



**SAÚDE PÚBLICA, DIREITO REPRODUTIVO E SERVIÇO SOCIAL:** o exercício profissional na Clínica Obstétrica Cardiológica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FHCGV

CARVALHO, Nathalia Souza<sup>1</sup>

SOUZA, Steffany Daisy Texeira<sup>2</sup>

OLIVEIRA, Thais Maria Costa de<sup>3</sup>

SOUZA, Rosiane Costa de<sup>4</sup>

**RESUMO:** O Sistema Único de Saúde - SUS é fruto de lutas históricas, principalmente a partir da reforma sanitária que criou um legado de conquistas para a política de saúde no Brasil. O projeto neoliberal, intensificado a partir da década de 90, apresenta de forma ininterrupta o desmonte do SUS pelos governos. O recorte dado ao presente estudo é a pauta dos direitos reprodutivos legitimado por conquistas e avanços no campo político, legal e social, na esfera internacional e nacional. Para conferir a materialidade das conquistas em torno dos direitos reprodutivos, num SUS cada vez mais sucateado, o estágio supervisionado em Serviço Social junto às mulheres grávidas de alto risco, com cardiopatia, atendidas na Clínica Obstétrica Cardiológica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FHCGV, apontou a ausência de institucionalidade no que se refere aos direitos reprodutivos, desafiando o Serviço Social por seu legado histórico-crítico a construir estratégias para sua implementação.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde pública; direitos reprodutivos; serviço social.

## **INTRODUÇÃO**

A reforma sanitária na saúde do Brasil é um marco histórico que serve de guia as premissas que conduziram a criação do Sistema Único de Saúde- SUS em nosso país, trato histórico importante para compreender a inscrição do SUS na Constituição de 1988. Esse legado do SUS na história recente do país está em desmonte, induzindo aos mais diversos percalços e processos de enfrentamento. O direito reprodutivo no âmbito da saúde pública é pauta marcada na história, merece destaque pelos avanços, mas é necessário materializar processos no cotidiano das instituições.

O Serviço Social por seu legado, sua história de renovação e construção do projeto ético-político indica formas e estratégias para ressaltar o SUS constitucional. O presente

---

<sup>1</sup> Bacharela em Serviço Social pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia- UNIFAMAZ, nathetalia.carvalho@gmail.com.

<sup>2</sup> Bacharela em Serviço Social pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia- UNIFAMAZ, ste.cesportela@gmail.com.

<sup>3</sup> Bacharela em Serviço Social pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia- UNIFAMAZ thays.oliveiracosta@gmail.com.

<sup>4</sup> Professora Titular do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia- UNIFAMAZ, rosianesouza@famaz.edu.br.



estudo recorta a temática do direito reprodutivo a partir de observações, investigações e reflexões possibilitadas pela incursão do estágio supervisionado em Serviço Social na Clínica Obstétrica Cardiológica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FHCGV.

O cotidiano na Clínica Obstétrica Cardiológica possibilitou o registro de reincidência de mulheres em gestação de alto risco por diagnóstico de cardiopatias; mulheres da classe trabalhadora, jovens em sua maioria, com baixo acesso a renda e ao trabalho. Essa demanda exige um acompanhamento sistemático e contínuo da equipe profissional, em especial do Serviço Social que vê na integralidade do atendimento à saúde da população, a possibilidade de considerar na sua intervenção todos os aspectos da vida dos sujeitos.

Para dar corpo à pesquisa, a análise documental e a revisão bibliográfica indicaram de forma breve a luta histórica da reforma sanitária e a implementação do SUS, pontuando os desmontes marcados na história recente do país. Na sequência a pesquisa constrói a linha do tempo da institucionalização dos direitos sexuais e direitos reprodutivos no bojo do avanço das políticas de saúde para mulheres, para então dialogar com o cotidiano do Serviço Social na saúde, na Clínica Obstétrica da FHCGV, utilizando a entrevista semiestruturada, análise dos instrumentos e técnicas utilizados na clínica e as anotações em diário de campo, possibilitando um aprendizado significativo no estágio supervisionado.

