



**CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS – CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL – SER**

LUANA EMÍLIA OLIVEIRA BISPO

CICLO GRAVÍDICO:

ESTUDO DE CASO COM MULHERES QUE FORAM ATENDIDAS NO HOSPITAL
MATERNIDADE LUIZ ARGOLO – SANTO ANTÔNIO DE JESUS

CACHOEIRA -BA
2014

LUANA EMÍLIA OLIVEIRA BISPO

CICLO GRAVÍDICO:

ESTUDO DE CASO COM MULHERES QUE FORAM ATENDIDAS NO HOSPITAL
MATERNIDADE LUIZ ARGOLO – SANTO ANTÔNIO DE JESUS

Projeto de Pesquisa apresentado á
Universidade do Recôncavo da Bahia,
como requisito avaliativo da disciplina
Projeto de Conclusão de Curso I
ministrada pelo Prof^oMs. Francisco
Henrique da Costa Rozendo e como
requisito parcial para a obtenção do grau
de Bacharel em Serviço Social, sob
orientação da Prof^aMs. Márcia Clemente

CACHOEIRA - BA
2014

CICLO GRAVÍDICO:

ESTUDO DE CASO COM MULHERES QUE FORAM ATENDIDAS NO HOSPITAL
MATERNIDADE LUIZ ARGOLO – SANTO ANTÔNIO DE JESUS.

LUANA EMÍLIA OLIVEIRA BISPO

Monografia apresentada ao Colegiado de Serviço Social da Universidade
Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientada por:

—
Prof^ª. Ms^ª. Márcia Clemente

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Aprovada por:

Prof^ª. Dra. Valéria Noronha dos Santos Miranda

(Examinadora interno)

Prof^ª. Ms. Flávia da Silva Clemente

(Examinadora externa)

CACHOEIRA-BAHIA

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois me permitiu caminhar neste processo de aprendizagem. Por ter me iluminado e dado força, saúde para superar todas as dificuldades.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Agradeço a minha mãe Assunção, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço e meu exemplo de força e determinação.

Ao meu pai que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que para mim foi muito importante.

A minha Filha Lis por existir e iluminar meus dias por mais cinzentos que ele esteja, e por me incentivar também a lutar todos dias.

Agradeço também ao meu esposo, Sandro, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem.

Obrigada minha irmã por todo apoio também nos momentos de controvérsias na minha vida, pois me ajudou entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Meus agradecimentos a minha amiga Neia, companheira de trabalho e irmã na amizade, aos meus colegas de sala que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

À minha família desde aqueles mais perto até os distantes que de alguma forma direta e/ou diretamente em pensamentos e/ou ações trouxe boas energias para que eu pudesse caminhar.

A minha supervisora de Campo do estágio Luciana Cardoso que contribuiu de modo expressivo no processo de ensino aprendizagem crítica-reflexiva fundamentada a partir da conexão teoria-prática na minha formação profissional.

Aos professores e funcionários da UFRB pela sua constante disposição, orientação e apoio ao longo destes quatro anos e meio de graduação para que eu pudesse acreditar e confiar mais em meu potencial possibilitando-me à busca contínua de um conhecimento crítico-reflexivo, propositivo e profissional.

Agradecer agora a todos os sujeitos que fizeram parte da minha jornada é empreitada impossível, porque foram muitos os companheiros que diretamente e indiretamente contribuíram e participaram dos desafios e lutas comigo mesmo sem eu saber.

Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

E por fim quero agradecer a minha orientadora Márcia Clemente por ter me orientado neste trabalho, pelo seu encorajamento, pela vontade de querer seguir em frente comigo, pela sua serenidade, fortaleza e competência, a pessoa da qual tenho um imenso respeito e carinho.

“A Maternidade é o processo pelo qual a mulher aprende o comportamento materno e convive com a identidade de mãe, à medida que o vínculo mãe-filho se desenvolve e se consolida. A mulher, uma vez mãe, provavelmente não será mais a mesma, pois ocorre uma transformação, que altera a sua condição, a visão de si mesma, da vida emocional e do lugar que ocupa na família e no mundo. A criança encontra-se totalmente aberta às possibilidades de viver, é um ser que precisa de amor, cuidado, afeto, proteção de todos que a rodeiam. Nesse contexto, a mãe detentora de saberes e práticas assume um papel importante em todo esse processo: o de cuidar e educar. Para tanto, necessita de apoio a fim de que possa assumir esta responsabilidade, uma vez que seus entendimentos e condutas influenciarão ricamente o potencial da criança”.

(Marcon e Tomeleri)

Se eu pudesse deixar algum presente à você, deixaria aceso o sentimento de amar a vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo a fora. Lembraria os erros que foram cometidos para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse o respeito aquilo que é indispensável. Além do pão, o trabalho. Além do trabalho, a ação. E, quando tudo mais faltasse, um segredo: o de buscar no interior de si mesmo a resposta e a força para encontrar a saída.

Mahatma Gandhi

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral pesquisar o nível de conhecimento e esclarecimento da mulher sobre o período gestacional e puerpério acerca dos direitos garantidos as mesmas por lei, e compreendendo o ciclo gravídico das puérperas atendidas no Hospital Maternidade Luiz Argolo em Santo Antônio de Jesus. Para tanto propõe como objetivos específicos, debater as concepções presentes na discussão de gênero, direitos sexuais e reprodutivos e o Serviço social na saúde analisando assim a construção das políticas de saúde no Brasil, dando ênfase especificamente na saúde da mulher. Esta pesquisa trata se de um estudo de caso das puérperas atendidas no Hospital Maternidade Luiz Argolo, no qual é apontada a compreensão das mesmas sobre os seus respectivos direitos. A motivação para realizar o trabalho adveio da minha vivência durante meu período Gravídico – Puerpério e da observação reflexiva da realidade durante o período ao Estágio Obrigatório Supervisionado, momento em que percebi que os serviços de saúde prestados as Mulheres/Gestantes de Santo Antônio de Jesus encontrava – se precárias, onde seus direitos garantidos por lei são constantemente violados, há uma inexistência de ações e deficiência na prestação de esclarecimento a mulher sobre o período gestacional e puerpério. Foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas junto às mulheres a fim de refletir sobre tema, analisando o ciclo gravídico e as circunstâncias onde as mulheres estão inseridas.

Palavras-chave: Puérpera; Direitos as gestantes, Políticas públicas, Serviço Social, Saúde.

ABSTRACT

This work has as main objective to study the level of knowledge and enlightenment of women about prenatal and postpartum about the rights guaranteed them by law, and understanding the cycle of pregnancy in postpartum women Maternity Hospital Luiz Argolo in Santo Antônio de Jesus. For that proposes specific objectives, discuss the concepts present in the discussion of gender, sexual and reproductive rights and social service in health analyze the construction of health policies in Brazil, with emphasis on women's health, and performed a case study in maternity Luiz Argolo along postpartum women, seeking to understand them on their rights. The motivation to do the work because of the experience during my pregnancy - Puerperium and reflective of reality observed during the period to Obligatory Supervised Internship, I realized that health services offered Women / Pregnant from Santo Antônio de Jesus is poor, where their rights guaranteed by law are constantly violated, there is a lack of action and failure to provide clarification on the woman's pregnancy and postpartum. Five semi-structured interviews with women in order to reflect on topic by analyzing the pregnancy cycle and the circumstances in which women are embedded were performed.

