados com intuito de produzir esse conhecimento de forma agradável, atraente, significativa e estimulante, por conseguinte mais enriquecedora. Dentre esses meios destacam-se os encontros dialogados e distribuição de um folder (ver apêndice 1) no tocante aos direitos das gestantes.

Decidiu-se por fazer uma abordagem individual com cada usuária, sendo utilizado como material um folder que trazia de forma sucinta alguns direitos básicos, durante o pré-natal, nascimento, e no pós-parto. As abordagens aconteciam através

¹⁹ Tabela produzida a partir dos dados obtidos apontados nos diários de campo.

da leitura deste material, aonde ia se realizando um diálogo sobre o que estava sendo lido e como cada uma percebia o que estava sendo posto em prática ou não. Conforme o CFESS (2010):

No desenvolvimento de ações socioeducativas pelos assistentes sociais, destacam-se as seguintes atividades [...] elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral. (CFESS, 2010, p.56).

Um dos principais ganhos do trabalho socioeducativo é que, no processo metodológico, o usuário é o sujeito, reconhecido como protagonista dessa relação. Nessa perspectiva, o assistente social deve ser capaz de democratizar informações e fomentar a tomada de decisão por parte do usuário. Os serviços prestados não são vistos como favor, mas, como um direito que será acessado para suprir as necessidades apresentadas pelo usuário e/ ou identificadas pelo assistente social.

Durante os relatos percebeu-se que era unânime entre as usuárias as mesmas indagações, ligadas ao atendimento recebido (acolhimento) e a falta de autonomia e protagonismo das mesmas nas relações estabelecidas durante o processo do parto. A partir da identificação destas categorias: acolhimento e autonomia/ protagonismo, estas serão problematizadas nos subitens que segue.

3.2.1 O acolhimento dos profissionais na Maternidade do HIG

Sabe-se que o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional de saúde-usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o paciente como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

Durante as observações e diálogos estabelecidos, notou-se que as mulheres eram muito bem acolhidas pelos profissionais na maternidade, sempre se referindo a eles com muito carinho, como foi possível evidenciar nas seguintes falas:

A: “Quando eu fui internada, achei maravilhoso. Elas nos cuidam bem, perguntam tudinho direitinho, É muito bom, são bem atenciosas, então eu me senti assim: solta, à vontade de conversar” (SIU);

B: “Assim, tratam bem, né? (riu) Por que é meio chocante? Não, é até um pouco estranho, porque tem lugares que você vai assim... Até médico normal e as pessoas já te tratam com ignorância e aqui não. Aqui eu achei que tratou bem (SIU);

D: “Eu me sinto bem assessorada aqui, bem atendida. Ah, é ótimo, é bom, você se sente segura, né? Pra mim tá sendo ótimo. Graças a Deus!”(SIU);

F: “os funcionários atendem bem, são bem educados, porque têm aqueles ignorantes, mas aqui não é caso, só peguei os que me atenderam bem, que me respondem direito” (SIU).

A qualidade do atendimento recebido é evidenciada pelo fato dos profissionais serem solícitos ao responderem dúvidas e indagações das usuárias. A confiança no profissional se torna muito importante, pois na medida em que acreditam e se sentem seguras com os profissionais que as atendem, sua postura diante do próprio comportamento se diferencia.

Das mulheres acompanhadas somente uma encontrava-se sozinha, uma parturiente que estava sentada no corredor da maternidade, quando fui conversar com E a perguntei o porquê de estar sozinha e ela me respondeu: “*é que o meu marido ta trabalhando*” eu expliquei para ela que o pai tem direito a licença paternidade²⁰ de cinco dias, desta forma ele poderia acompanhá-la, ela então respondeu: “*sério moça? Eu não sabia ninguém me falou desse negócio ai*”. (SIU)

Ou seja, aquelas que sabem da lei da acompanhante as fazem cumprir, porém aquelas que não sabem não são informadas a respeito dela. A lei do acompanhante (Lei 11.108) nos traz que:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1o O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (BRASIL, Lei n 11.108, 2005)

Porém, conforme nos problematiza Ciello, et al. (2012):

O corpo da lei institui o direito à parturiente de apenas um acompanhante de sua escolha, mas não possui meios de estabelecer punição a quem impedir ou não fizer cumprir a mesma, por falta de fundamentos no corpo do Código Penal. Esta configuração, de certa maneira, esvazia parcialmente a eficácia do instrumento legal, pois, tendo o gestor da instituição de saúde conhecimento jurídico do fato, e na negativa em cumprir o dispositivo, sabe que após a denúncia não há maiores consequências no sentido de reparar o dano cometido. (CIELLO, et al., 2012, p.21)

²⁰ Art. 7º, inciso XIX da CF/88 c/c art. 10, § 1º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Brasileira/88

Foi possível perceber que as gestantes não estão sendo suficientemente preparadas do pré-natal, pois chegam ao hospital com várias inquietações, dúvidas, inseguranças. Infelizmente a maioria da população de gestantes no Brasil não possui acesso a conhecimentos fundamentais relativos à gravidez, seja por possuírem uma condição socioeconômica inferior e baixo nível de escolaridade que impedem o acesso, seja pela negligência dos profissionais de saúde que não consideram a escolha informada como um direito da mulher.

Percebe-se que o pré-natal fica muito limitado à consulta em si, conforme C: *No Pré-Natal o médico só pede exames, não conversa, sempre que eu dizia alguma coisa do parto ele dizia, ta muito cedo ainda depois a gente vê. (SIU)*

Infelizmente, o Pré-Natal fica centrado ao trabalho do médico nos ESF's, e esses profissionais possuem um grande número de atendimentos, o que acaba tornando-o de certa forma mecanizado, pois este tem um número X de atendimentos para realizar por dia, sendo assim precisa dar conta daquele atendimento em um determinado número de tempo, acaba por focalizar-se somente na área biológica da gravidez.

É importante salientar que no hospital não são realizadas consultas de pré-natal, sendo assim o único contato com as gestantes é através do momento da realização do ultrassom, que este sim acontece nesse local, mas não dentro do setor da maternidade. Como é muito raro o contato com as gestantes antes do momento do parto, nota-se que é muito difícil criar um vínculo com essas usuárias, por isso entende-se como de extrema importância a inserção de um assistente social no momento do pré-natal nos ESF's.