O fio condutor da pesquisa problematizou se seria possível materializar os direitos reprodutivos de mulheres atendidas no cotidiano hospitalar da FHCGV, diante do contexto de um SUS historicamente em desmonte? O Serviço Social por sua trajetória histórica, sua base teórica crítica, seus princípios ético-políticos, sua riqueza técnica-instrumental, materializa os direitos reprodutivos junto às mulheres grávidas com gestação de alto risco?

A pesquisa aponta, mesmo que de forma inicial a necessidade de institucionalizar as conquistas no âmbito dos direitos reprodutivos, para coadunar com os princípios do SUS, com a luta de tantas mulheres ao longo da história pelo direito de decidir sobre seus corpos, suas vidas e sua sexualidade. O Serviço Social pode contribuir com esse processo e aproximar outras categorias profissionais para dar materialidade neste campo tão precioso para vida das mulheres no âmbito da saúde pública.

## **REFORMA SANITÁRIA, O SUS CONSTITUCIONAL E O DESMONTE NEOLIBERAL DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

A década de 80 é o nosso ponto de partida, mas ela é resultante de um percurso de desgaste histórico das políticas públicas, em especial da saúde, que nasce sob a lógica da filantropia, individualização e seleção no acesso, com poucos investimentos em pesquisa e formação do corpo técnico/ profissional. Essa década marca um contexto de crise



econômica, ao mesmo tempo em que a luta pela redemocratização política estava viva, reivindicações do crescente movimento da reforma sanitária e da grande conquista da classe trabalhadora com a efetivação da Constituição Federal em 1988, visava garantir os direitos sociais da população (CASTILHO, LEMOS, GOMES, 2017; FERNANDES, 2018).

A reforma sanitária é construída na luta contra a ditadura, reivindicando melhorias na atenção à saúde e nas condições de vida da população. O movimento contava com a liderança dos intelectuais e estudiosos da saúde coletiva e pública, profissionais da saúde e movimentos populares que através da produção de estudos e teses com forte teor de denúncias apontavam a necessidade de ações na área da saúde (SALES, VIEIRA, MARTINS et. al, 2019; COHN et. Al, 1999).

Dessa forma o movimento da reforma sanitária impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, um marco histórico da política de saúde brasileira já que era a primeira vez que a comunidade participaria na discussão de uma política setorial debatendo as crescentes desigualdades e a mercantilização da saúde (BAPTISTA, 2007; SALES, VIEIRA, MARTINS et. al, 2019). Além das propostas que segundo Bravo (2001) foram:

[...] universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal [...]. (BRAVO, 2001 p.9).

A luta de inserção do SUS constitucional é confrontada na década de 90 com a lógica das políticas neoliberais que tinham propostas de redução e restrição de atividades de bem-estar, precarização nas relações de trabalho, abertura da economia para empresas transnacionais, privatizações de empresas estatais, enquanto na área da saúde os ataques versam no princípio da universalidade com a focalização e descentralização na área pública e privada (PASCHE, RIGHI, THOMÉ et. al, 2006).

Fernando Collor de Melo (1990-1992) reduziu gastos, inclusive para saúde. Na gestão do presidente Itamar Franco (1993-1994) suspende-se recursos para a saúde, desencadeando uma grande crise gerando um crescimento de reivindicações por melhores condições para o SUS (SALES, VIEIRA, MARTINS et. al, 2019). Em 1995, Fernando Henrique Cardoso - FHC acelera as privatizações das empresas estatais. A saúde se agrava já que não houve ações para mudança do cenário, exceto o estímulo de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACs e Saúde da Família-PSF como uma reafirmação da implantação do SUS, no entanto a era FHC centralizou a gestão federal,



seguindo ainda os moldes da política tecnocrática até o final de seus dois mandatos em 2002 (PASCHE, RIGHI, THOMÉ et. al, 2006).