Keywords: Postpartum; Rights Pregnant Women, Public Policy, Social Services, Health

LISTAS DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento do SUS

CNS - IV Conferência Nacional de Saúde

ENSP -Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e Fundação Oswaldo Cruz

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

HMLA – Hospital Maternidade Luiz Argolo

HRSAJ – Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

LOS - Lei Orgânica de saúde

PDR – Plano diretor de regionalização da Bahia

PAISM - Programa de Assistência Integral á Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral á Saúde da Mulher

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento Política PNAON -
Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal

SADT – Serviço de Apoio á Diagnose e Terapia

SESAB – Secretaria da saúde do estado da Bahia

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SÚMARIO

INTRODUÇÃO.....	12
1º CAPÍTULO – GÊNERO, GRAVIDEZ E SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	15
1.1. Breves considerações acerca da discussão de gênero.....	16
1.2. Direitos Sexuais e Reprodutivos (gravidez).....	20
1.3. Serviço Social e Saúde.....	24
2º CAPÍTULO – DIREITOS DAS MULHERES Á SAÚDE: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DOS ASPECTOS LEGAIS.....	33
2.1. Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde.....	34
2.2. Política Nacional de Humanização.....	41
2.3. Políticas Públicas de Saúde das Mulheres.....	46
3º CAPÍTULO – PESQUISA DE CAMPO, JUNTO A PUÉRPERAS ATENDIDAS NA MATERNIDADE LUIZ ARGOLO EM SANTO ANTONIO DE JESUS.....	52
3.1. Tipo de Pesquisa.....	53
3.2. Instrumentos de coletas de dados.....	54
3.3. Caracterização do Local da Pesquisa.....	55
3.4. O Serviço Social na Instituição.....	60
3.5. Resultados e Discussões da pesquisa.....	63
3.5.1. Perfil das entrevistadas.....	63
3.5.2. Análise da Pesquisa de Campo.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
APÊNDICE.....	82
ANEXO.....	85

INTRODUÇÃO

O trabalho de conclusão de curso, ora apresentado consiste na realização de uma reflexão acerca do atendimento e acolhimento das gestantes bem como os aspectos negativos e positivos desta experiência vivenciadas por elas, compreendendo o ciclo gravídico das puérperas atendidas no Hospital Maternidade Luiz Argolo em Santo Antônio de Jesus.

Este estudo foi motivado por minha própria experiência vivenciada durante meu período Gravídico – Puerpério momento em que foi possível observar que os serviços de saúde prestados as Mulheres/Gestantes de Santo Antônio de Jesus encontra – se precárias, em que seus direitos garantidos por lei são constantemente violados, tanto nas unidades básica USF – (Unidade de Saúde da Família) para realização de Pré-natal e tanto no Hospital Maternidade para o Parto e Pós – parto.

Constatarei, também, experiências vivenciadas e adquiridas durante o processo do Estágio Supervisionado obrigatório na Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio de Jesus. O Estágio supervisionado é regulamentada pela Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que define como: “um ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo do estudante, integrando o percurso formativo do educando e faz parte do projeto pedagógico do curso”. O Estágio é norteado também pela Política Nacional de estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, a Resolução CEFESS Nº 533/2008 e a Resolução 022/2011 que regulamenta o Estágio Obrigatório do Curso de Graduação em Serviço Social da UFRB.

“O Estágio Supervisionado é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócioinstitucional, objetivando capacitá-lo para o exercício profissional” (RESOLUÇÃO CEFESS Nº 533/2008).

Diante disso percebi durante o estagio que grande parte das mães puérperas demonstravam as insatisfações com realidade vivida, já que esse período a mulher se depara com novas empreitadas e muitos desafios em cuidar de si e do bebê, necessitando de apoio de profissionais capacitados para lhe auxiliarem e

orientarem no sentido de minimizar suas dúvidas, medos e angústias que perpassam neste período.

Apesar dos últimos anos as esferas públicas ter avançando no que diz respeito às políticas públicas direcionadas as mulheres e programas como Assistência Integral á Saúde da Mulher (PAISM) elaborada pelo Ministério da Saúde, rede de assistência humanizada para mulheres que prever ações desde o pré – natal ao nascimento, atenção integral materno/infantil e sistema logístico como Propõe a Rede Cegonha do Ministério da Saúde na Portaria n° 1.459, 24 de junho de 2011 e o Método Canguru Portaria n° 80- de 24 de Fevereiro que parte do princípio da atenção humanizada, no entanto os mesmo não conseguem garantir os serviços de qualidade para a população.

Nesse sentido pretendo pesquisar e analisar o grau de conhecimento e entendimento das Gestantes e Puérpera de Santo Antônio de Jesus, acerca dos serviços prestados a elas e seus direitos que são garantidos por lei, como o atendimento humanizado no período do Pré-natal ao Pós- parto, os direitos trabalhistas entre outros, sem perder de vista o contexto sociocultural que as mulheres estão inserida. Pois entendendo que a promoção saúde da mulher e do bebê tem papel fundamental ativo e saudável, que por sua vez é considerado como um direito de cidadania.

Assim, espero que o meu projeto de pesquisa possa contribuir com esclarecimento a mulher sobre seus direitos no período Gestacional e puerpério, de forma que sejam beneficiados e compartilhados conhecimentos e experiências com os próximos viabilizando melhorias do serviço de saúde. A metodologia utilizada será de pesquisa de cunho qualitativo e Estudo de caso.

As discussões empreendidas no percurso do trabalho se estruturam em três capítulos e teve como ponto de partida a pesquisa bibliográfica e as coletas de dados advieram através das entrevistas.

No primeiro Capítulo “Gênero, Direitos Sexuais e Reprodutivos e Serviço Social e Saúde” tem o intuito descrever as concepções presentes na discussão de gênero, direitos sexuais e reprodutivos e o Serviço social na saúde, visando à importância dos avanços para as mulheres. As conquistas as mulheres como cidadão de direitos na sociedade, oriundos das lutas dos movimentos feministas, que também proporcionou as mesmas o direito de escolher quando ter um filho e ter o acompanhamento adequado aparado pelas bases legais.

No segundo “Direitos das mulheres à saúde: uma discussão a partir dos aspectos legais” nos debruçamos em analisar a construção das políticas de saúde no Brasil, dando ênfase a saúde da mulher. A discussão da importância dessas políticas públicas para mulheres no período gestacional.

Por fim, no capítulo três “Pesquisa com as mulheres atendidas no HMLA” foi realizado um estudo de caso na Maternidade Luiz Argolo, junto à puérperas, visando à compreensão das mesmas sobre os seus direitos.

CAPÍTULO I – GÊNERO, GRAVIDEZ E SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

1.1. Breves considerações acerca da discussão de gênero

Neste capítulo trataremos das concepções acerca da discussão de gênero, direitos sexuais e reprodutivos e da inserção do Serviço Social na política de saúde.

De acordo Costa (2010) os movimentos feministas, do século XIX, surgem no contexto das idéias iluministas e das idéias transformadoras das revoluções francesas e a americana, a priori, com a discussão em torno de demandas de direitos sociais e políticos e posteriormente por lutas pelos direitos civis, o que resultou na mobilização de muitos países da Europa e América.

No século XX, destacamos os movimentos feministas no Brasil que tiveram seu ápice nas décadas de 1960 e 1970 durante o período da ditadura militar no Brasil. É importante ressaltar que este período histórico em que o Brasil vivia, era marcadas pela ausência da democracia, excisão dos direitos constitucionais, perseguições políticas, repressões aos que eram contra o regime militar e censuras. No entanto, caracteriza-se também o escopo do surgimento dos movimentos populares que eram oposição ao governo ditatorial, e abalizado pelas lutas aos direitos sociais, políticos e civis e a redemocratização. Nesse contexto que o movimento feminista se consolida, com a resistência das mulheres a ditadura, evidenciando o protagonismo feminino no Brasil.

Segundo Soares (1994) o movimento feminista nos anos 70 modelou uma nova mulher brasileira, onde as mulheres iniciaram lutas em defesa dos seus direitos e qualidade de vida, realizando manifestações contra as desigualdades de gênero e liberdades sexuais, entre outros.

As lutas feministas no Brasil foram marcadas por diferentes momentos, primeiramente buscavam melhorias das suas necessidades básicas como creches, melhores salários e contra a carestia, esse grupo de mulheres eram principalmente formadas pelas mulheres de periferias e de comunidade da igreja católica. Que segundo Soares:

“Os primeiros grupos feministas criados na década de 1970 nasceram com o compromisso de lutar tanto pela igualdade das mulheres como pela anistia e pela abertura da democracia. Muitas mulheres passaram a dirigir sua atuação, por intermédio de grupos recém-criados, para lutas em bairro e comunidades das periferias urbanas, da igreja católica, em clubes de mães, associações de vizinhança, onde donas de casas e mães se reunião, organizavam-se e mobilizavam-se por questão de cotidiano. (Soares, 1994 pg. 37).

