

MATERNIDADE E USO DE PSICOATIVOS: INTERVENÇÕES NUM CONTEXTO DE RETROCESSOS

MATERNITY AND PSYCHOACTIVE USE: INTERVENTIONS IN A CONTEXT OF SETBACKS

Joice Maciel Oliveira¹

Vanessa Maria Panozzo²

Resumo

Este estudo discute o tema uso de psicoativos por mulheres/mães (gestantes ou puérperas) em Porto Alegre e região metropolitana. A pesquisa qualitativa foi realizada no período de agosto de 2017 a maio de 2018 com assistentes sociais trabalhadoras de maternidades públicas. A partir da seleção dos sujeitos participantes utilizou-se a entrevista semiestruturada para a aplicação do formulário com questões abertas e fechadas. Para análise dos resultados optou-se pela técnica da análise de conteúdo (Bardin, 2011). Além do aprofundamento da discussão sobre o uso de psicoativos na maternidade, reflete-se criticamente sobre o trabalho profissional do(a) assistente social. Evidencia-se, também, o difícil contexto de retrocessos nas políticas públicas como fator decisivo para o trabalho profissional da assistente social e para o acesso aos direitos de mães/mulheres e seus filhos(as).

Palavras-chave: Maternidade. Psicoativos. Integralidade. Intersetorialidade. Serviço Social.

Abstract

This study discusses the topic of psychoactive drug use by women/mothers (pregnant or postpartum women) in Porto Alegre and its metropolitan region. The qualitative research was carried out from August 2017 to May 2018 with social workers working in public maternity hospitals. From the selection of participating

¹ Bacharel em Serviço Social; Bacharel e Licenciada em Ciências Sociais.

² Assistente Social. Professora e Pesquisadora do Departamento de Serviço Social UFRGS.

subjects, a semi-structured interview was used to apply the form with open and closed questions. To analyze the results, the content analysis technique was chosen (Bardin, 2011). In addition to deepening the discussion on the use of psychoactive drugs in maternity, it critically reflects on the professional work of the social worker. The difficult context of setbacks in public policies is also evident as a decisive factor for the professional work of social workers and for access to the rights of mothers/women and their children.

Keyword: Maternity. Psychoactive. Integrality. Intersectoriality. Social Work.

Introdução

Este artigo tem sua origem na pesquisa realizada para a produção da monografia de conclusão do curso de Serviço Social, apresentada no ano de 2018, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo foi compreender como se davam as intervenções nas situações de maternidade e uso de psicoativos, por parte dos(as) assistentes sociais trabalhadores(as) de maternidades públicas da cidade de Porto Alegre e região metropolitana. A pesquisa com título “O assistente social e a promoção de intersetorialidade no trabalho com maternidade e uso de psicoativos”, caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa. Destaca-se que, com base no traz de Minayo (1994), a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. A metodologia utilizada envolveu entrevistas semiestruturadas a partir de formulário com assistentes sociais que atuam nas maternidades, tendo sido aplicado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos pesquisados que acolherem a proposta. Os resultados foram analisados a partir da metodologia da análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

O universo da pesquisa foi composto a partir da identificação das assistentes sociais trabalhadoras das maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana. Foram identificadas e selecionadas quinze (15) maternidades públicas e quinze (15) assistentes sociais. Dentre elas, quatro (4) não tiveram disponibilidade para participar da pesquisa, uma (1) por estar de férias, uma (1) por estar de licença-saúde, uma (1) por requerer aceite do comitê de ética da instituição em que trabalha e uma (1) por excesso de trabalho e falta de tempo. Outras quatro (4) assistentes sociais não retornaram os contatos feitos via instituição em que trabalham.

Apenas uma (1) profissional não aceitou expressamente participar da pesquisa. Sendo assim, ao todo participaram da pesquisa e foram entrevistadas seis (6) assistentes sociais que trabalham em maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana.