A partir do governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) cria-se uma expectativa de reação contra o ideário neoliberal, no entanto o que se viu foi a continuidade da política dos anos 90 com ênfase na precarização, com redução de gastos, propostas de seletividade, focalização, terceirização e privatização, sobressaindo o desmonte do SUS, mostrando a contrarreforma na política de saúde que se estrutura e amplia (FIGUEIREDO, 2013).

Na transição do governo Lula para o de Dilma Rousseff (2011-2016) a mesma política econômica e social estimulou a formação de oligopólios comandados por expressivos grupos econômicos nacionais e internacionais privados. (CASTILHO, LEMOS, GOMES, 2017). Com o golpe dado em cima da presidente Dilma, assume Michel Temer, que acelera o processo de desmonte dos direitos trabalhistas e sociais, materializados pelos projetos de leis e emendas constitucionais na garantia do compromisso com o capital financeiro (CASTILHO, LEMOS, GOMES, 2017). Em 2016, é aprovada a Proposta de Emenda Constitucional – PEC 241/2016 ou PEC 55, denominada a PEC da morte, que congela durante 20 anos a partir do ano seguinte as despesas do Governo Federal nas áreas de saúde e educação (ROSA, 2016).

A eleição do atual presidente Jair Messias Bolsonaro iniciado em 2019, provou o desgaste, a incoerência e incompetência no campo da saúde, com o processo de enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, atingimos mais de 664.192 óbitos segundo dados do Ministério da Saúde. O atual governo estimula a extinção da Estratégia Saúde da Família- ESF que é um dos principais Programas da Atenção Básica, corta o programa “Mais Médicos”<sup>5</sup> e tinha intenção de implementar o Plano de Saúde Popular no SUS, uma total afronta a universalização do acesso.

O cenário é desalentador para o SUS constitucional, universal, integral e equânime, os diferentes esforços profissionais e institucionais para manter o SUS funcionando devem resgatar suas premissas, seus princípios, seus investimentos para alçar ao patamar de importância que essa política social necessita, pois os danos causados ao longo dessa linha do tempo dos governos pós Constituição de 1988 são nefastos.

## **SAÚDE PÚBLICA E OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL**

---

<sup>5</sup> O Programa Mais Médicos é introduzido no Governo Dilma, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Ele é incorporado como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à atenção básica resolutiva, e estruturada em três eixos: 1. Investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde; 2. Ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência; 3. Provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis.



No bojo da reforma sanitária, Ventura (2009) destaca que as lutas pelo retorno da democracia apontavam denúncias de esterilizações, o que levou a inserir um novo debate para a reprodução humana, e posteriormente, contribuiu para a mudança de paradigmas dos modelos de intervenção na saúde reprodutiva.

Embora a ideia formalizada de direitos reprodutivos seja recente, a noção destes direitos surge entre o século XIX e na primeira metade do século XX, quando os movimentos feministas reivindicavam acesso à educação e ao voto, centrados na busca por igualdade. Neste período a movimentação em torno do direito a regulação da fecundidade e da saúde da mulher como um assunto de ordem política, de autonomia e controle sobre seu próprio corpo também vem à tona (ÁVILA, 1993, p. 01).

O caminho implementado em lutas internacionais foram legitimados em Conferências e Pactos Internacionais que contribuíram para assegurar e reconhecer os direitos e saúde da mulher. A Conferência da População das Nações Unidas, realizada no Cairo- 1994, onde aparece o conceito de direitos reprodutivos<sup>6</sup>. Em 1995 o documento de Pequim, da IV Conferência Mundial da Mulher, vem enfatizar a importância de garantir os direitos de autonomia, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres<sup>7</sup>:

No Brasil já na década de 80 é lançado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher – PAISM, em 1983 já nos fins da ditadura militar; em 1985 cria-se o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM ambos representaram um grande avanço na atenção à saúde da mulher, pois objetivava o cuidado em todas as fases do ciclo vital da mulher, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal.