Importante reconhecer que a Declaração da Década da Mulher pela ONU (organizações das nações unidas) em 1975 foi de suma importância para os movimentos feminista, pois impulsionou a visibilidade das disparidades sociais, econômicas e políticas entres homens e mulheres, ou seja, as relações sociais acerca de gênero.

Posteriormente as revoluções feministas se fortaleceram abrindo espaços para novas discussões de gênero baseada nas relações de poder, ou seja, questões construídas socialmente pela herança cultural da autoridade patriarcal e também na participação das mulheres em setores da vida pública, representações como militantes, novos estudos sobre a questão dos direitos reprodutivos, entre outros.

No Entanto SILVA(2000) destaca que nos anos 90 houve uma dispersão dos movimentos feministas, identifica que essas mudanças estão ligadas a fato do grande crescimento de organizações não governamentais, e que nos espaços de discussões foram surgindo novas temáticas e ações relacionado ao feminismo como corpo, saúde e violência, além da interferência do estado nos em fóruns. O mesmo destaca também que o debate feminista está restritos atualmente as academias com as profissionais feminista, e que os espaços mais amplo de debates acerca gênero se tornas as academias em diversos eixos como raça, trabalho, desigualdades sociais, entre outros.

Diante desse breve contexto histórico do movimento feminista acima relatado é notório que essas mobilizações feministas proporcionaram o surgimento de espaços para debates das concepções acerca das relações de gênero. Como Amorim(2011) afirma

“as lutas femininas serviram para que as mulheres tivessem seu espaço na sociedade moderna, ampliando a discussão da relação homem e mulher com a base da reciprocidade, ou seja, para que haja um equilíbrio na convivência sem a submissão do outro”. (AMORIM 2011, p. 4).

Nesse sentido o movimento feminista junto às transformações sociais e políticas proporcionaram modificações em diversos âmbitos na vida das mulheres, seja no âmbito familiar, no mercado trabalho ou na vida política, avançando nas relações entre homem e mulher, visando na não subordinação da mulher e dominação do homem, mas sim como sujeitos de direitos iguais.

O autor Grossi (2000) define que temáticas acerca de gênero determina:

“tudo que é social, cultural e historicamente definida e está constantemente em processo de ressignificação, em virtude das interações concretas entre indivíduos do sexo feminino e masculino. (Amorim 2011, p. 7 Apud).”

Entende – se perante a fala do autor que diante de tudo que se vêm avançando ao longo do tempo a discussão sobre gênero decorre por momentos de contradições sociais e econômicas, devido a tudo que foi construído historicamente, e que nos foi imposto na sociedade culturalmente, provocando desigualdades de gênero e raça. Nesse sentido há uma necessidade de constantes lutas feministas para garantir os direitos das mulheres na sociedade brasileira.

Do mesmo modo a autora Joan Scott feminista, filósofa e historiadora estadunidense, conhecida por introduzir novas perspectivas nas discussões sobre gênero. Ela destaca que gênero compõem as relações sociais entre homens e mulheres e é construída historicamente e socialmente. Na sua publicação *Gênero: Uma Categoria útil para análise histórica*, a feminista descreve e discute três vertentes do conceito de gênero construindo ao longo dos anos. Segundo Scott:

“Os(as) historiadores(as) feministas utilizaram toda uma série de abordagens na análise do gênero, mas estas podem ser resumidas em três posições teóricas. A primeira, um esforço inteiramente feminista que tenta explicar as origens do patriarcado. A segunda se situa no seio de uma tradição marxista e procura um compromisso com as críticas feministas. A terceira, fundamentalmente dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas das relações de objeto, inspira-se nas várias escolas de psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero do sujeito.”(Scott 1995 pg.).

No entanto Joan Scott define suas concepções de gênero junto às teorias do pós- estruturalismo, de acordo com abordagem Siqueira (2008):

“O uso da teoria pós-estruturalista é defendida por Scott, em “Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós-estruturalista” (SCOTT, 2000: 203-204), como sendo a teoria que melhor permite ao feminismo romper o esquema conceitual das velhas tradições filosóficas ocidentais, que têm construído o mundo de maneira hierárquica, em termos de universos masculinos e especificidades femininas.” (SIQUEIRA, 2008- pág.113).

Diante disso a autora destaca a importância de análises de gênero sobre uma perspectiva mais alternativas, mais livres, ou simplesmente regressar ou reafirmar concepções já construídas tradicionalmente a relação homem e mulher.

Entende – se que para autora o estudo de gênero está fincado na construção das relações de poder, baseadas na igualdade e desigualdades sociais, no favorecimento do homem e submissão da mulher, ela utiliza e destaca a concepção de gênero como uma categoria útil para compreensão de como e o porquê essas relações de poder são construídas socialmente nas relações sociais em diversas categorias, como por exemplo na política, no trabalho, na família, ente outros, ou seja uma visão mais ampla da concepção. Joan Scott afirma que:

“A teorização do gênero, entretanto, é desenvolvida em minha segunda preposição: o gênero é a forma primaria de dar significação às relações de poder. Seria melhor dizer: o gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual o poder é articulado. O gênero não é o único campo, mais ele parece ter sido uma forma persistente e recorrente de possibilitar a significação do poder.[...]” (SCOTT, 1990: pg.88).

Para a socióloga brasileira e feminista Heleieth Saffioti o discurso sobre gênero é debruçado em uma abordagem materialista histórica, entendendo que a construção de gênero é concretizado através da dinâmica da relação com outro e não se limita apenas na observação ,na diferenciação do corpo em relação ao outro e sim na totalidade no qual não só a questão corpo está inserida na discussão sobre gênero mais o intelectual,o caráter do eu humano, a emoção, a relação do ser com o outro ser, viabilizando uma discussão além de uma abordagem biológica.

[...] gênero diz respeito às representações do masculino e do feminino, imagens construídas pela sociedade a propósito do masculino e do feminino, estando interrelacionadas.[...] (SAFFIOTI, 2004, p.116).

Partindo se deste pressuposto fica nítido que as relações sociais são perpassadas por contradições e antagonismos tal como a discussão de gênero, portanto inexistente uma neutralidade em discutir a temática em si. Nas leituras debruçadas de Saffioti compreende-se que a mulher é visualizada, na sociedade como um ser dominada-explorada que terá marca da naturalização, do inquestionável, já que fenômeno do sexo é dado pela natureza. E que os espaços de aprendizado, os processos de socialização do qual a mulher está inserida ao longo da história irão ser reforçados os preconceitos e estereótipos dos gêneros como próprios de uma suposição próprio da natureza (feminina e masculina), sustentando sobretudo na determinação biológica.

Tal diferenciação biológica entre homens e mulheres se converte em desigualdade social tomando assim uma aparência de naturalização. A partir disso fica evidenciada a complexidade de se discutir gênero e a impossibilidade de obter uma conceituação unívoca, pois a discussão viabiliza para o movimento biológico mais também um movimento perpassado pelo teor político, social, cultural, econômico e histórico.

Sendo assim cabe ressaltar neste trabalho que Saffioti concorda que as relações de gênero estão imbricadas a relações de poder que hierarquizam homens e mulheres tal como Joan Scott, todavia ela apresenta uma crítica ao trabalho sobre gênero e poder da autora, pois ela expõe que gênero é uma questão bem mais ampla, sendo que conceito de gênero não é suficiente para elucidar a desigualdade profunda que há entre homens e mulheres, nela está entrelaçado também a relação de classe e raça. Discutir as tri categorias mencionadas é mais estratégia para o alcance da mobilização visando assim mudança social e não uma categoria apenas para ser meramente analisada e vista como determinada.

A corrente teórica de Saffioti, denominada como dominação patriarcal de perspectiva feminista e marxista, compreende a violência a mulher como expressão do patriarcado, em que a mulher é vista como sujeito social, autônomo, no entanto, de acordo com a história, ela é vitimada pelo controle social masculino. Todavia, percebe se que o processo de romper com este tal controle deve se partir de uma luta liderada pelas próprias mulheres em questão.

No entanto, é importante ressaltar as críticas que autora realiza sobre as feministas que utilizam os conceitos equivocados, pois as mesmas não vão a fundo os conceitos, principalmente acerca da concepção de patriarcado. Ela identifica como erros de conceito, ou que as autoras feministas não conhecem os autores dos conceitos o suficiente e escrevem o conceito, além de não considera á gênese histórica das relações homem e mulher.