Esse profissional realizaria um trabalho socioeducativo junto as gestantes desta forma contribuindo para o fortalecimento destas, proporcionando a partir disto, que cada usuária toma-se suas próprias decisões e assim garantisse o seu protagonismo neste momento tão único, embasado naquilo que lhe foi ofertado de informação, pois conforme Menezes (2005):

A questão não é apenas seguir a indicação do profissional de saúde, mas também ver se é isso que a pessoa deseja fazer a partir de seus parâmetros de decisão. A autonomia evidencia a capacidade do sujeito de criar regras para seu comportamento. A gestante se porta como "gestora" das próprias ações. (MENEZES, 2005, p.64)

Como salientado na citação acima, não basta apenas informá-las de seus direitos, mas sim que a partir destas informações apresentadas, possibilite que a usuária possa fazer suas escolhas com base no que julgue melhor para ela e seu filho. Porém, esse vem a ver o maior problema evidenciado durante as abordagens, garantir que sua vontade se sobressaia frente à de outros profissionais, e é justamente a respeito desta não autonomia que abordaremos a seguir.

3.2.2 A autonomia e o protagonismo

Neste item será abordado um dado que muito se evidenciou no contato com as gestantes, a falta de autonomia e protagonismo exercidos pelas mesmas referente ao parto e os processos que o envolve.

Devemos salientar que, de acordo com o que está previsto em seu código de ética, os assistentes sociais defendem um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero [...] Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, prezando pela autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais (CFESS, lei nº 8662/93, 1993).

Conforme a citação acima fica claro que o assistente social deve prezar pela autonomia do usuário, bem como a qualidade dos serviços prestados. Porém no contexto que veremos a seguir torna-se evidente a perda do poder de decisão por parte dos usuários, que acabam por acatar tudo que lhes é imposto.

O desenvolvimento da autonomia é um processo de negação da tutela e da subalternidade pela mediação da afirmação da própria palavra e da construção das decisões sobre seu próprio destino.
As decisões sobre seu próprio destino, e mesmo sobre seu próprio corpo, são limitadas pelas relações de classe, de raça, de gênero, de socialidade local (FALEIROS, 2006, p. 62).

É evidente que há de se levar em considerações situações de risco para a mulher, porém o que se visualiza, são mulheres em plenas condições de saúde, e possuidoras do desejo de ter um parto normal, sendo de certa forma 'induzidas' pela cesárea eletiva, afirmativa essa que pode ser comprovada através da fala de B:

Eu sempre quis ter um parto normal, mas o médico disse que não nasce hoje vim aqui fazer um ultrassom para ver o tamanho do meu filho e ele esta pesando 2,300kg, esta tudo bem com a minha saúde, mas agora fiquei com muito medo. (SIU)

A humanização não tem por objetivo apenas a escolha do parto normal, mas sim que a mulher tenha a liberdade de escolha baseada em informações, porém o que se tem apresentado são mulheres levadas a "escolherem" o procedimento cirúrgico da cesariana justamente porque elas não têm acesso às informações corretas e honestas. Sendo assim, compreende-se que a humanização respeita a autonomia da mulher, pois se entende que forçar – mesmo que de forma indireta- mulheres a ter um parto normal, não colabora com aquilo a que se propõe, sendo assim se compreende que a escolha pelo parto deve ser uma decisão da mulher informada e empoderada, nunca uma obrigação.

Apenas uma usuária fez garantir seu direito à escolha, essa atendida pelo sistema privado de saúde, disse que sempre quis ter um parto normal e que quando deparou-se com um médico que queria lhe fazer uma cesárea, ela mudou de médico e desta forma pode fazer valer sua vontade, como podemos ver a seguir na fala de G:

O médico nunca me dava um porquê ele dizia que a cesárea era mais seguro para nós porque eu já tinha tido uma cesárea, mas eu sempre quis ter parto normal, eu queria fazer diferente dessa vez e com esse outro médico foi bem melhor, ele até me disse que isso é super normal de acontecer, que não dava problema nenhum essa história de ter um parto normal depois de uma cesárea, ele até me disse que tem um nome para isso, só não me lembro como é (SIU)

E ainda completa o relato com a seguinte fala:

O parto da minha segunda filha foi uma experiência maravilhosa. Como mulher, eu sempre achei que merecia uma outra experiência: uma que correspondesse àquilo que eu tanto sonhara, para o qual tanto havia me preparado e que tanto acreditei. Isso me deu forças para seguir em frente – só quem passa pela experiência de um parto natural sabe do que estou falando. (SIU)

Porém, nem toda mulher tem essa oportunidade, por isso é tão importante democratizar as informações. Entende-se que essas usuárias estão sendo vítimas de violência uma vez que a violência consiste na ação e/ou emissão dos direitos

deste segmento. Segundo a Organização Artemis²¹ (2014), essa violência se caracteriza da seguinte forma:

A violência obstétrica²² é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológicas das mulheres e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia. Tais intervenções, praticadas de forma rotineira no momento do parto são consideradas, de acordo com as diretrizes da OMS (1996), como um fator de risco tanto para a mulher como para o bebê.

A violência obstétrica implica em violações de direitos humanos, como o direito a integridade corporal, à autonomia, a não discriminação, à saúde e a garantia do direito aos benefícios do progresso científico e tecnológico. A necessidade de informação e formação das mulheres é a forma existente para prevenir e erradicar a violência obstétrica. (ORGANIZAÇÃO ARTEMIS, 2014, s/p)

Analisando a citação acima, e trazendo para a realidade na qual está sendo debatida, pode-se parecer algo muito afirmativo, mas com base nas falas das usuárias fica-se nítido de que estas, apesar de não reconhecerem como violência, estão sim sendo violentadas, pois estão tendo seus corpos violados, passando por procedimentos contrários a sua vontade, sendo submetidas a medicações e procedimentos, a exemplo da episiotomia, soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto. Esses fatos acabam sendo levados como algo que fazia parte do processo, pois ao final mãe e filho passam bem, porém a ideia não é somente sobreviver, é a qualidade, é respeitar esse momento tão único na vida de uma mulher.