Para a compreensão e análise das intervenções realizadas, parte-se das concepções de saúde da mulher, os conceitos de integralidade e intersetorialidade, a partir de bases legais. Essa discussão é proposta a partir do reconhecimento da importância do fundamento legal enquanto parâmetro para a realização do trabalho e, também, enquanto argumento de resistência e luta para a garantia de direitos das mulheres, contra a precarização das políticas públicas.

Alguns Fundamentos legais para a intervenção na política de saúde

Abordar o tema do atendimento às mulheres e as suas necessidades de saúde é poder compreender que a intervenção profissional deve se pautar em princípios técnicos e éticos, negando-se ações espontâneas e individuais, muitas vezes pautadas em juízo de valor. No processo histórico para a conquista dos direitos sociais, foram construídos documentos que compõem a política de saúde da mulher, estabelecendo formas na execução do trabalho. Além disso, a produção acerca da saúde da mulher ajuda a estabelecer o funcionamento dos serviços sem exceções, variações ou exclusões, fortalecendo a concepção de direito e igualdade. É preciso considerar que problemas de gestão, orçamento, recursos humanos e materiais, entre outros, interferem diretamente no funcionamento dos serviços de acordo com o que é estabelecido pelos regramentos legais. Ademais, muitas situações e necessidades de saúde transcendem os limites da política de saúde, requerendo o acionamento de outras políticas e serviços pelos profissionais na realização do trabalho, garantindo os direitos dos interessados. A questão da maternidade e uso de psicoativos enquadra-se nessa perspectiva.

Inicialmente, importa saber que a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 2004) constitui-se historicamente como resultado de lutas diversas, tanto do Movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 1970, quanto do Movimento Feminista brasileiro ao questionar o conceito de saúde da mulher centrado na perspectiva da reprodução. O Movimento da Reforma Sanitária trouxe o debate acerca da concepção de saúde, considerando as condições de vida das pessoas, propondo a democratização da saúde. A partir disso, foram elaborados os princípios que fundamentaram a proposta do SUS que, a partir da Constituição Federal de 1988, surge incorporado à seguridade social e, posteriormente,

regulamentado pelas leis 8.080 (BRASIL, 1990) e 8.142 (BRASIL, 1990). A fundamentação do conceito de saúde nos Determinantes Sociais em Saúde – DSS³, é uma importante contribuição para a constituição do conceito ampliado, reconhecendo a diversidade de elementos que interagem para a conformação da saúde do sujeito. A partir da Constituição de 1988 estabelece-se que, a “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p. 80, art. 196).

O Movimento Feminista, por sua vez, contribuiu para a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1984), anterior à Constituição de 1988, que representou uma ruptura em relação à concepção de saúde da mulher presente até então, foi pioneiro no reconhecimento da integralidade como fundamento para o conceito de saúde, incorporando também os debates pautados pelo Movimento da Reforma Sanitária. A partir dessa breve retomada histórica, compreende-se o surgimento e a constituição da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 2004), destinada à população feminina acima de 10 anos – o que corresponde à 92,5% da população feminina brasileira, conforme censo demográfico (IBGE, 2012).

A PAISM aborda diversas questões: atenção obstétrica, índices de mortalidade materna, abortamento em condições de risco, precariedade da assistência em anticoncepção, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, influência da violência doméstica e sexual, a saúde das mulheres adolescentes, a saúde da mulher no climatério, saúde mental e relação com gênero, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres lésbicas, mulheres negras, mulheres indígenas, mulheres residentes e trabalhadoras rurais e também a mulher em situação prisional. A ideia de direitos humanos trazida pela política é fundamental para nortear a análise das intervenções realizadas em situações de maternidade e uso de psicoativo. Sobre o conceito de direitos humanos faz-se importante considerar a definição trazida por Barroco (2008, p. 02), “a origem da noção moderna dos Direitos Humanos é inseparável da ideia de que a sociedade é capaz de garantir a justiça – através das leis e do Estado – e dos princípios que

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

lhes servem de sustentação filosófica e política: a universalidade e o direito natural à vida, à liberdade e ao pensamento”.