Diante do exposto acredito que as vertentes feministas concretizam a concepção de gênero, partindo das relações de poder entre os aspectos masculino e feminino e acabam reafirmando a desigualdade, marginalização e principalmente a submissão da mulher em várias instancias sociais.

1.2- Direitos sexuais e reprodutivos (gravidez)

Os direitos sexuais e reprodutivos se consolidaram através de movimentos sociais, inicialmente com os movimentos feministas nas décadas de 70 e 80 que lutavam pelos direitos reprodutivos, que iniciou estudos acerca da temática: gênero, evidenciando a importância da desconstrução da maternidade como um dever e sim como um direito de escolha.

Posteriormente com os movimentos “gay e lésbico” que lutavam pela garantia de direitos sexuais motivada também pela epidemia de doenças como HIV/Aids na época. Porém foi nas conferências de Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), que aconteceu no Cairo, Egito em 1994, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, China em 1995, que se firmou os direitos sexuais e reprodutivos, vale ressaltar que estes direitos fazem parte dos direitos humanos são reconhecidos devidamente nas leis internacionais e nacionais, e devem ser garantidos a todo o cidadão.

De acordo com Ventura (2004) define o conceito de direito reprodutivos:

”como um agrupamento de direitos individuais e coletivos sociais que deve interagir com o pleno gozo do direito da reprodução humana, e não apenas a limitação à proteção reprodutiva. Já o conceito de direitos sexuais, ou contrário dos direitos reprodutivos que está consolidado, não é reconhecida na extensão ideal da concepção, devido à marginalização, moralidade, estigma e a cultura do silêncio da sociedade para discussão acerca da sexualidade humana e os direitos sexuais, assim o potencial das ações dos direitos sexuais fica embutido nas ações dos direitos reprodutivos.” (VENTURA, 2001, p.11).

Segundo o Ministério da Saúde os principais direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos são:

Direitos sexuais: direito a viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do parceiro; direito de escolher o parceiro sexual; direito a viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; direito de escolher se quer ou não ter relação sexual; direito de viver a sexualidade independente de estado civil, idade ou condição física; direito de ter relação sexual independente da reprodução; direito de expressar livremente sua orientação sexual; direito a informação e a educação sexual e reprodutiva; direito a sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS, direito aos serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo profissional e atendimento de qualidade e sem discriminação; e os Direitos reprodutivos: direito de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não

ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momentos da sua vida; direito a informação, meios. Métodos e técnicas para não ter filhos e direito a exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

Nessa perspectiva de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos avançados ao longo do tempo, oportunizou aos os indivíduos e principalmente a mulher, em poder optar, por ter ou não ter um filho, uma gravidez desejável, ou torna-se uma figura materna. Que Nunes vem afirmar (2010):

“As mudanças na cultura e a ampliação do horizonte feminino para além da esfera doméstica abriram novas possibilidades subjetivas e expectativas de vida para as mulheres. A entrada das mulheres das camadas média e alta no mercado de trabalho e o advento da pílula anticoncepcional permitiram de forma mais eficaz que elas pudessem decidir se e quando querem ter filhos.” (Nunes, 2010, p.57)

Ressaltamos também que a construção das discussões de gênero e aprovações diretrizes acerca dos direitos para as mulheres ao longo do tempo, como os direitos sexuais e reprodutivos avançados com a organização do SUS, proporcionou melhorias para as mesmas, principalmente em uma fase da vida que requer cuidados e atenção especial que é o momento da maternidade, vale explicitar que a através da legislação foi garantido o direito social a maternidade como salário-família, licença à gestante, assistência gratuita à criança até seis anos de idade em creches e pré-escolas, proteção à maternidade como um direito previdenciário e de assistência social e o acesso universal igualitário às ações e serviços de saúde, especialmente o acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções ou violências.

É importante resgatar que Organização Internacional do trabalho em 1919 regulamentou a proteção à maternidade, as mulheres passaram a ser garantidas no período da gravidez, na medida em que produziu limites no trabalho constituindo um marco importante na história. No Brasil esse garantia de direitos á maternidade foi legitimada no século XX e integrada às leis trabalhistas.

De acordo com (Paim 1998) o processo da gravidez e da maternidade são fenômenos biológicos, que compreende dimensões culturais, históricas, sociais e afetivas.

Já (Correia 1998) define a maternidade como o período de vivências das mulheres que abrangem prestação de cuidados, envolvimento afetivo inscritas num enquadramento sócio histórico, ou seja, são conjuntos de valores e atitudes das mães em relação aos seus filhos e gravidez ela caracteriza como fases de alterações corporais e psicológicas que acontecem desde a concepção ao parto.

Anteriormente a Maternidade, Parturição estava diretamente ligada à ideologia religiosa, que via a mulher como divindade capaz de receber Deus, comparando-a com a semelhança a de Maria de Nazaré como afirma (Wolff 2004).

As práticas de assistências a mulher no período gestacional aconteciam no ambiente domiciliar e familiar, sendo de responsabilidade das mulheres conhecidas como parteiras, essa cultura feminina construída ao longo do tempo pode ser observado até os dias atuais, devido a o número de profissionais do sexo feminino na área de saúde.

Nos dias atuais essas práticas assistências prestadas as gestantes e puérperas acontecem no âmbito hospitalar, em Posto de Saúde da Família, acompanhadas pelos médicos obstétricos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais e outros profissionais da área de saúde.

O momento vivenciado pelas mulheres desde gestação até o parto é marcado por sentimentos intensos, como medos, mitos, anseios, fragilidades, dúvidas, além de causar grandes perspectivas e insegurança da mãe em relação ao filho, segundo Costa:

“A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser vistos com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas mulheres. (Costa , 2013 p.6)

Vale ressaltar que o período puerpério traz muitos anseios a mulher, pois de acordo (Tabaczenski 2009) é quando ocorre todo processo das manifestações dos sentimentos involuntário das mulheres que se mesclam, desde a preocupação com recuperação física das alterações provocadas pela gravidez havidas após um parto e a satisfação pela chegada do filho.

Nesse sentido a atenção especial a saúde das mulheres são de suma importância, regulamentada pelo o Programa de Assistência Integral á Saúde da Mulher – (PAISM) elaborada pelo Ministério da Saúde em 1984, com princípios

norteadores da reforma sanitária, a idéia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Propôs também formas mais simétrica de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas; e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) criada em 2004 que tem por objetivo Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, vale ressaltar que um dos seus objetivos específico, destaca-se a Promoção a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.

A legislação proporcionou grandes avanços no que diz respeito rede de assistência humanizada para mulheres que prever ações desde o pré – natal ao nascimento, atenção integral materno/infantil e sistema logístico como Propõe a Rede Cegonha do Ministério da Saúde na Portaria n° 1.459, 24 de junho de 2011 e o Método Canguru Portaria n° 80- de 24 de Fevereiro que parte do principio da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo afetivo; permite o controle térmico adequado; contribui para redução do risco de infecção hospitalar, entre outros, além de algumas leis como a exemplo a lei de acompanhante de parturientes a lei 11.108 de 7 de abril de 2005 prever presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos Hospitais e Maternidade que acaba trazendo tranquilidades e segurança para as mães.

1.3. Serviço social e Saúde

Para compressão da dinâmica das políticas de saúde no qual o serviço social está inserido, se faz necessário repassarmos pela sua trajetória, posicionamento político para o enfrentamento dos desafios, garantias de direitos das mulheres e a efetivação das políticas voltadas para as mesmas.

O Serviço Social passou por transformações significativas desde o seu surgimento em meados do século XIX, onde a sua prática profissional estava diretamente ligada a caridade e a filantropia, sendo as damas de caridade da igreja católica e as mulheres ricas da alta sociedade seus primeiros agentes de execução, que se preocupavam com as classes necessitadas e os problemas sociais, procurando atender aos interesses de uma burguesia industrial recém chegada ao poder. Assim Martinelli destaca que o serviço Social surgiu:

“[...] no cenário histórico os primeiros assistentes sociais, como agentes executores da prática da assistência social, atividade que se profissionalizou sob a denominação de “Serviço Social”, acentuando seu caráter de prática de prestação de Serviços.