Porém, só 11 anos depois já no governo FHC, na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, começou-se a regulamentar o planejamento familiar, conforme trata os Artigos 2º, 3º e 9º, respectivamente<sup>8</sup>:

---

<sup>6</sup> Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (FNUAP, 1994, parágrafo 7,3).

<sup>7</sup> Os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências (CNDM, 1996, parágrafo 96).

<sup>8</sup> [...] Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal; [...] Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde; [...] Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).



Depois de 08 anos, já no governo do presidente Lula, em 2004 lança-se o Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde em parceria com diversos setores da sociedade, especialmente, com o movimento de mulheres e gestores do SUS. O documento deu ênfase aos direitos sexuais e reprodutivos, melhoria da atenção obstétrica, planejamento reprodutivo, abortamento seguro entre outras questões.

Em 2005 a Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, elaborado pelo Ministério da Saúde aponta:

a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo a implementação e atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva para usuários (as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção as mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada as mulheres em situação de abortamento; entre outras ações (BRASIL, 2013, p. 20).

Nota-se um avanço na concepção sobre direitos reprodutivos, uma vez que não se limita a procriação humana, apontando a necessidade de capacitação da rede, inserindo o debate do abortamento e o tratamento humanizado entre outras questões.

No que se refere ao conceito de direitos sexuais, surge um debate, pois, embora os direitos reprodutivos sejam reconhecidos em leis nacionais e políticas públicas, utiliza-se, muitas vezes a expressão “Direitos Sexuais e Reprodutivos”, porém ainda não existem um reconhecimento no conceito de Direitos Sexuais, ao contrário do conceito de Direitos Reprodutivos, que se encontra legitimado. Ventura (2009) faz crítica à abordagem conjunta dos direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que só vincula a perspectiva da violência sexual, a autora indica a necessidade de formulações positivas sobre os direitos sexuais, incluindo os/as adolescentes, LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais, queer, intersexo, assexual e outros), trabalhadoras/ers do sexo entre outros segmentos.

Para Ávila (2003) os direitos sexuais remetem a igualdade e a liberdade no exercício da sexualidade de todas as pessoas, e ao colocar as relações sexuais como relações sociais a serem consideradas no plano da cidadania, colocam a heterossexualidade e a homossexualidade como práticas sexuais igualmente livres. A autora salienta “a reprodução é o resultado da relação sexual, mas a determinação obrigatória entre sexualidade e reprodução não é biológica, é social”. (ÁVILA, 2003, p. 178).

O percurso das conquistas legais e institucionais no campo do direito sexual e reprodutivo ressaltado na esfera da consolidação de políticas sociais como a saúde, ampara o exercício profissional de diferentes profissões no âmbito do SUS. A defesa de um Sistema

---



Público de Saúde deve ser acompanhada pelo próprio percurso das profissões regulamentadas no Brasil para assegurar o conhecimento e as perspectivas de materialização de suas ações.

### **O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA CLÍNICA OBSTÉTRICA CARDIOLÓGICA DA FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA- FHCGV**

A renovação profissional impulsionou uma nova postura no aspecto teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político que tem a intenção de romper com os traços de subalternidade, omissão e apatia política (SANTOS; NORONHA, 2010). O Serviço Social pode deixar de ser somente executor das políticas sociais, podemos formular, gerenciar e avaliar as políticas sociais, legado inscrito no código de ética profissional de 1993 e na lei de regulamentação da profissão.

A construção histórica do Serviço Social na área da saúde, só ganha destaque nos anos 80 quando o Serviço Social começa a se fundamentar pela teoria crítica, marxista, negando a postura conservadora inclusive no âmbito da saúde, vinculando o/a profissional na defesa da reforma sanitária, no fortalecimento do SUS e comprometimento com os interesses da classe trabalhadora (FERNANDES, 2018).