Essa concepção permite compreender que a política de saúde da mulher apresenta comprometimento com as mulheres enquanto sujeitos de direito, considerando as necessidades que transcendem as questões físicas ou biológicas. Evidencia-se, dessa forma, a superação de uma concepção anterior, em que o corpo da mulher representava somente a função de garantir a reprodução, abandonando o ideal de saúde reduzido à saúde materna, rompendo definitivamente com qualquer prática ou concepção que nega o direito à liberdade sexual. Outras perspectivas trazidas pela política também corroboram para o fortalecimento dos Direitos Humanos, tais como as que constam nas suas diretrizes (BRASIL, 2004, p. 63-65): integralidade, humanização, articulação com outros setores, promoção de saúde, etc.

No que se refere à temática da maternidade e uso de psicoativos, identifica-se que a política apresenta especial preocupação em relação à atenção obstétrica:

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

Nos objetivos específicos da política consta a promoção da atenção obstétrica e neonatal, de forma humanizada (BRASIL, 2004, p. 69 e 68). Para a garantia de tal objetivo, diversas ações são especificadas, entre elas a realização de um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a organização da rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal. Entre as razões para essa proposição, consideram-se as desigualdades sociais como fatores que contribuem diretamente para os índices de mortalidade materno-infantil. Compreende-se, dessa forma, que o pacto representa um movimento político em busca da qualificação da atenção obstétrica e neonatal, pautando estratégias que deem conta das necessidades de mulheres e recém-nascidos.

Posterior à publicação da política de saúde da mulher (BRASIL, 2004), destaca-se a elaboração do seguinte documento: Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Um documento que vem reafirmar a humanização como fundamento do atendimento às mulheres (gestante e puérperas), acolhendo e respeitando como garantia da dignidade e do bem-estar da paciente e seu bebê.

Dentre as legislações que contribuem para o regramento dos serviços da atenção obstétrica, numa perspectiva dos Direitos Humanos e da Humanização, destaca-se também a portaria Nº1.020, de 29 de Maio de 2013, do Ministério da Saúde, especificou direitos de acesso à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, embasado também na Portaria Nº1.459 de 24 de Junho de 2011, do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede Cegonha, dentro do Sistema  nico de Saúde, trazendo princípios específicos no que se refere a organiza o dos serviços de saúde materna e infantil.

Outro destaque importante a ser feito   um marco legal da primeira infância, a Lei Nº13.257 (BRASIL, 2016) que estabelece:

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

As situa es de maternidade e uso de psicoativos transcendem a política de saúde, requerendo conhecimento de outras bases legais que possam auxiliar na interven o. Mesmo instituída tardiamente pelo SISNAD, Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, a Lei de Drogas “prescreve medidas para preven o do uso indevido, aten o e reinser o social de usuários e dependentes de drogas; [...]” (BRASIL, 2006). No Título II dispõe acerca das finalidades do SISNAD: “[...] articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: a preven o do uso indevido, a aten o e a reinser o social de usuários e dependentes de drogas; a repressão da produ o não autorizada e do tráfico ilícito de drogas” (BRASIL, 2006). Entre os princípios apresentados na referida legisla o, faz-se destaque ao art.4  do Capítulo I: “I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto   sua autonomia e   sua liberdade; II - o respeito   diversidade e às especificidades populacionais existentes;”. No que se refere ao princípio de respeito aos direitos fundamentais, nota-se a contradi o em apresentar o respeito   autonomia e a liberdade, mas manter a criminaliza o do uso de drogas.

As bases legais referidas até o momento não são garantias absolutas, muito pelo contrário, uma vez que se nota no cotidiano repetidas formas de viola o de direitos, falta de acesso e negligência. Ainda assim, a importância das bases legais   inegável, servindo como fundamento para a realiza o das interven es em situa es de maternidade e uso de psicoativos e tensionamento para a sua efetiva o.