As próprias mulheres acabam naturalizando essa situação, pois não há essa compreensão de que se trata de algo invasivo, mas sim como algo necessário. Na nossa sociedade o parto ainda é visto como algo doloroso, onde os meios de comunicação acabam contribuindo para a ideia mostrando mulheres se contorcendo de dor e gritando durante o trabalho de parto, mas que na verdade a 'dor do parto' está relacionado aos maus tratos que elas sofreram as intervenções desnecessárias e não ao parto em si. Conforme D:

²¹ A Artemis é uma organização comprometida com a promoção da autonomia feminina e prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, através da garantia de seus direitos e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária.

²² Definição dada pelas leis Argentinas e Venezuelas, onde essa violência é típica.

Quando digo para algumas pessoas que quero parto natural, escuto com frequência: "Nossa, quer sofrer?" ou ainda "Que coragem!". Ouvir isso de outras mulheres só mostra que a cultura do medo está nos fazendo crer que somos incapazes de parir sem grandes aparatos médicos e intervenções. Minha avó teve nove gestações, o que ela diria ao ouvir que o ato parir virou hoje um ato de coragem? (SIU)

Infelizmente, esse medo também está embasado em números desumanos. Dados da pesquisa "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado", realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), revelou que 74% das mulheres relataram algum tipo de violência durante o parto. Aqui estão incluídos xingamentos, realização de procedimentos dolorosos sem aviso e/ou consentimento, gritos, impedimento da presença do companheiro/a, entre outros.

Embora ainda sejam poucos os estudos que abordam este tema, se comparados com a literatura científica sobre a violência contra a mulher de uma forma geral, alguns autores, a exemplo de Aguiar; D' Oliveira (2010), apontam que a violência em maternidades é, em grande parte, resultado da própria precariedade do sistema:

[...] além de submeter seus profissionais a condições desfavoráveis de trabalho, como a falta de recursos, a baixa remuneração e a sobrecarga da demanda social (caracterizando um sucateamento da saúde) também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo, entre outras coisas, com que mulheres em trabalho de parto passem por uma verdadeira peregrinação em busca de uma vaga na rede pública, com sério risco para suas vidas e a de seus bebês (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2010, s.p).

Muitas vezes, as mulheres estão tendo seus direitos violados, pois a algumas não tem esse direito de escolha, a exemplo das mulheres que moram em comunidades rurais ou cidades como Macambará, que são obrigadas a marcar uma cesárea por medo de não chegar a tempo ao hospital.

[...] o desconhecimento e a falta de respeito para com os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além da tácita imposição de normas e valores morais depreciativos por parte dos profissionais, também são apontados como importantes fatores na formação da complexa trama de relações que envolvem os atos de violência institucional contra gestantes, puérperas [...]. Se considerarmos que o campo da maternidade é por excelência onde se exercita não só a função biológica do corpo feminino, mas uma função social do papel conferido à mulher regulado por uma construção simbólica, toda e qualquer violência nesse campo é fundamentalmente uma violência de gênero. E, uma vez que o próprio conceito de gênero está interligado a fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e étnicos, já que as mulheres se distinguem de acordo com o contexto social no qual estão inseridas, esta violência perpetrada nas maternidades é atravessada

também por estas questões. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2010).

Percebe-se que em São Borja muito do que é garantido por lei não está sendo posto em prática. Não há uma infraestrutura e/ou um investimento financeiro no município a fim de se efetivar esse programa bem como há uma inadequação da estrutura-física às necessidades de privacidade, conforto e apoio familiar.

Por exemplo, não garante o parto humanizado, pois não possui nenhum método não farmacológico de alívio a dor, a grande maioria das gestantes ainda é submetida à episiotomia. Estima-se que é realizada em 94% dos partos normais no Brasil (BRASIL, 2008). Essa proporção é estimada por meio de pesquisa domiciliar amostral, e pode ser ainda mais elevada, uma vez que não há registro oficial do procedimento. Conforme a fala de F: *“Durante o pré-natal, falei para a obstetra que eu não queria que fosse feito a episio. Ela me respondeu se eu gostaria de ficar toda rasgada”* (SIU).

Assim, a episiotomia é invisível, inclusive, aos sistemas de informação sobre saúde, como se integrasse o “pacote do parto normal”, conforme efetivado nos hospitais brasileiros. Médicos com frequência afirmam que a não realização desse procedimento acarreta inevitavelmente lacerações graves, o que também não tem base científica (ROBINSON apud CIELLO, 2012).

O parto ainda ocorre de forma horizontal, onde a mulher necessita ficar em uma posição padrão (deitada com as pernas flexionadas) para ter seu filho, ou seja, não possui a liberdade de caminhar ou escolher outra posição.

A recomendação do Ministério da Saúde (portaria 1.067 de 2005) é a de que as seguintes práticas no parto normal devem ser estimuladas: “1.15 - Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto. 1.16 - Estímulo a posições não supinas²³ durante o trabalho de parto” (BRASIL, 2005).

Não há registros de doulas neste município, fazendo um levantamento dessas profissionais através do site oficial desses profissionais foi possível verificar que não há profissionais que atendem pelo SUS na fronteira oeste, sendo os profissionais mais próximos uma na cidade de Santa Maria/RS e o outro profissional em Uruguaiana/RS, esses atendendo atrás de convênio ou de forma particular. Também não há possibilidades da mulher ter seu filho em casa. Se já é uma dificuldade enorme de se garantir direitos dentro de um hospital, ganhar um filho de parto

²³ Posição supina é a posição horizontais de barriga para cima

domiciliar onde a doula leva todos os materiais que são necessários para o acompanhamento do parto e para resoluções de urgências e emergências, como reanimação neonatal e manejo de hemorragia pós-parto, infelizmente ainda é visto como fato utópico neste município.

Quanto ao atendimento da usuária no hospital, conforme nos trás o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Art. 7 “§ 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.” (ECA, 1992, s.p). Apesar de a lei trazer como preferência o atendimento da gestante pelo mesmo profissional que a acompanhou durante toda a gestação dificilmente aquela que é atendida pelo SUS terá esse direito garantido.