A origem do serviço Social como profissão tem, pois, a marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis que ele estão subjacentes – alienação, contradição, antagonismo -, pois foi nesse vasto caudal que ele foi engendrado.” (Martinelli, 2009, p.66)

O surgimento das primeiras escolas de Serviço Social se dá em um contexto histórico altamente conflituoso. A revolução industrial trouxe consigo uma nova configuração social e do trabalho, suas transformações e consequências acarretaram o agravamento da “questão social”, por conta da consolidação e expansão do capitalismo em todo o mundo.

Assim mediante as mudanças de um cenário capitalista em que estava entrelaçada a política, o Serviço Social perdeu o caráter voluntário, para construir uma prática profissional, de nível universitário, inserida na divisão social do trabalho.

Dois momentos históricos são de fundamental importância para se compreender a expansão do funcionamento dessas escolas. A I e a II Guerra Mundial:

“Relacionando-se, não casualmente, na sua origem, com o agravamento da “questão social” dos países que as abrigavam, o surgimento das escolas não pode ser dissociado de um contexto político e histórico mais amplo. Sua trajetória se deu em meio a um complexo quadro social em que se combinavam questões políticas, ambições colonialistas de países poderosos e corrida armamentista internacional, variáveis complementadas

todas pelo processo de consolidação e expansão do capitalismo em escala mundial” (Martinelli, 2009, p.108)

Diante desse grave contexto social, a burguesia se vê diante da nascente classe operária, que começa a se conscientizar de sua real condição de explorado, e passavam a reivindicar por melhores condições de vida. Com isso Mary Richmond, buscou a sistematização do ensino do Serviço Social e sua respectiva profissionalização e institucionalização.

A partir do momento que o Serviço Social passa por essa reformulação e adquire novas características, outro tipo de profissional está sendo formado em meados das décadas de 1960, surge no Brasil o movimento de reconceitualização que de acordo com Netto se configura:

“ De fato, os vetores erosivos que, no Serviço Social, operavam contra o tradicionalismo desde o fim da década de cinquenta sinalizavam que a profissão começava a ser permeada por rebatimentos das lutas sociais que apontavam para a problematização do conservadorismo que, inscrito já na sua implantação como prática institucionalizada no país (a partir de meados dos anos 30), parecia constituir o seu caráter congênito e imutável. Contextualizado no curso da democratização da sociedade e do Estado brasileiros, que na entrada dos anos sessenta registrou uma precipitação no seu ritmo, o Serviço Social – de forma visível, pela primeira vez – vulnerabilizava-se a vontades sociais (de classe) que indicavam a criação, no marco profissional, de núcleos capazes de intervir no sentido de vinculá-lo a projeções societárias pertinentes às classes exploradas e subalternas” (NETTO, 2008, p. 256)

No Brasil esse reconhecimento se dá como o processo de renovação do serviço ocorreu em meio à crise do serviço social tradicional que levou a três momentos dentro da profissão. O primeiro instante se deu na segunda metade dos anos 60; com a “perspectiva Modernizadora” que buscou adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserida no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós-64; auge de sua formulação: textos dos seminários de Araxá e Teresópolis.

Com a segunda metade dos anos 70 com a renovação compatível com o segmento do Serviço Social mais impermeável às mudanças da “Perspectiva de Reatualização do Conservadorismo” que buscou recuperar a herança histórica e conservadora da profissão e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se aclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de

raiz marxiana. Intervenção microscópica, visão de mundo derivada do pensamento católico tradicional. Utiliza-se da fenomenologia; beneficia-se de um acúmulo de expectativas, referentes ao exercício do Serviço Social fundado no circuito da ajuda psicossocial.

E com a abertura da terceira direção dos anos 80, a perspectiva que se propõe como “Intenção de Ruptura” com o Serviço Social tradicional. Crítica sistemática ao desempenho tradicional e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Resgate crítico de tendências que supunham rupturas político-sociais de porte para adequar as respostas profissionais às demandas estruturais do desenvolvimento brasileiro. Recorre progressivamente à tradição marxista e revela as dificuldades da sua afirmação no marco sociopolítico da autocracia burguesa. Assim Netto entende esse momento da profissão como:

“Entendemos por renovação o conjunto de características novas que, no marco das constrictões da autocracia burguesa, O serviço Social articulou, á base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão ás teorias e disciplinas sociais. (NETTO, 2011, p.131)”.

No que concerne a proposta de Intenção de ruptura do Serviço Social seu objetivo é romper com as práticas tradicionais do Serviço Social, que estavam vinculadas ao interesse da classe dominante, esta proposta discute a oposição ao tradicionalismo do Serviço Social, e sua intenção é romper com o passado conversador da profissão.

Posteriormente o Serviço Social passou novas transformações que diretamente ligadas com o desenvolvimento das profissões e suas modificações influenciadas pelo neoliberalismo e a mundialização.

Com o processo de mundialização e suas novas estruturas de economia mundial, que financiam diretamente a produção e reprodução, e hegemonia do capitalismo, que foi meramente construído e favorecido pelo processo de globalização, trouxe consigo novas conjunturas nas formas de emprego assalariado, da força de trabalho e no mercado de trabalho e ainda modelo legitimador de política e exequível da econômica e social, além do modo de produção capitalista se

constitui como um sistema dominador que intensifica cada vez mais suas relações de poder.

Diante desse contexto de transformações da esfera do capital econômico, ocorreu uma contra reforma do Estado que foi norteada pelos princípios neoliberais, cujo suas perspectivas prever a privatização, focalização, descentralização e redução de gastos, além de proposta de Estado mínimo. Nessa configuração que definiu um novo papel do Estado, um Estado Flexível de liberalização e desregulamentação, para atender as necessidades do capital, através de intervenção estatal, acaba penalizando a classe trabalhadora.

[...] novo momento de expansão capitalista altera a demanda de trabalho do assistente social, modifica o mercado de trabalho, altera os processos e as condições de trabalho nos quais os assistentes sociais ingressam enquanto profissionais assalariados. As relações de trabalho tendem a ser desregulamentadas e flexibilizadas. Verifica-se uma ampla alteração dos recursos institucionais para acionar a defesa dos direitos e dos meios de acessá-los. Enfim, tem-se redirecionamento das condições do exercício profissional que ele se efetiva pela mediação do trabalho assalariado. (IAMAMOTO, 2004, p. 16).

É notório os impactos causados pela mundialização, essas colisões acarretaram grandes transformações a sociedade, como a desigualdade sociais, inseguranças sociais, aumento de violência e principalmente uma nova dinâmica da orbe do trabalho, ocasionando uma fragmentação, simplificação, precariedade , terceirização do trabalho, desempregos estruturais, o aumento de formas antigas de trabalho e uma quebra da classe trabalhadora.

[...] O predomínio do capital fetiche conduz à banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da questão social na era das finanças. [...] Condensa a banalização do humano que atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho social e – dos sujeitos que o realizam na – era do capital fetiche. (IAMAMOTO, 2011, p.125)

Nessa disparidade do quadro social, fica evidente que a classe trabalhadora e o profissional de serviço social no seu espaço de atuação encontra desafios e dificuldades oriundos da relação capital e trabalho, pode-se sinalizar alguns desses obstáculos como exemplo: a base de sustentação funcional e ocupacional, a grande precarização do trabalho no que se refere à diversificação e flexibilização de contratos, os espaços de trabalho precários como nas esferas estatais , implica na

dificuldade de defender nos princípios que aprendemos na formação acadêmica da profissão, uma redução da materialidade do exercício profissional com o possível aumento da função sócio política da profissão, mercadorização das políticas públicas. Enfim todos esses aspectos negativos acarreta segundo Braz e Vinagre, (2003, p,03) que o profissional do Serviço Social dentro da dinâmica neoliberais existente, encontrará dificuldades para desenvolver o seu exercício profissional de qualidade fundamentados no código de Ética profissional do Serviço Social, os mesmo está alicerçados nos princípios de :

- I - Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II - Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III - Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV - Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V - Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI - Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII - Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII - Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero;
- IX - Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- X - Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI - Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