Nessa perspectiva, deve-se considerar a Nota Técnica Conjunta da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)⁴. Nesse documento encontrar-se-á um fluxo de atendimento e encaminhamento que busca garantir os direitos da mãe/mulher e do filho/recém-nascido, considerando todas as possibilidades e o regramento legal, acionando diversas políticas e serviços – saúde, assistência social, segurança, etc. Embora seja uma importante referência para a execução dos serviços de saúde no atendimento às mulheres gestantes ou puérperas com uso de psicoativos, a nota técnica figura como um documento elaborado por técnicos especializados, com intuito de oferecer alternativas para a tomada de decisão, conforme define o Ministério da Justiça. Dessa forma, a nota não possui poder coercitivo, funcionando somente como uma possibilidade de orientação.

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

Percebe-se que a promotora considera que o Termo deva partir do pressuposto de que a mãe deseja abrir mão do recém-nascido, sugerindo inclusive que é prevista a fuga da mãe após o nascimento do bebê. No entanto, conforme apontou a pesquisa realizada⁵ com assistentes sociais trabalhadoras de maternidades públicas, o que se percebe é que a realidade é distinta da referida pela promotora como “realidade cotidiana”. Todas as profissionais entrevistadas relataram que foram raras as ocasiões em que a mulher/mãe manifestou a vontade de doar seu filho/recém-nascido e realizou todos os encaminhamentos para tanto. Já a fuga logo após o parto, é uma possibilidade maior, mas ainda assim não pode ser considerada recorrente. Importante destacar que nem todas as profissionais possuíam registros que permitissem quantificar as ocasiões descritas.

O Termo especifica, no item “Fluxo entre hospitais, Sistema de Justiça e sistema de proteção”, duas situações que cabem aos hospitais o encaminhamento: a primeira em que a mãe

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

5 Pesquisa: “O(a) assistente social e a promoção de intersetorialidade no trabalho com maternidade e uso de psicoativos”, realizada com seis assistentes sociais trabalhadoras de maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana, no período de agosto 2017 a maio 2018.

deseja entregar o filho em adoção, um direito da mulher previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), e a segunda é assim definida:

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

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

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

A questão que precisa ser aprofundada é como se define que existem ou não condições de ficar com o filho. Nas competências da avaliação da equipe hospitalar espera-se que identifiquem e considerem, para atestar a falta de condições, possíveis situações de abandono anterior de outros filhos, dependência de psicoativos (que é diferente de uso de psicoativos), violência ou hipóteses similares. Todas essas são questões que exigem contextualização e aprofundamento, o que se torna muito difícil no curto espaço de tempo da internação para o parto e pós-parto (cerca de três dias). Fica nítido o comprometimento dos direitos da mãe/mulher. Com o escasso tempo e a urgência de buscar resolução, as equipes acabam focalizando na segurança e proteção do recém-nascido, excluindo o direito da mulher à maternidade e esquecendo o direito à convivência familiar e comunitária, estabelecido no art.5º do Estatuto da Primeira Infância (BRASIL, Lei Nº13.257, 2016).

Frente a tantas dificuldades para a intervenção sem violar os direitos das mães e seus recém-nascidos, nota-se a necessidade de transcender os limites de cada política setorial, observando a integralidade do sujeito e a intersetorialidade como maneiras de abordar as situações apresentadas, acolhendo os princípios do SUS, como fundamentais para o processo. Importante compreender a integralidade relacionada ao conceito de totalidade, categoria do método dialético da Teoria Social Crítica: “A partir da compreensão marxista o processo de

conhecimento dos fenômenos sociais (objeto de investigação) é compreendido da ótica da totalidade, isto é, como complexos sociais e não fatos isolados” (ASSUMPTÃO, MIOTO, 2009, p. 07).

A integralidade também pressupõe a superação da especialização dos atendimentos de saúde. Os serviços devem compreender as diversas necessidades de saúde do sujeito sem separá-las, pois todas dizem respeito a um único sujeito. De acordo com Mattos (2001, p. 58), “[...] a noção de integralidade exigia uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais”, superando a fragmentação do sistema de saúde no atendimento das necessidades dos usuários. Dessa compreensão decorre a importância da intersectorialidade. Essa possui várias concepções, inicialmente como ferramenta de organização/articulação dos serviços de saúde segmentados e, posteriormente, como possibilidade de articulação entre outras políticas e serviços.