O exercício profissional do/a assistente social não se limita apenas à questão da doença do/a paciente, na área da saúde também está voltada para os aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de tratamento da doença e pela busca de estratégias para os enfrentamentos desta questão (CFESS, 2009).

O cotidiano do Serviço Social aqui retratado é na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FHCGV, instituição para a assistência aos usuários do SUS nas referências de Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia, prestando assistência integral ao usuário/a, sendo referência para população do Estado do Pará, promove o atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, oferecendo consultas e internações em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Clínica Obstétrica, além de ser um hospital de ensino e pesquisa na área da saúde (FHCGV, 2018).

Na Clínica Obstétrica, local de pesquisa deste trabalho, são realizados o acolhimento, entrevista e as orientações de mulheres gestantes ou não, com diagnósticos nas referências descritas acima. Não há uma faixa etária definida para os atendimentos, mas o perfil das mulheres está entre os 13 e 90 anos de idade.

A rotina do/a profissional de serviço social neste espaço está dividida na leitura do livro de ocorrência e nos prontuários, na identificação dos novos usuários/as admitidos na clínica, acolhimentos com as usuárias e os familiares; as orientações são dadas de acordo



com as demandas apresentadas, também é gerado um cartão de acompanhante, o que possibilita a troca por outro familiar e alimentação na instituição (CARVALHO, 2021).

Em entrevista realizada com a Assistente Social que atua na Clínica Obstétrica – Cardiológica da FHCGV, a mesma pontua sobre o seu trabalho e atividades desenvolvidas:

A atuação da Assistente Social tem por objetivo conhecer o perfil socioeconômico e familiar da usuária e identificar questões que possam rebater no processo de tratamento; intervir junto ao usuário e familiar para orientar Tratamento Fora do Domicílio- TFD, articulação com a rede de serviços, Casas de Apoio, CRAS/CREAS, Conselho Tutelar etc.; orientações de benefícios, serviços assistenciais, previdenciários; acompanhamento das altas e emissão de relatórios sociais. (Entrevista com A. S Beija Flor, 2021).

Podemos observar que para a Assistente Social o que circunda o usuário/a na clínica é primordial, através da escuta qualificada e do diálogo em torno das condições objetivas e subjetivas dos sujeitos, a profissional consegue se aproximar da realidade social, além de acompanhar o processo de instituição da saúde/doença. Esse processo de trabalho se alinha aos princípios fundamentais do Código de ética de 1993, na democratização e socialização do acesso às informações, visando além da participação dos usuário/a, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, participando de programas, projetos que defendam os interesses e atendam às necessidades da população (CFESS, 2009).

Dentre as ações da Clínica, há o programa Pré-Natal complementar de Alto Risco. O programa é direcionado para mulheres grávidas, que realizam o pré-natal como forma de prevenir ou diagnosticar precocemente doenças que possam prejudicar a saúde do bebê ou da gestante (FHCGV, 2018). O perfil das mulheres que demandam atendimento é de adolescentes, jovens e adultas com idade entre 13 a 39 anos, muitas reincidentes e diagnosticadas com cardiopatia fetal ou materna; doenças psicológicas ou neurológicas (CARVALHO, 2021).

As usuárias são encaminhadas para o tratamento no hospital e inicialmente são acompanhadas por enfermeiros/as obstétricos/as, pela psicóloga, assistente social e em seguida, ocorre o atendimento com a médica. O pré-natal é um procedimento fundamental para identificar patologias tanto maternas como fetais, e assim, prevenir qualquer doença que possa afetar o bebê e as gestantes.

A profissional de serviço social desenvolve inicialmente uma entrevista estruturada que tem por objetivo analisar o perfil socioeconômico, a família e o contexto em que a usuária se encontra. É importante destacar a utilização dos instrumentais no exercício profissional, uma vez que “os instrumentos estão intimamente relacionados com a profissão” (NORONHA e SANTOS, 2010). Portanto, ao se pensar tais instrumentos, o/a assistente





social leva em consideração suas condições objetivas e subjetivas, a sua finalidade profissional e de sua ação bem como o da instituição, levando em consideração seu projeto ético-político.