Nesse sentido que o projeto ético-político profissional do serviço social representa uma resignificação da profissão, numa renovação do ethos profissional e direção social crítico. Esse projeto foi legitimada na Lei de Regulamentação da Profissão no código de ética aprovado em 1993 e nas Diretrizes Curriculares vigentes que comumente instrumentalizam a categoria profissional, frente aos novos embates e novos desafios da conjuntura nacional da década de 1990 que foi marcada por profundas mudanças associadas à crise do capital iniciada na década

de 1970 que teve como resposta o advento do neoliberalismo, com a intervenção mínima do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal. Nesse sentido, esses princípios não reproduzem a ordem estabelecida, uma vez que enfatizam a capacidade crítica e transformadora da profissão e que constitui um valioso instrumento de apoio e orientação para os assistentes sociais. Braz (2004) relata que:

“um conjunto de valores e concepções ético- políticas por meio das quais setores significativos da categoria dos assistentes sociais se expressam, tornando-o representativo e, por vezes, hegemônico, isto é, quando democraticamente detém e direciona os espaços fundamentais da profissão no Brasil. (...) Nosso projeto profissional está nitidamente vinculado a um projeto de transformação da ordem social, sem se confundir e/ ou se diluir nele. Suas acepções e valores o vinculam a projeções sócio- históricas que vislumbram a ruptura com a ordem social vigente.” (BRAZ, 2004,p.56 / 57)

No Serviço Social, o projeto ético-político se orienta por valores opostos, por uma nova forma de sociabilidade mais justa e menos desigual, em que não haja exploração e subjugação, que tenha respeito á diversidade e o conjunto dos sujeitos independentemente de etnia, sexo, faixa etária, orientação sexual, sejam reconhecidos e valorizados e para que tenham acesso aos bens materiais e simbólicos produzidos socialmente.

Diante do exposto para materializar o projeto-ético político é preciso que os assistentes sociais devam viabilizar o direito do usuário na perspectiva do direito e não do mercado. É preciso que os profissionais conheçam criticamente a realidade social na sua macrodimensão, estabeleça as mediações necessárias para identificar tais determinações na sua realidade de intervenção. Agir politicamente, definir as estratégias, fazer análise das forças políticas presente na instituição de trabalho. Conhecer quais sujeitos opera naquela realidade e responder as demandas burocráticas na lógica dos direitos, isto implica na formulação de estratégias que possibilitem a denúncia de violações uma vez que o conhecimento possibilita identificar tais violações. É importante também sistematizar e socializar experiência de intervenção profissional formuladas na perspectiva de transformação social.

A prática do Serviço social na área de saúde teve abertura para atuação do profissional a partir da Constituição de 1988 a Política de Assistência Social que passou a ser tratada como política pública e houveram investimentos destinados às políticas sociais, com determinação da responsabilidade do Estado em função da necessidade de proteção social dos cidadãos, a exemplo, da instituição da

Seguridade Social como sistema básico de proteção social integrando-se às políticas de assistência, seguro social e saúde. Além do surgimento do Movimento da Reforma Sanitária deu a saúde um novo conceito que foi incorporado pela constituição de 1988, “a qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provida pelo SUS” (BRASIL, 1988, art. 194). Inseridos no Sistema Único de Saúde - SUS, os assistentes sociais têm como prioridade garantir tanto a equidade quanto o acesso às políticas sociais e a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde.

Porém importante ressaltar que atuação do profissional na área de saúde se depara com varias inquietações, pois segundo Vasconcelos (2001) vem seguindo uma lógica de organização de trabalho e ações estratégicas, como exemplo, os plantões e programa, restringindo atuação e a postura dos profissionais, se submetendo aos limites institucionais posto ao profissional de Serviço Social, atrelando a uma dinâmica interna da unidade de saúde. Nesse sentido ela afirma que:

“(...) a prática da maioria dos assistentes sociais não se remete ao projeto hegemônico, mas está hipotecada aos condicionantes político-institucionais que limitam suas escolhas. Se por um lado, a atenção prestada pelos assistentes sociais, em grande parte, permite aos usuários sentirem-se respeitados, apoiados, contando no interior das instituições com um lugar para aliviar suas tensões, em longo prazo estas ações, como um fim em si mesmo, acabam por contribuir para que os mesmos sejam impedidos de utilizar estes espaços na sua mobilização, organização e acesso a informações necessárias para preservar, ampliar e realizar seus direitos.” (Vasconcelos, 2001 – pg. 12)

O CFESS dispõe parâmetros para atuação e intervenção dos assistentes sociais na área de saúde, e elenca aspectos importantes para uma atuação competente e critica do profissional, como: “estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de

Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; 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; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados”.(CFESS – 2010, p-30-31).

Sendo assim, Segundo IAMAMOTTO (2008) o Serviço Social no Brasil encontra-se em numerosos desafios, oriundos da relação capital trabalho que põem questões da relação do projeto ético político profissional, o assalariado e a divisão do trabalho. Estes desafios impostos propõem que é fundamental o profissional do Serviço Social fazer uma boa análise de conjuntura; apossar-se e conhecer criticamente a realidade social; instituir possibilidades para medição necessária, a fim de identificar o problema e estabelecer a intervenção necessária; introduzir a pesquisa como elemento técnico inerente a sua prática profissional; apropriar-se de dados, arcabouços, informações e indicadores sociais, que os possibilitem identificar as particularidades das expressões das questões sociais e sua reprodução.

O profissional necessita também ter aptidão para analisar e identificar as correlações de forças presentes no campo da intervenção; ter atenção com os fenômenos sociais emergentes e incorporar novas demandas sociais; além da relação de defesa dos direitos sociais precisa formular e implementar estratégias para garantir as políticas sociais, formular também estratégias que possibilitem denúncias de violação; capacitar – se para ampliar as funções estatais no que diz respeito aos desenhos de política social, sistematizar as experiências e socializar com a população a intervenção profissional sistematizada na transformação social.

**CAPÍTULO II – DIREITOS DAS MULHERES À SAÚDE: UMA DISCUSSÃO A
PARTIR DOS ASPECTOS LEGAIS**

2.1 – Reforma sanitária/SUS

Neste segundo capítulo será realizada uma análise acerca da construção das políticas de saúde no Brasil, dando ênfase a saúde da mulher, e visando a compreensão dos direitos no período gravídico das mesmas.

O primeiro marco da construção da política de saúde no Brasil se deu com o processo de revisão e discussão acerca integralidade, descentralização e a universalização da saúde pública, sendo incorporado na década de 1970 por um pequeno grupo de líderes do setor da saúde e intelectuais da época representantes do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), cujo intuito era de recuperar a saúde pública no Brasil que vivia um ambiente de conjuntura da ditadura militar e de crises previdenciárias, este movimento social ficou conhecido como movimento reforma sanitária. Ribeiro (2007), sobre este período nos informa:

“o período que se inicia no dia 31 de março de 1964, com o golpe militar que derrubou o presidente João Goulart, e só termina com a abertura política conquistada em 1985. Nesses 21 anos de ditadura, mais de 400 pessoas foram assassinadas, morreram nas sessões de tortura ou desapareceram nas mãos dos órgãos repressores do Estado. Foram 25 mil presos políticos e cerca de 10 mil exilados”. (2007, p.09)

O Movimento social da saúde foi iniciado em um momento histórico intrincado, no qual a população brasileira passava por negações de direitos, principalmente o direito a saúde, desigualdades sociais, condições de vidas insalubres e a inexistência de saneamento básico. No meado dos anos 1980 houve intensas manifestações sociais no Brasil em busca da democratização e garantia de direitos à cidadania, nesse contexto de lutas sociais, o movimento da reforma sanitária se consolida, e torna – se uma grande referência para saúde pública brasileira. O projeto da reforma sanitária foi estabelecido na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 por profissionais da área de saúde, gestores públicos e da sociedade civil organizada onde foram discutidas estratégias de um novo modelo de proteção social destinada à garantia dos direitos à saúde para cidadão brasileiro, sendo assim a “saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2002 P.8).