Nas situações que envolvem maternidade e uso de psicoativos, compreende-se que a intersectorialidade implicada é a que diz respeito à articulação de diversos serviços, políticas, com objetivo de avaliar, planejar e intervir conjuntamente. De acordo com Nascimento (2010, p. 99-100), “as políticas setoriais por si só não solucionam tudo e necessitam se comunicar para identificar as necessidades da população e os benefícios que pode ou não oferecer”. Ressalta-se a compreensão de que a intersectorialidade deve partir da setorialidade. Ou seja, o fortalecimento das políticas sociais setoriais é imprescindível para a promoção de intersectorialidade.

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

Ressalta-se que, conforme os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS, 2009, p. 28), entre as competências profissionais do assistente social está: “estimular a intersectorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais”.

O trabalho do Assistente Social com maternidade e uso de psicoativos

O Serviço Social como profissão constituiu-se historicamente, estabelecendo a Teoria Crítica como fundamentação. Possui um Projeto Ético-Político (PEP) definido, em que reconhece como objeto de trabalho a questão social⁶, identificando que a sociedade não encontrará soluções para seus problemas sociais sem a efetiva regulação do Estado. Conforme destaca Netto (1999), o projeto profissional do Serviço Social traz a adesão da categoria a um projeto societário que almeja a construção de uma nova ordem social. Com vistas a isso, a profissão busca por meio dos seus elementos constitutivos materializar seu projeto, sendo eles: diretrizes curriculares destacando a importância das dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa na formação profissional; a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93), que legitima e institucionaliza o trabalho profissional a partir de parâmetros legais; e o Código de Ética profissional do Assistente Social (CFESS, 1993), um importante elemento de materialização do PEP do Serviço Social.

Com base nisso, compreende-se que trabalho do assistente social possui como uma de suas especificidades e prerrogativas a defesa do acesso aos direitos, tanto das mães/mulheres quanto de seus filhos/recém-nascidos. Da mesma forma, percebe-se que no trabalho profissional deve estar materializada a defesa da autonomia, da liberdade, da justiça social, com objetivo de contribuir para construção de uma nova sociedade, sem dominação e exploração, como preveem os princípios do CE (CFESS, 1993).

No que se refere ao uso de psicoativos, torna-se indispensável compreender “os usos de drogas” enquanto prática social complexa inscrita nas condições objetivas e subjetivas da sociedade capitalista – drogas são mercadorias e satisfazem necessidades humanas. Dentre outros debates, é preciso discutir também as perspectivas de intervenção, que podem partir do entendimento de que se trata de um problema de segurança pública, numa perspectiva de criminalização, ou de um problema de saúde pública, que pode reduzir-se à medicalização. Além disso, é necessário ter nítido que o consumo de psicoativos das classes populares e das

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

classes média e alta é percebido/tratado/encaminhado de formas distintas pela sociedade e pelo Estado.

A realização e análise da pesquisa qualitativa⁷ com seis assistentes sociais trabalhadoras de maternidades públicas de Porto Alegre e região metropolitana, apontou as contradições enfrentadas para a realização do trabalho com mães usuárias de psicoativos. Todas as assistentes sociais entrevistadas, identificam a precarização das políticas públicas, evidenciando a falha do Estado enquanto responsável por garantir os direitos sociais. São mencionadas falta de rede de serviços, falta de investimento nas políticas públicas, má gestão de recursos, falta de acesso à educação, à moradia, à saúde. Além disso, com maior ênfase, é destacado o contexto de pobreza em que vivem essas mulheres/mães usuárias de psicoativos.

A compreensão da fragilidade de vínculos familiares como responsável pelo uso de drogas é considerada por cinco das seis entrevistadas. Essa perspectiva deve ser problematizada, uma vez que a família pode ser facilmente responsabilizada, esquecendo-se das condições objetivas e subjetivas nas quais vivem. Conforme Miotto (2004, p. 03) “[...] a capacidade de cuidado e proteção da família está diretamente relacionada ao cuidado e à proteção que lhe são garantidos através das políticas sociais, especialmente das políticas públicas”. Dessa percepção decorre a tentativa de intervir com a família e/ou rede de apoio como o principal instrumento técnico-operativo destacado pelas entrevistadas.