Na realidade a mulher é atendida pelo obstetra que tiver de plantão no hospital no momento em que entrar em trabalho de parto, apesar de o plantão presencial ser um grande avanço no sentido de que a usuária será atendida no momento em que chegar para a internação, percebe-se que há uma quebra de vínculos, pois durante toda a gestação essa foi atendida por um profissional e no momento do parto por outro muitas vezes alheio a suas vontades e de seu convívio.

A usuária elabora um plano de parto, cria afinidade com um profissional e ao chegar ao hospital se depara com outro, que muitas vezes não se interessa pelas combinações feitas por essa com seu médico. Um fato muito frequente que se tem percebido é de que dificilmente as mães tem tipo o primeiro contato com filho na sala do parto, segundo a obstetra Ana Garbulho²⁴ (2013), no nascimento humanizado, é assegurado:

Logo após o nascimento, ainda com o cordão umbilical ligado à mãe, o bebê é colocado em contato pele a pele para se manter aquecido. [...] Incentivo à amamentação desde a primeira hora de vida, e a não administração de leites artificiais, há menos que haja um prévio consentimento. (GARGULHO, 2013, s/p.)

Porém o que se tem observado é um total desrespeito ao que nos elucida Gargulho, pois conforme as usuárias esse direito não esta sendo garantido as parturientes, como podemos observar através da fala de H, que acabará de ter um filho:

²⁴ Obstetriz formada pela Universidade de São Paulo-USP, Doula e Educadora Perinatal.

Eu fiz uma cesárea, dai a gente fica assim com os braços amarrados pra não cair, dai quando o médico ia tirar minha filha esse disse, ta saindo, ai depois me disse é uma menina dai eu pedi para ver dai ele me disse que primeiro tinha que pesar, limpar todas essas coisas, ai me deu um desespero eu fiquei bem triste parece que demorou uma eternidade, eu não via a hora de ver o rostinho dela, e ai depois me trouxeram a Maria²⁵ mas eu só pude dar um beijinho. [...] eu fiquei muito enjoada e tinha vomitado no parto ai eu fiquei mais tempo na recuperação, só por precaução, só que quando eu fui para o quarto, me falaram que como a minha filha tava com fome tiveram que dar NAN²⁶ para ela, nunca me senti tão mal sabe, porque eu me preparei tanto sobre amamentação tudo e quando eu penso que a primeira coisa que a minha filha teve contato não foi o meu leite, parece que meu mundo caiu, ai parece bobo, mas só quem é mãe sabe o que é esse sentimento de impotência, não sei explicar. (SIU)

Ou seja, até o poder de amamentar das mães, acaba sendo tirado das mesmas, o que tem se percebido é que muitas vezes não se oferece uma abordagem adequada para acolher as mulheres que desejam amamentar. Apesar do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno ser muito difundido, muitos serviços não respeitam o desejo da mãe em amamentar seu bebê logo ao nascer, mesmo que não haja nenhum impeditivo clínico para isso (CIELLO, et al. 2012, p.144).

Só é permitido que a mãe fique em alojamento conjunto com seu bebê depois de várias horas após o nascimento, ainda que não haja nenhum impeditivo clínico que justifique a separação mãe-bebê. Essa demora dificulta o início da amamentação e afeta a duração do aleitamento materno exclusivo. Em muitos serviços, mulheres recebem altas já com fissuras nas mamas por falta de apoio adequado no início da amamentação. Essa dor poderia ter sido evitada se fosse oferecido apoio adequado e especializado nos primeiros dias após o nascimento.

Conforme a Resolução nº 36 da ANVISA:

5.6.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:
 5.6.7.3 estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;
 5.6.7.5 estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;
 (BRASIL, RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 36, 2008b, p.8)

A questão não é apenas essa, precisamos compreender que não há um incentivo para a realização do parto natural, conforme podemos destacar no quadro abaixo:

²⁵ Nome fictício

²⁶ Leite em pó específico para crianças.

TABELA 2: VALORES PAGOS PELO SUS

Procedimento	Valor Hospitalar (R\$)	Valor Médico (R\$)
Parto Natural	267,60	175,80
Parto Cesárea	395,68	150,05

Fonte: Santa Casa de Santos (2013).

A partir do quadro acima, fica visível que a uma pequena diferença entre os valores recebidos para o médico, sendo assim para ele não é lucrativo passar um dia acompanhando uma paciente que terá parto normal, por isso muitos profissionais acabam se utilizando de medicamentos para acelerar o processo natural do parto, e alguns até incentivam a cesárea eletiva, pois essa é mais prática e mais rentável.

No sistema privado de saúde, essa diferença também é irrelevante, tanto que os profissionais preferem marcar uma cesárea a um parto normal, como podemos identificar através de E:

Ainda enquanto eu tava grávida, eu perguntei para doutora sobre qual o tipo de parto e ela me disse que era melhor eu fazer uma cesariana que ai ela marcava ao final da tarde e ia lá fazer, se não ela ia ter que ficar esperando e perdia um dia todo de trabalho no consultório. (SIU)

É comum ver várias pacientes de um mesmo médico com cesáreas agendadas para um mesmo dia que serão realizadas uma seguida da outra. E outro fato muito comum são os mutirões de cesáreas realizadas às vésperas de feriados prolongados e festas de fim de ano, é importante salientar que durante o período de estágio, foi possível verificar esse fato através do grande número de parto na semana antecedente ao natal bem como do carnaval.

Conforme Zugaib²⁷ (2001):

Houve e há abuso dos médicos que marcam cesáreas pensando em sua comodidade [...] Também não considero a cirurgia a opção ideal para a saúde pública porque, além de ser mais cara para o hospital, não temos qualidade suficiente, em matéria de médicos e hospitais, para garantir a taxa mínima de risco de um parto normal. Mas quem tem acesso a serviços

²⁷ Marcelo Zugaib, chefe do departamento de obstetrícia e ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em entrevista para a Veja on-line, "Sem dor e sem culpa", publicada em 2 de maio de 2001.

e atendimento de primeira linha pode se sentir muito melhor fazendo uma cesárea. (ZUGAIB, 2001, s/p)

A cesárea agendada é divulgada sem restrições na mídia brasileira. Além de já ser considerada como um bem de consumo, outros produtos e serviços estão sendo agregados a essa cirurgia. Serviços agendados previamente de manicure, pedicure, escova e corte de cabelo bem como filmagem e fotografia também com agendamento prévio. Ou seja essa modalidade de parto tornou-se um mercado atrativo para esses profissionais, dentre outros.