O acolhimento é parte integrante no processo interventivo dos/as assistentes sociais dentro do espaço. Dessa forma o/a profissional pode orientar os serviços de saúde, articular sobre os direitos sociais e criar um vínculo nesse processo de internação, no sentido de direcionar as usuárias e a família. As autoras Chupel e Mito (2010) identificam três elementos que facilitam a intervenção do/da profissional: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o/a usuário/a.

Segundo as autoras Alves, do Vale e Camelo (2021, p.366) os/as profissionais do serviço social utilizam a entrevista com dois objetivos: Para conhecer, de forma aprofundada e crítica a realidade da usuária e o outro, conjuntamente com o apoio de um instrumento denominado prontuário social, em que é registrada a informação da usuária atendida, relatando as condições sociais, econômicas, culturais e a relação familiar.

Perguntado sobre a entrevista, a Assistente Social a descreve como:

A entrevista aplicada no acolhimento tem por objetivo conhecer o contexto socioeconômico e familiar das usuárias e seus rebatimentos no processo de tratamento hospitalar. O instrumental utilizado é semiestruturado, o que nos permite complementar as informações mais específicas a partir da observação, da escuta, das perguntas abertas. As particularidades podem ser identificadas no acolhimento ou nos atendimentos subsequentes. (Entrevista com A. S Beija Flor, 2021).

A grande maioria das mulheres atendidas é de municípios distantes da capital que é Belém, algumas de comunidades ribeirinhas, em sua maioria são adolescentes, que possuem pouca informação sobre seus direitos e sexualidade, não tem acesso a consultas ou exames ginecológicos e prevenção da gravidez (CARVALHO, 2021).

Questionada sobre a existência de algum documento institucional que oriente as gestantes sobre os direitos sexuais e reprodutivos, a assistente social diz que:

Especificamente voltado para o tema não; porém, algumas informações estão em folders informativos gerais que tratam acerca das rotinas da instituição, direito ao acompanhante no PPP, entre outros; o tema é trabalhado no contexto da demanda apresentada e o perfil do serviço. (Entrevista com A. S Beija Flor, 2021).

Observa-se na fala de Beija Flor que o debate institucional em torno dos direitos sexuais e reprodutivos é frágil e incipiente, não coaduna com a construção de luta em torno do tema no âmbito do SUS, em especial da saúde das mulheres, uma vez que a mesma afirma que não há um documento na instituição que oriente as gestantes sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos. Para o Serviço Social torna-se um desafio materializar o debate dos direitos reprodutivos no âmbito do SUS, pelo legado histórico, pela coerência



teórica direcionada pelo projeto ético-político, pela riqueza instrumental, pela dimensão pedagógica da profissão e, sobretudo pela indignação com o desmonte e sucateamento de um Sistema de Saúde que previne, trata e recupera a vida de usuários e usuárias neste país.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Verificou-se que ao longo do seu processo histórico, a saúde pública no Brasil teve avanços e retrocessos. Os governos brasileiros privilegiaram a política neoliberal e o desmonte do SUS vem sendo vivido por cada brasileiro/a. A saúde reprodutiva de mulheres, fruto de lutas internacionais e avanços na esfera nacional, apesar dos desmontes do SUS, marca a necessidade de compreensão dos conceitos, diretrizes institucionais e estratégias de implementação.

Este estudo foi fruto de inquietações no que tange a materialização dos direitos reprodutivos, privilegiando através do estágio supervisionado em Serviço Social o registro do cotidiano da profissão ao atender mulheres grávidas em tratamento na Clínica Obstétrica Cardiológica da FHCGV.