Segundo a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP e Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ foi a partir da conferência nacional de saúde que o movimento sanitário se concretizou e apresentou proposições concretas :

A primeira delas, informa que a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas afirma que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira colabora argumento, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde. ”¹

Nesse sentido as discussões realizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde foram de suma importância, pois proporcionou uma reflexão e formulação de alguns princípios para a implantação do sistema único de saúde, estabeleceu também a saúde como direito do cidadão e dever do estado, e o seu relatório final auxiliou a construção dos artigos da constituição brasileira de 1988 relacionado à área de saúde.

A partir da Constituição de 1988 a política de saúde passa a ser tratada como política pública. Apresentada da seguinte forma na constituição:

Seção II

DA SAÚDE

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e a acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física e jurídica.

¹¹(Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>>. Acesso em: 7 de outubro de 2014).

Art.198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizando de acordo com as seguinte diretrizes

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

II – Atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências;

III – Participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Desse modo as políticas de saúde com novos arranjos houveram investimentos destinados para as mesmas, com determinação da responsabilidade do Estado a função de suprir a necessidade de proteção social aos cidadãos pautadas na instituição da Seguridade Social como sistema básico de proteção social integrando-se às políticas de assistência, seguro social e saúde que foi uma das principais conquistas da constituição federal brasileira, e segundo Mota a consecução da proteção social é resultado de lutas históricas dos travadas pelos cidadãos brasileiros, como a mesma afirma que as políticas de seguridade social:

“são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato” (MOTA, 2006,p.1”).

A política de saúde dispõe também de uma gestão participativa e com fontes definitivas e diversificadas de recurso para seu financiamento. Configura-se na consideração do Estado em prestar os serviços de forma universalizada, garantindo o acesso aos direitos como determina a constituição que assegura os direitos sociais “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.” (BRASIL, 1988).

Vale ressaltar que antes da implantação do sistema único da saúde no Brasil, antecederam outros programas de descentralização e unificação do sistema para garantia de acesso universal da saúde como a exemplo, as Ações Integradas de saúde - AIS² e os Sistemas Unificados e Descentralizados da Saúde - SUDS³.

² “As AIS transformaram-se um eixo fundamental de política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática a partir de 1985, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde. (NORONHA;LEVCOVITZ,1994,p.85).

O Sistema Único de Saúde – SUS é um importante modelo de avanço da política pública no Brasil, a criação de suas diretrizes intercorreu na constituição de 1988 alicerçados no artigo 196 que estabelece a saúde como direitos de todos e dever do estado e o artigo 198 que define o SUS como um sistema único que desenvolve ações e serviços públicos de saúde agregados a uma rede regionalizada e hierarquizada. Posteriormente nos anos de 1990 foi elaborada a Política Nacional de Saúde com definição de bases e diretrizes para uma nova política de saúde consolidada na lei - lei n.º 8.080/1990 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

A lei nº8.080 definiu no seu capítulo II artigo 7 os princípios do sistema único de saúde, que são universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Deliberaram também em seus artigos os objetivos, organização, direção de gestão, e competências e atribuições de cada instância do poder público e é de

³ “Em 20 de julho de 1987, através do decreto 94.657, o presidente da república cria os sistemas unificados e descentralizados de saúde – SUDS,” com o objetivo de contribuir para consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS...”(NORONHA;LEVCOVITZ,1994,p.87).

suma importância ressaltar os componentes em comum entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, que são as atribuições de definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais; organizar e coordenar o sistema de informação de saúde; elaborar as normas técnicas e estabelecer os padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; elaborar as normas técnicas e estabelecer os padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; participar de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; elaborar e atualizar periódica do plano de saúde; participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; elaborar a proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde, de conformidade com o plano de saúde; elaborar de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; realizar operações externas de natureza financeira de interesse da saúde autorizada pelo Senado Federal; atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente; elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde; promover a articulação da política e dos planos de saúde; realizar pesquisas e estudos na área de saúde; definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Todas as competências descritas, acima, e estabelecidas pela lei n° 8.080 estão em consonância com o artigo 198 da constituição federal de 1988 que prever

ações e serviços regionalizados e hierarquizados como já foi supramencionada no texto.

Posteriormente o decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011 complementou e alinhou a lei nº 8.080 dispondo o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação instancias municipais, estaduais e federais na organização do SUS. Passando, então, a determinar a importância das seguintes disposições: a região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde dentro da atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar; Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmada entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde; Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS; Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS; Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema; Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que em razão de algum agravo ou de situação labora necessita de atendimento especial; e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado com os medicamentos e demais produtos apropriados; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle

clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Outra Lei complementar importante da Lei Orgânica de saúde - SUS é a 8.142/1990 que define o estabelecimento das regras para a realização das conferências de saúde, com a função de estabelecer diretrizes gerais para a política de saúde; regulamentar os conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais, definido o caráter permanente e deliberativo desses fóruns, a representação paritária e o papel de formulador e controlador da execução da política de saúde; definindo as regras de repasse dos recursos financeiros da União para os estados e municípios, que deveriam ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão e contrapartida de recursos do respectivo orçamento.

Diante de todos os avanços supramencionados acerca proteção social e seguridade sociais concebidos a sociedade brasileira, existe um paradoxo entre o modelo idealizado nos seus decretos e leis que estão longe da realidade vivida atualmente nas áreas de direitos sociais. Sendo assim Nogueira e Mioto afirmam:

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS. (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p.1).

Nesse sentido o SUS atravessa dificuldades no acesso e na utilização dos serviços que não estão em consonância com as leis estabelecidas. Dentre as dificuldades encontradas para o avanço do SUS como política pública pode –se elencar o acesso dos cidadãos de forma universal garantindo a integralidade equidade e universalidade, ou seja, baseada nos seus princípios, os deficientes atendimentos prestados que acabam não dando resolutividade aos problemas do paciente; precárias condições de trabalho e despreparos dos profissionais da área de saúde; Bravo (2006) destaca também que “a saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando – se parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise” (BRAVO, p.112), ou seja, a desresponsabilização do Estado frente às questões sociais e descumprimentos dos aparatos constitucionais e legais, entre os outros dilemas que se tornaram desafios na implantação do SUS.As

autoras Soplete e Biscarde(2013) vêm destacando também algumas barreiras de acesso aos serviços do sistema único de saúde, afirmando a existência:

“Barreiras geográficas – resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários e utilização dos serviços, influenciados pela distância e custos de deslocamento (tempo e recursos financeiros); barreiras financeiras - existência de relação negativa entre elevação nos preços dos serviços e a sua utilização, aumentando as desigualdades sociais no acesso aos serviços; barreiras organizacionais – organização dos serviços, tipo e qualidade de recursos humanos e tecnológicos que facilitam ou limitam sua utilização tais como horário de funcionamento, tempo de espera, acolhimento, qualidade técnica, tipo de profissional disponível; barreiras de informação – impacta tanto na percepção de saúde quanto no seu acesso aos serviços e resulta de ações desenvolvidas no setor saúde mais o capital cultural das famílias, escolaridade e acesso aos meios de informação”. (SOPOLETE; BISCARDE, 2013, p.140-142).

No entanto o Ministério da Saúde vem elaborando novas estratégias e programas a fim de melhorar amplamente os acessos ao Sistema Único de Saúde – SUS, como Pacto pela vida; Pacto pela saúde⁴, Política Nacional de Atenção Básica - PNAB⁵, Política Nacional de Promoção à saúde - PNPS⁶, Criação de núcleos de apoio á saúde das famílias- NASF⁷, Unidades de Pronto-Atendimento – UPAS⁸ e o importante Política Nacional de Humanização – PNH⁹, entre outros programas e políticas de saúde que norteiam o SUS. Diante disso se faz necessário técnicas de sustentabilidade operacional do SUS, já que possui amplitude nas bases legais normativas positivas dos serviços, desse modo é primordial a sua efetivação para garantir ao cidadão seus direitos, já que o SUS é uma conquista de lutas e movimentos populares.

2.2 – Política nacional de humanização

Dentro das linhas de discussões do Sistema Único de Saúde – SUS, o modelo de gestão e de atenção das práticas de saúde encontra - se cercados de

⁴Portaria n° 399/gm de 22 de Fevereiro de 2006.

⁵ Portaria n° 2488 de 24 de Outubro de 2011.

⁶Portaria n° 687/GM/MS, de 30 de março de 2006.