3.3 Fazer serviço social: uma avaliação dos limites e possibilidades do projeto de intervenção

A partir da realização do projeto de intervenção, foi possível fazer algumas reflexões a cerca do que havia sido problematizado, pois segundo Torres (2013):

O trabalho socioeducativo refere-se também à possibilidade do profissional refletir sobre os resultados alcançados com o exercício profissional. Aqui, ganham relevo as implicações do exercício profissional na vida do usuário, a compreensão quanto às informações e orientações obtidas, além da necessidade do assistente social repensa constantemente, a construção de estratégias de intervenção em consonância com as contradições presentes na realidade social. (TORRES, 2013, p.223)

Conforme a citação acima, a execução do projeto de intervenção “Conhecer para exigir” foi possível fazer várias reflexões, uma delas que é o trabalho socioeducativo não se materializa, e muitas vezes não é reconhecido pelo profissional ou a instituição:

É possível dizer que o assistente social, quando acredita que o limite de sua ação é o limite proposto pela organização não se apropria do “produto” do que faz, nem se reconhece no que faz e não o reconhece. Por outro lado, a organização também não reconhece esse produto e tende a responsabilizar o profissional quando acontece algo errado ou quando o profissional não corresponde à sua expectativa.

O assistente social que não consegue ver o produto do seu trabalho não se valoriza, uma vez que não vê a importância do seu trabalho para a construção do produto final, mesmo quando, como no caso do Serviço Social, esse produto não é quantificável, como no trabalho produtivo. O profissional passa a questionar a validade de suas ações, atribuindo à condição genérica da profissão, as imprecisões que envolvem o exercício profissional, principalmente o como fazer. Ainda assim, embora não reconheça o produto e não se reconheça nele, o produto depende do seu trabalho e, de certa forma, lhe pertence, embora não fique com “sua parte”. (TORRES, 2013, p.213)

Ou seja, o resultado esperado é aquele desejado pela organização e aquilo que ela reconhece como o que o profissional deve produzir, sendo assim percebe-se que o profissional fica apenas daquilo que a instituição impõe. O hospital em momento nenhum demonstrou interesse ou viu a necessidade de um profissional do Serviço Social atuando junto à maternidade, creio que este projeto levou a assistente social a refletir sobre a temática, pois a mesma não tinha muito conhecimento a respeito do assunto e sendo assim não via a importância da mesma.

Quando aos demais profissionais, só foi possível fazer um retorno dos dados a enfermeira-chefe que se mostrou interessada em saber o que havia sido dialogado, a estagiária então pediu para que problematizasse o que precisaria ainda acontecer para que o Programa de Humanização seja efetivado no município de São Borja:

O programa de humanização no pré-natal e nascimento tem propostas amplas, que envolve um trabalho em rede. Sendo assim, a gestante deve ser acompanhada durante toda a gestação pela sua equipe de saúde no ESF, fácil acesso a consultas de pré-natal e exames de rotina, fácil acesso a internação hospitalar e assistência de maneira que esta gestante não desfaça vínculos e prejudique sua gestação, bem como o acompanhamento do RN (recém-nascido) a fim de evitar possíveis complicações que podem evoluir para óbitos neonatal. (Diário de Campo, 2014)

Conforme a fala da profissional, percebe-se que essa associa o PHPN ligado mais a questão do pré-natal em si, porém não percebe a importância deste no cotidiano do hospital, nos atendimentos e tudo aquilo que este precisa evoluir para se garantir a efetividade do programa. Os demais profissionais não se mostraram muito acessíveis a debater a cerca do tema.

Sabe-se que os profissionais estão a bastante tempo na instituição, sendo aquele que tem menor tempo de serviço encontra-se lá a 5 (cinco) anos, salvo um obstetra que se inseriu-se em janeiro deste ano. Os profissionais mostram certa resistência aquilo que é novo, talvez pelo fato de terem sido formados há bastante tempo e o PHPN ser algo relativamente novo, e que tem se tido conhecimento dele a pouco tempo.

Mais uma vez se vê a importância de uma formação continuada, pois se compreende que esses profissionais precisam estar antenados daquilo que de novo aparece, é claro que compreende-se que a carga horária sobrecarregada de trabalho, que trabalham em escalas, ou seja, não possui um horário fixo de trabalho,

dividem-se em plantões dificulta esse processo, porém trata-se de algo muito sério para estar sendo assim “deixado de lado”.

A partir da realização do projeto de intervenção, foi possível fazer algumas reflexões a cerca do que havia sido trabalhado com as usuárias, a partir das aproximações teve-se acesso há muita informação, as gestantes mostraram-se bem acessíveis e dispostas a dialogar. Este trabalho socioeducativo que foi realizado com as gestantes, pode não ter tido um produto material, algo palpável, mas com certeza foi de extrema importância e aprendizagem tanto para a estagiária quanto para as mesmas.

As ações implementadas não se esgotam em si mesmo, mas proporcionam resultados constantes na vida dos usuários.

A passagem do senso comum, do modo de pensar desorganizado e folclórico, a um pensar crítico e histórico se faz através da luta concreta, a partir das situações prática vividas pelas classes subalternas, as quais, mediante a discussão dos seus problemas, chegarão a um nível de cultura sempre mais crítico das situações impostas pelo modo capitalista de produção. (SIMIONATTO, 2004, p.84)

Abrir espaço para a informação (conhecimento) e reflexão em torno do “leque” de aparatos legais que conformam os direitos dos cidadãos formadores destes grupos, pode transformar cotidianamente suas realidades. A consciência sobre a participação, os direitos e as formas de acesso destes, confere ao usuário a centralidade que lhe é pertinente nesse processo.