Chama a atenção que, dentre as seis entrevistadas, cinco tenham referido como estratégia de intervenção a disponibilização de método anticoncepcional. Enquanto direito de acesso ao planejamento familiar, compreende-se pertinente ao assistente social no trabalho na maternidade informar e buscar a efetivação do acesso, numa perspectiva de socioeducação, conforme parâmetros de atuação profissional. No entanto, percebendo a centralidade dos métodos anticoncepcionais enquanto estratégia no atendimento às mães/mulheres usuárias de psicoativos, não só pelas assistentes sociais, mas pelas equipes multiprofissionais de saúde como um todo, vê-se necessário considerar que a prioridade, ou melhor dizendo, a resolução do problema, parece residir na interrupção da fertilidade feminina. Isso significa dizer que as reais necessidades das mulheres usuárias de psicoativos são relegadas e substituídas pela

7 Fundamentada no método dialético-crítico, na perspectiva do materialismo histórico construído por Marx. Interpretação dos dados percorreu os caminhos metodológicos prescritos por Bardin (2011): a pré-análise, a codificação e a categorização.

prevenção da gestação, como se a gravidez fosse a maior e a principal problemática proveniente do fenômeno social do uso abusivo de psicoativos por mulheres.

A articulação com a rede e o trabalho com equipes multiprofissionais também são mencionadas como estratégias para a realização do trabalho. Importante trazer que as profissionais entrevistadas compreendem o conceito de integralidade do sujeito, o que fundamenta a necessidade de promover a intersetorialidade. Operacionalmente ela é definida como o trabalho em rede, como a troca entre setores e/ou como setores integrados. Em todas as falas nota-se a percepção de que a intersetorialidade se estabelece a partir das ações individuais dos profissionais que compõe a rede de serviços, evidenciando a falta de institucionalização dessas ações. Essa pessoalização demarcada pelo uso das expressões “união”, “boa vontade”, “pessoas que fazem a diferença”, entre outras, representa a necessidade de aprofundamento sobre a fundamentação teórica e sobre os marcos legais, além de refletir o contexto de precarização das políticas públicas.

As profissionais referem muitas dificuldades na realização do trabalho nas políticas públicas: precarização, desgaste profissional, recursos da assistência social insuficientes, retrocessos e reduções de serviços por falta de recursos humanos e materiais, etc. Todas essas dificuldades refletem na intervenção realizada com as mães usuárias de psicoativos. Nos relatos sobre as situações acompanhadas, verifica-se a judicialização como desfecho da maioria absoluta. Circunstância em que os recém-nascidos ou são encaminhados para acolhimento institucional, ou ficam sob a guarda de um familiar ou de alguém que faça parte da rede de apoio e que tenha sido avaliado e considerado apto para tanto. E o acompanhamento à mulher/mãe encerra-se – em caso de acolhimento institucional a equipe do serviço deve acompanhá-la.

Algumas das profissionais entrevistadas destacam a tendência de seguir no “automático”, poucas vezes se questionando se de fato poderia ter feito diferente. Percebeu-se também que o respeito à autonomia das mães, ancorado no Código de Ética profissional, verbalizado algumas vezes como sendo “*a vontade delas*”, acaba sendo na realidade uma transferência de responsabilidade. Nota-se que, em alguns momentos, as profissionais responsabilizam as mães por suas escolhas: “*A gente dá todo o suporte para que elas pensem em mudar de vida ou pelo menos seguir se tratando em relação à dependência química. Mas a gente não pode adentrar na vontade delas*”. (fala da assistente social 1).

Isso transparece ao referirem dificuldade das mães aderirem ao que é proposto durante a gestação, mantendo o uso abusivo de psicoativos, o envolvimento com tráfico, violência, etc. Nessa perspectiva, esquece-se que em grande parte das situações estar-se-á defrontando as determinações da sociedade capitalista, de classes e desigual, materializadas na vida das mulheres/mães usuárias de psicoativos. Conforme Marx (1986, p.17), “Os homens fazem sua própria história; mas não a fazem como querem, não a fazem sob circunstâncias da sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”.