O Serviço Social no que pese a este estudo desenvolve com maestria seu exercício profissional, privilegiando a escuta qualificada, as articulações com a equipe técnica e com a rede de serviço setorial e intersetorial, com os encaminhamentos, com as atividades educativas, a mediação de interesses e conflitos entre outras coisas. Há que se desafiar também para encontrar estratégias institucionais capazes de materializar os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres atendidas na FHCGV. É uma tarefa árdua, mas coaduna com a materialização dos princípios do SUS, buscando reduzir os impactos da desigualdade de acesso ao campo dos direitos na vida do usuário/a, reafirmando o legado das lutas de tantas mulheres ao longo da história pelo domínio de seus corpos, pela liberdade de viver sua sexualidade, pelo reconhecimento da autonomia sexual, pela garantia de que o exercício da sexualidade seja livre e desvinculado da reprodução.

A provocação institucional que é construída neste estudo pode servir de base para o processo de aprimoramento do exercício profissional de assistentes sociais, bem como o diálogo com as demais profissões no âmbito do SUS, pois estamos falando de mulheres que fazem pré-natal de risco e que precisam estar amplamente orientadas e amparadas no que concerne aos seus direitos sexuais e reprodutivos. O país enfrenta o desmonte do SUS, uma das políticas públicas de maior acesso para a população brasileira, é preciso conhecimento, ação, princípios e articulação para mudar os rumos deste processo.



## REFERÊNCIAS

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S465-S469, 2003. Suplemento 2.

ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**. 1993; (2): 382-393.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta, Gustavo Correa; Pontes, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. V. 3, P. 29 -60. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/politicas-de-saude-organizacao-e-operacionalizacao-do-sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.623, de 12 de janeiro de 1996**. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CARVALHO, Nathalia. **Diário de campo do estágio supervisionado II**. Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Belém – Pará, 2021.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza; GOMES, Vera Lúcia Batista. **Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 130, p. 447-466, set./dez. 2017.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2009. Disponível em: <http://ww.cfess.org.br>. Acesso em 30 de setembro de 2021.

CHUPEL, C. P.; MIOTO, R. C. T. **Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde**. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 9, n. 2, p. 37–59, 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634882>. Acesso em: 24 maio. 2021.

CNDM – CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. Pequim: **IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Rio de Janeiro: CNDM, FIOCRUZ, 1996.

FERNANDES, Tatiane Campos. **O trabalho da/o assistente social no HCUFTM: demandas sociais e respostas profissionais**. Franca: [s.n.], 2018.

FIGUEIREDO, Maria Clara de Oliveira. Os Desafios da Política de Saúde no Brasil nos anos 2000. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas: O desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação**. Cidade universitária da Universidade Federal do Maranhão. São Luís/ MA. 2013.

FNUAP – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, CNPD – CONSELHO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, setembro de 1994)**. Brasília, s.d.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna**. Disponível em: < <http://www.gasparvianna.pa.gov.br/site> >. Acesso em: 26 de Mar. 2021.

PASCHE, Dário Frederico; RIGHI, Liane Beatriz; THOMÉ, Henrique Inácio et. al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 20(6), 2006.

ROSA, Tatiana, 20 Ed: **Revista CONSENSUS-PEC** n. 241/16 e os impactos no SUS, Saúde em Foco. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/pec-n-24116-e-os-impactos-sus>>, Acesso em 05 de nov. de 2021

SALES, Orcélia Pereira; VIEIRA, Anderson Fernando Barroso; MARTINS, Antonio Marques; GARCIA, Lendro Guimarães; FERREIRA, Ruhena Kelber Abrão. **O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história**. [v. 6 n. 17 \(2019\): Política Social e regressões sociais no Brasil: dilemas e desafios](#).

SANTOS, Claudia; NORONHA, Karine. O estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção do assistente social - uma perspectiva crítica. In. GUERRA, Yolanda e FORTI, Valéria (Org.). **Serviço Social: temas, textos e contextos. Coletânea nova de Serviço Social**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Edição do Autor. UNFPA. Brasília, 2009.