O véu da ignorância que perpassa as relações entre usuários e programas só pode ser desvelado com o aprofundamento do conhecimento dessas relações [...] o conhecimento está envolto em comunicação, em ação comunicativa, que pode ser poderoso instrumento, não só de visibilidade, mas de mudança da situação pela transparência dos critérios, das mazelas do serviço, do fluxo do atendimento [...]. Este desvelamento e esta denúncia só poderão acontecer através da voz dos dominados e excluídos que precisam participar das considerações que se constroem sobre eles. [...] É preciso que se garanta a fala e o lugar da fala para que esta tenha expressão e força. (FALEIROS, 2006, p.196)

Valendo-se da citação acima, analisa-se que as atividades propostas pelo projeto “Conhecer para exigir”, como poderoso momento de comunicação de direitos, pois oportunizou a este segmento populacional, que conhecessem seus direitos e desta forma reconhecessem a aplicação ou não destes em seu cotidiano.

A partir deste projeto, ficou ainda mais evidente a importância de se garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde.

Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CASATE; CORRÊA, 2005).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência proporcionada pelo período de estágio contribuiu significativamente para o amadurecimento pessoal e profissional da acadêmica. Por meio do convívio da rotina institucional, tornou-se possível apreender os meandros da profissão, suas especificidades, dificuldades e estratégias de intervenção. A observação participante e a intervenção possibilitaram verificar a prática profissional de um assistente social, no seu local de trabalho, suas relações com a equipe e as mediações necessárias ao alcance dos objetivos. Com a execução do projeto de intervenção “Conhecer para exigir” ocorreu um descortinamento da realidade até então desconhecida, e foi oportunizada a prática.

O Trabalho Final de Graduação possibilitou resgatar e analisar a forma como a maternidade é vista ao longo dos anos, trazendo o avanço da tecnologia resultando na mudança de um parto domiciliar realizado por parteiras em algo institucionalizado realizado por obstetras. Com isso, provocou um processo de reflexão sobre os programas vinculados a saúde materna o que veio a culminar no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e sua delimitação ao município de São Borja.

Essa visão mais ampla da realidade compreendendo seu movimento dialético é o fator que determina o diferencial da profissão. A compreensão de que os fenômenos não são isolados na realidade, mas estão conectados, garante melhor apreensão da demanda que chega ao assistente social, com isso ampliam-se as possibilidades de enfrentamento das situações trazidas pelos usuários.

Desse modo, foram abordadas as demandas postas ao cotidiano do profissional assistente social e os instrumentos utilizados pelas profissionais frente a essa realidade, dentre elas a de viés socioeducativo foi à escolhida para subsidiar o projeto de intervenção da estagiária, buscando levar informação a um setor onde não haviam atividades educativas sendo realizadas.

A construção deste trabalho foi de extrema importância, pois a partir dele foi possível dividir informações, problematizar questões referentes ao PHPN diretamente as gestantes. Com todas as discussões feitas, foi possível compreender que ainda há muito que avançar, todavia não há como negar que houve avanços no que tange a legislação referente ao parto.

Compreende-se que é necessária uma reformulação do modelo de atendimento obstétrico, a despeito dos desejos, anseios e reivindicações da mulher. Essas mudanças devem ser avaliadas em diálogo constante com as mulheres, mas também em adequação com as propostas dos profissionais envolvidos neste atendimento. É essencial que se devolva o protagonismo deste evento às mulheres e que seus corpos e suas vontades sejam respeitados. Para isso deve ser feito um investimento em informação, só assim elas poderão tomar suas decisões quanto ao seu parto de maneira segura.

Mas para causar impacto, e com isso mudança real neste quadro, é necessário, não apenas a informação da população em geral sobre este evento, mas também uma mudança na cultura e na maneira como compreendemos o nascimento; na maneira como vemos as mulheres e percebemos a autonomia de seus corpos. É importante também questionar nossa relação de submissão com a tecnologia.

Por terem uma formação intervencionista, muitos médicos apresentam a cesária como melhor opção. Não sou otimista com relação à mudança de pensamento da comunidade médica, mas sou extremamente otimista sobre o poder de transformação advindo da circulação de informações que empoderem e encorajem a autonomia das mulheres de poder parir em paz. Essa é a real necessidade que nos assola hoje. É preciso saber os seus direitos para poder exercê-los de forma plena. Se tendo conhecimento do que nos é resguardado pelas Leis já fica difícil, imagina com total desconhecimento.

Também foi possível visualizar a importância do trabalho socioeducativo que já havia sido debatido durante a graduação, mas a vivência desta experiência, o contato direto com as usuárias foi extremamente relevante para o amadurecimento enquanto futura profissional do Serviço Social.

Conclui-se que é fundamental a inserção de mais assistentes sociais, onde cada um ficaria responsável por um setor de internação, pois se a profissional não tinha conhecimento da realidade da maternidade, quantas outras demandas em outros espaços da instituição estão passando despercebidos aos olhos destas. Pois devido a enorme demanda, ficam limitadas as demandas imediatas e não tem tempo hábil para investigar e se aproximar de outras realidades.

Ressalta-se a importância de mais profissionais, tanto voltados as práticas hospitalares tanto quanto na área de prevenção, pois atualmente as práticas estão

divididas nessas duas áreas. Devido a grande demanda de trabalho é essencial um maior número de profissionais, para dar conta de outros setores a exemplo da maternidade, pediatria, etc. que por hora ficam desassistidos.

É evidente, que se faz necessário repensar algumas atividades bem como planejar as ações cotidianamente, por fim, destaca-se a importância de rever práticas profissionais no sistema público que estão sendo ameaçadas constantemente pelo mercado como por exemplo a privatização do SUS, que tem por ideia a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais Universitários e em qualquer outro Hospital-escola do país. É necessário expandir o SUS, oferecer mais acesso a informação aos usuários para que estes possam exigir seus direitos e fazer escolhas embasados em fatos reais.

Por fim, a elaboração deste trabalho foi de extrema importância para a acadêmica, pois este é um momento de síntese de tudo o que foi aprendido durante os quatro anos de graduação, a partir dele surgiram novas indagações e questionamento, que as vezes se passa despercebido até durante o processo de estágio, desta forma contribui e muito na qualificação dos processos interventivos.