A respeito da compreensão de direito das mães mulheres, nota-se a necessidade de reflexão. Nos relatos sobre as intervenções realizadas é marcante a preocupação com a proteção e segurança do recém-nascido, em detrimento do direito da mulher à maternidade. Expressões como “*deixar a pessoa ir atrás*” e “*dar o direito de buscar*” surgiram em alguns relatos, evidenciando a perspectiva de direito enquanto dádiva, transferência de responsabilidade e culpabilização dessas mães. Destaca-se a necessidade de romper com a lógica imediatista do trabalho, estando vigilante quanto às concepções moralistas que perpassam a temática maternidade e uso de psicoativos. Interessante destacar que uma das profissionais entrevistadas mencionou o quanto o momento do nascimento do filho traz possibilidades de intervenções, o momento em que “*tudo começa*”, um momento que se deve “*investir*”, “*acolher*”, “*cuidar*” e “*empoderar*” as mulheres.

Importa considerar que as profissionais participantes da pesquisa se constituem na realidade social, enquanto sujeitos e enquanto trabalhadoras da política de saúde, vivendo a forte precarização do SUS, intensificada a partir das medidas do atual governo, avançando na desresponsabilização do Estado e acarretando prejuízos aos trabalhadores e à população. É fundamental que se valorizem os espaços onde estão as assistentes sociais, porque são as profissionais que realizam a leitura da realidade a partir da totalidade social, evidenciando as contradições, superando, muitas vezes, as práticas conservadoras. Por isso, ressalta-se que “[...] pensar a profissão é também pensá-la como fruto dos sujeitos que a constroem e a vivenciam (IAMAMOTO, 1998, p.57)”.

Considerações Finais

É notável o quanto a questão do uso de psicoativos na maternidade requer problematizações, além de recursos e atenção, para garantir os direitos das mães/mulheres e

seus filhos recém-nascidos. A falta de alternativas reproduz sistematicamente a crueldade da criminalização/judicialização, partindo do uso de psicoativos como justificativa. A criminalização tem acompanhado as diferentes expressões da questão social, criando concepções moralistas e conservadoras de análise por parte dos profissionais, atingindo também o poder público, muitas vezes sancionando processo de exclusão ao invés de inclusão. Não existe um processo de visibilidade das condições de vida da mulher/mãe em questão, não existe respeito Do direito à maternidade. Contrário a isso, a mulher é reduzida ao uso de psicoativos, e sua capacidade e intenção de amar, cuidar e proteger é desconsiderada, negada.

As assistentes sociais, na realização do trabalho, em um contexto de retrocessos e falta de recursos, enfrentam dificuldades e descrevem uma realidade de muitos desafios à profissão, exigindo da categoria uma posição de resistência, reivindicação por investimentos em políticas públicas e empenho no fortalecimento do seu Projeto Ético-Político.

Referências Bibliográficas

ASSUMPÇÃO; MIOTO, Regina C.T. **Revisitando o conceito de integralidade em saúde a partir da teoria crítico dialética**. Ano: 2009. Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/revisitando-o-conceito-de-integralidade-em-saude-a-partir-da-teoria-critico-dialetica.pdf. Acesso em 20 de

maio 2018

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Rio de Janeiro. Edições 70. 2011.

BARROCO, Maria L. S. **O significado sócio-histórico dos Direitos Humanos e o Serviço Social**. Palestra apresentada na mesa, Conflitos Globais e a violação dos Direitos Humanos: a ação do Serviço Social em 18/08/2008 – Conferência Mundial de Serviço Social da Federação Internacional de Trabalho –Salvador (Bahia).

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

_____. **Constituição Federal**, 1988.

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

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

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

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

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

CAVALCANTI, P. B.; BATISTA; K. G.; SILVA, Leandro R. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. **Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias**. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/9.pdf>. Acesso em 15 de maio 2018

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

_____. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, DF, 2009.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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