REFERÊNCIAS

- ACKER, Justina Inês Brunetto Verruck. **As parteiras e o cuidado com o nascimento**. Revista brasileira de enfermagem. setembro/outubro de 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a10.pdf>> Acesso em: 6 de novembro de 2014.
- AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>> Acesso em: 8 de dezembro de 2014.
- ALBORNOZ, SUZANA. **O que é trabalho?**. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.
- AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa** - Porto Alegre: AGE, 2003.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BARIFOUSE, Rafael. 'Desvalorização' de parto normal torna Brasil líder mundial de cesáreas. In: **BBC Brasil**. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/04/140411_cesareas_principal_mdb_rb> Acesso em: 27 de novembro de 2014.
- BARRETO, Maria Regina. **Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista**. História, Ciências, Saúde. 2008 out-dez. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n4/02.pdf>> Acesso em: 1 de dezembro de 2014.
- BARROSO, Iraci de Carvalho. **Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais**. Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, dezembro de 2009. Disponível em: <<http://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/viewArticle/34>> Acesso em: 10 de dezembro de 2014
- BARSTED, Leila Linhares; HERMANN, Jacqueline (Coord.). **As mulheres e os direitos humanos: traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero**. Rio de Janeiro: Cepia. 2001.

BIANCHI, Flávia Roberta Vezzosi. **Diário de Campo**. Universidade Federal do Pampa. In: Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II. São Borja, 2014.

_____. **Análise Institucional: Hospital Ivan Goulart**. Universidade Federal do Pampa. In: Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II. São Borja, 2014.

BRASIL. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

_____. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providencias.

_____. **Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outra providências**. Portaria nº 1.067. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>> Acesso em: 12 de dezembro de 2014.

_____. **Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS**. Lei Federal nº8. 069 de 13 de Julho de 1990 e suas alterações. Brasília: 1993.

_____. Lei nº 11.108. Brasília, 7 de abril de 2005. **Institui o direito da presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto imediato**. Disponível em:
<<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>>. Acesso em: 13 de dezembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização do pré-natal ao nascimento**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco: normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde. 1978.

_____. Ministério da Saúde; CEBRAP. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006** – Relatório Final. Brasília, DF: MS/CEBRAP, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde. 1975.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão nacional de ética em pesquisa. **Resolução 196/96 versão 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ver_sao_final_196_ENCEP2012.pdf> Acesso em: 27 de junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36**. Brasília, 3 de junho de 2008b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf> Acesso em: 1 de dezembro de 2014.

_____. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2011.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folhetos/05_0050_FL.pdf> Acesso em: 29 de outubro de 2014.

CANESQUI, Ana Maria. **Assistência médica e a saúde e reprodução humana**. Campinas: Núcleo de Estudos de População/Unicamp, 1987.

CAPARROZ, Sueli Castilho. **O resgate do parto normal: Contribuições de uma Tecnologia Apropriada**. Joinville: Editora da Univille, 2003.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Kátia. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. vol.13, nº 1, Jan/fev, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017>. Acesso em: 10 de novembro de 2014.

CIELLO, Cariny. et al. Parto do Princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 14 de dezembro de 2014.

COELHO, Marilene. **Imediaticidade: Na prática profissional do assistente social.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. revisada e atualizada. - Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em: 18 de junho de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf> Acesso em: 2 de julho de 2014.

CONTE, Juliana. **Tipos de parto: qual o mais adequado para você e seu bebê?.** São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/tipos-de-parto-qual-o-mais-adequado-para-voce-e-seu-bebe/>> Acesso em: 30 de novembro de 2014.

COSTA, Sirlei Martins da. **A lei a internação compulsória.** Associação dos magistrados de Goiás. Goiânia, 2013. Disponível em: <<http://asmego.jusbrasil.com.br/noticias/100385057/a-lei-a-internacao-compulsoria>> Acesso em: 22 de novembro de 2014.

DUARTE, Ana Cris. Doulas: o que é?. In: **Doulas do Brasil.** São Paulo, 2014. Disponível em: < <http://www.doulas.com.br/oque.php>> Acesso em: 22 de novembro de 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social.** 6 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz: uma instituição a serviço da vida. **Nascer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>> Acesso em: 20 de outubro de 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 14ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1999.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRANO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>

Acesso em: 13 de outubro de 2014.

GALVÃO, Loren. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec. 1999.

GARGULHO, Ana. Parto Humanizado. In: **Blog Primeiros Dias**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.primeirosdias.com/parto-humanizado.html>> Acesso em: 9 de dezembro de 2014

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. – 7. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. **Representações e práticas: identidade e processo de trabalho no serviço social**. 2. ed. revista - São Paulo: Veras, 2006.

GONÇALVES, Antonio Sérgio; GUARÁ, Isa Maria Rosa. Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. **Redes de proteção social: Abrigos em movimento**. 2010.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. 1993.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22 ed. – São Paulo, Cortez, 2012.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social**. Textos e contextos. EdIPUCRS. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/2315/3245>> Acesso em: 22 de novembro de 2014.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

LABRA, Maria Eliana. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes. 1989.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. **Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna**. In Hist. cienc. saúde-

Manguinhos vol.16 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702009000300008&script=sci_arttext> Acesso em: 15 de outubro de 2014.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Pesquisas sobre stress no Brasil – Saúde, ocupações e grupos de risco.** Campinas: Papirus, 1996

LYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada.** São Paulo: Unesp. 1994.

MANDÚ, Edir Neir Teixeira. **Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.358-371. 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300010&lng=en> Acesso em: 02 de outubro de 2014.

MERHY, Emerson Elias. **A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas.** In: Merhy, Emerson Elias; Onocko, Rosana (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec. p.71-112. 1997. Disponível em:
<<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-03.pdf>> Acesso em: 15 de outubro de 2014.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política:** livro I/ Karl Marx. Tradução de Reginaldo Sant'Anna.- 29ª ed.- Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MENEZES, Ana Lydia Soares de. **A humanização da assistência pré-natal para gestantes de uma maternidade-escola da cidade do Rio de Janeiro.** Dissertação de mestrado. Programa de estudos interdisciplinares de comunidades e Ecologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:
<http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/arqanexos/arqteses/analydiasoares.pdf> Acesso em: 8 de outubro de 2014.

MENEZES, Paula Fernanda Almeida de; PORTELLA, Sandra Dutra Cabral; BISPO, Tânia Christine Ferreira. **A situação do parto domiciliar no Brasil.** Revista Enfermagem Contemporânea. Salvador, 2012. Disponível em:
<<http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/38/38>> Acesso em: 5 de novembro de 2014.

MOTT, Maria Lúcia. **A parteira ignorante, um erro de diagnóstico médico?** Revista de Estudos feministas: 1999. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11952/11218>> Acesso em: 22 de novembro de 2014.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.3 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300021&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 22 de novembro de 2014.

OLIVEIRA, Maria Emília de. **A melodia da Humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000128&pid=S0104-0707200600020001200020&lng=pt> Acesso em: 29 de novembro de 2014.

ORGANIZAÇÃO ARTEMIS. Núcleo especializado de promoção e defesa dos direitos da mulher. **Violência obstétrica você sabe o que é?** São Paulo, 2014. Folder. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>> Acesso em: 20 de novembro de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede interagencial de informações para a saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

OSIS, Maria José Martins. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1994. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000082068>> Acesso em: 06 de outubro de 2014.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2010.

PORTO, Dora. **O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero**. *Revista Redbioética/UNESCO*. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/mab/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/Porto.pdf> Acesso em: 19 de novembro de 2014.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20 n 5. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022>
Acesso: 30 de setembro de 2014.

SIQUEIRA Deis; BANDEIRA, Lourdes; YANNOULAS, Silvia. Resenhas Ao Sul do Corpo. Condição feminina, maternidades e mentalidade no Brasil Colônia. In: **Texto de História**. Universidade de Brasília: UnB. Brasília, 1993.
Disponível em:<<http://periodicos.unb.br/index.php/textos/article/viewFile/5755/4762>>
Acesso em: 8 de outubro de 2014.

SANTA CASA DE SANTOS. **É mais caro filmar do que fazer o parto**. Santos, 2013. Disponível em:
<http://www.scms.org.br/noticia.asp?codigo=1103&COD_MENU=73>
Acesso em: 21 de novembro de 2014.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 3.ed. Florianópolis: UFSC; São Paulo: Cortez Editora, 2004.

SPEROTTO, Neila. Grupo – instrumento do Serviço Social. In: JACOBY, Márcia; SPEROTTO, Neila; TÜRCK, Maria da Graça Maurer. **Processos de Trabalho IV**. Caderno Universitário n.83. Canoas/RS: ULBRA, 2003.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prédes. **Desvendando o significado do instrumental técnico-operativo na prática profissional do serviço Social**. Rio de Janeiro: UFRJ, Escola de Serviço Social, 1999.

TORRES, Mabel Mascarenhas. **As múltiplas dimensões presentes no exercício profissional do assistente social: intervenção e o trabalho sócio-educativo**. SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 12, N.1, JUL/DEZ, 2009. Disponível em:
<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10060>> Acesso em: 28 de novembro de 2014.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para Infância. **Situação mundial da infância**. Brasília: Unicef. 1995.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Prática Reflexiva. In: **Em Pauta - Revista de Serviço Social da UERJ**. N°1 (Nov. 1993). Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

VINAGRE, Roberto Diniz; DINIZ, Edna Maria Albuquerque ; VAZ, Flávio Adolfo Costa. **Leite Humano: um pouco de sua história.** Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001. Disponível em: , <<http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/543.pdf>> Acesso em: 17 de novembro de 2014.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: Medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928.** Santa Maria: Editora da UFSM; Bauru: EDUSC; 1999.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW , Vera Regina. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.** Saúde soc. São Paulo, 2008 jul-set. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/7604/9128>> Acesso em: 13 de dezembro de 2014.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia.** São Paulo: Editora Saraiva. 2ed. 2012.

APENDICE

Folder do Projeto de intervenção:

Direitos no Pós-Parto

Agora que a criança nasceu, mãe e filho têm o direito de ficar juntos no mesmo quarto (Portaria no 1.016 de 26 de agosto de 1993).

Deverá ser feita a certidão de nascimento (CN) do RN; teste do pezinho; e este deverá tomar todas as vacinas de forma gratuita

O RN deverá ser acompanhado por um pediatra no ESF.

No momento da alta, você deve sair com orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e do controle do bebê.



Os direitos da gestante: conhecer para exigir



Organização

Flávia Vezzosi Bianchi
Estagiária de serviço social

Email: flaviavbianchi@bolmail.com

Direitos da Gestante

Toda gestante tem direito a um atendimento em caixas especiais, prioridades na fila de bancos, supermercados, acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial.

A gestante tem o direito de ser dispensada do horário de trabalho para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares.

Também tem o direito à licença-maternidade de 120 dias com o pagamento do salário integral e benefícios legais a partir do oitavo mês de gestação (LEI nº 10.421 de 15 de abril de 2002, art. 392 da CLT).

A mulher tem o direito de ser dispensada do trabalho duas vezes ao dia por pelo menos 30 minutos para amamentar, até o bebê completar seis meses (Art. 396 da Consolidação das Leis do Trabalho).

Direitos no Pré-natal

O acompanhamento de pré-natal deve ser assegurado de forma gratuita pela Secretaria Municipal de Saúde.

Toda gestante tem o direito de fazer pelo menos seis consultas durante toda a gravidez. O pré-natal oferece segurança, uma gestação saudável e um parto seguro. Toda gestante tem o direito de levar um acompanhante nas consultas (companheiro, mãe, amiga ou outra pessoa).

O cartão da gestante informa tudo o que acontece na gravidez, os resultados dos exames realizados e todas as anotações sobre o estado de saúde da mulher. Deve ser levado em todas as consultas, verificando se ele está sendo preenchido.



Direitos no Parto

Na hora do parto a gestante tem o direito de ser escutada em suas queixas e reclamações, de expressar os seus sentimentos e suas reações livremente, isso tudo apoiada por uma equipe preparada e atenciosa.

A mulher tem direito a um parto normal e seguro, pois é a maneira mais saudável de ter filhos. A cesárea deve ser feita SOMENTE em caso de risco para a criança e para a mãe.

O cartão da gestante é muito importante porque nele está anotado todo estado de saúde da mulher. Através dele a equipe médica saberá como foi a gestação e os cuidados que deve ter.

No momento do parto e pós-parto, a gestante tem direito a um acompanhante vinte e quatro horas, sendo esse seu companheiro, mãe, irmã, amiga ou outra pessoa (Portaria nº 2.418 de 2 de dezembro de 2005).