⁷ Portaria n° 154, de 24 d janeiro de 2008.

⁸Portaria n° 342/GM/MS, de 4 de março de 2013.

desafios permanentes enfrentados pelo sistema, que segundo o Ministério da saúde está fragilizado por causa:

“fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado. O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde”. (BRASIL, 2004, p.5).

Nesse contexto, surgem debates acerca da necessidade de inserir uma política de humanização na área de saúde com intuito de realizar mudanças das condições de trabalho e atendimento, melhoria nas práticas de atenção e gestão de saúde, tendo como princípios a transversalidade e indissociabilidade entre as mesmas, ou seja, executar ações na relação usuário e profissionais, unidade e serviços prestados, proporcionando uma saúde digna a todos os cidadãos, com profissionais éticos que lutam em defesa da vida.

O conceito de humanização no dicionário é o ato ou efeito de humanizar¹⁰, que por sua vez é torna –se mais humano, agradável, compadecer–se, ou seja, desumanizar. Na perspectiva discutida no âmbito da saúde e na amplitude da importância da política de humanização os autores Benevides e Passos (2005) define o conceito de humanizar como:

“O conceito, tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.” (BENEVIDES E PASSOS, 2005, p.391)

¹⁰ Disponível em <<http://www.dicionariodoaurelio.com/humanizar>> acesso : 10 de outubro de 14.

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização – PNH pela a secretaria executiva do Ministério de Saúde que adotou princípios (BRASIL, 2004) ampliação da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e incentivando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização; comprometimento com os processos de produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; e a utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

É importante entender que o processo de humanização do SUS se iniciou em 2002 na IV Conferência Nacional de Saúde – CNS que propôs a discussão do tema “Acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde com controle social”, em seguida foi implementada o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar - PNHAH¹¹ com objetivos de incluir praticas de humanização na rede hospitalar pública brasileira visando à melhoria e eficácia no atendimento do usuário, capacitando profissionais a fim de fortalecer ações humanizadas beneficiando o usuário e o profissional da área saúde. Outras ações além do PNHAH foram propostas o Programa Acreditação Hospitalar¹² em 2001; Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento PHPN¹³ em 2000; Normas de Atenção Humanizada de Recém- Nascido de baixo peso – Método Canguru¹⁴ de 2000; entre outros programas na dimensão de ações humanizadas.

A implementação do humanizaSUS, propõe a consolidação e efetivação do sistema através de quatro marcas específicas como a redução das filas e a ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo alocado a critérios de atendimento de risco; direito de conhecer os profissionais que está atendendo, é de responsabilidade do prestador de serviços de saúde se responsabilizar pela referência territorial, assim como o usuário tem o direito também de conhecer o

¹¹ Portaria GM/MS nº 881, de 19 de junho de 2001.

¹² Portaria n.º 1.970/GM, de 25 de outubro de 2001.

¹³ Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000.

¹⁴ Portaria nº 693 de 05 de julho 2000.

código de usuário do SUS e ter acesso as informações que devem ser de responsabilidade do prestador de serviços de saúde; garantia gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores. A PNH estabelece também eixos norteadores para atuação com a finalidade de obter resultados para sociedade apropriasse da mesma forma. Os eixos estratégicos da PNH (BRASIL, 2004) são:

- SUS - a PNH faz parte dos planos estaduais e municipais dos governos, aprovados pelos gestores e pelos conselhos de saúde correspondentes.
- Gestão do trabalho – estabelece a promoção de ações que endosse a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e reconhecendo seu crescimento profissional e o compromisso com a produção de saúde;
- Educação permanente – instituir que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições formadoras.
- Informação/comunicação– recomenda-se que por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão no debate da saúde, visando à ampliação do domínio social sobre a PNH.
- Atenção – apresenta-se uma política para estimular o protagonismo dos sujeitos, a democratização da gestão dos serviços e a ampliação da atenção integral à saúde, alavancando a intra e a intersetorialidade de responsabilidade sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores.
- Financiamento - indica – se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante adesão, com compromisso, dos gestores à PNH.
- Gestão da PNH propõe-se a pactuação nas esferas intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da Humanização.

As diretrizes pautadas na Política Nacional de Humanização designam estratégias em diferentes níveis de atenção, a atenção básica, na Urgência e Emergência, nos pronto-socorro, nos pronto-atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e outros; Atenção Especializada; Na Atenção Hospitalar que propõe dois níveis A E B.

Nesse sentido as ações para as praticas humanizadas na saúde foi um marco para alusão do grande avanço para a tentativa da efetivação do que se propõe o SUS, pois está em consonância com as garantias de direitos do usuário em amplo sentido, mas principalmente no sentido de reconhecer o outro como cidadão, que merece atendimento e acolhimento nesses espaços dignos, do modo que concilie a melhoria do trabalho dos profissionais de saúde, resultando conseqüentemente uma relação recíproca entre profissionais e usuários. No entanto PNH enfrenta desafios e dilemas oriundos do próprio Sistema Único de Saúde como financeiros, éticos, políticos e organizacionais oriundos da máquina estatal. Desse modo Alcântara e Vieira (2013) descreve que:

É importante frisar, no entanto, que a PNH só terá seus dispositivos realmente efetivados uma vez que consiga agregar a teoria à prática, o conhecimento à transformação da realidade. As práticas em saúde devem ser contextualizadas enquanto alternativas reais em construção. Transformar a atuação na saúde impõe o desvelamento de um todo fragmentado, marcado pela lógica da especificidade das categorias profissionais. (ALCÂNTARA E VIEIRA, 2013,p. 345).

Desse modo se faz necessário o exercício reflexivo e critico continuo acerca da sua implantação e implementação dos seus dispositivos diante na orbitada dinâmica do SUS. Percebi durante a vivencia do estágio a necessidade da implementação da Política de Humanização do SUS no Hospital Maternidade e a importância do assistente social para a efetivação da PNH, já que o profissional é interlocutora dos usuários, atendem as necessidades, reclamações dos usuários a respeito dos serviços prestando orientações quanto aos seus direitos, democratizando as informações organizar também ações interdisciplinares com os outros profissionais de saúde, criando um espaço para discussão e compreensão do conceito de Humanização, defendendo a promoção da PNH, essas são alternativas muitas vezes eram observadas por mim no campo de estagio, evidenciando a importância da participação do profissional de serviço social.

A vivência de estagio contribuiu de modo expressivo no processo de ensino aprendizagem, pois além de permitir a articulação da teoria com a prática, possibilitou um contato mais aprofundado com a realidade do Sistema Único de Saúde da cidade de Santo Antônio de Jesus, proporcionando uma análise mais crítica-reflexiva fundamentada a partir da conexão teoria- prática e o desafio de atrelar estes dois eixos em uma unidade, sem perder de vista os princípios do código de ética profissional.

2.3 – Políticas públicas para mulheres

O movimento feminista tornou – se uma referência para ascensão nas discussões de gênero, relações sociais e a defesa, ampliação e garantia de direitos as mulheres na perspectiva democráticas na dimensão de cidadania, sendo assim Pedro e Guedes consideram que os movimentos feministas junto à discussão de gênero “mostram a importância da atuação desse movimento no que, tange ao protagonismo dos sujeitos sociais” (PEDRO, GUEDES, 2010, p.80), ou seja, as relevantes conquistas e acentuado protagonismo feminino.

Dessa maneira surge o primeiro Programa de Assistência Integral á Saúde da mulher – PAISM em 1984elaborada pelo Ministério da Saúde, com princípios norteadores da reforma sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Propôs também formas mais simétrica de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas, estabeleceu também educativas, preventivas, de diagnósticos, e de recuperação, suas principais estratégias eram pautadas na integralidade e equidade na atenção a saúde da mulher.

Esse primeiro programa de assistência à mulher marcou uma ruptura conceitual de protótipos materno-infantil que segundo o Ministério de Saúde:

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde 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. (BRASIL, 2004, p.15).

A partir desse ponto de vista que foram incorporados os ideários feministas desvinculando a saúde da mulher apenas com a materno-infantil, introduzindo aspectos significativos para atenção á saúde integral, e o enfoque também na saúde reprodutiva e sexual responsabilizando assim, o estado brasileiro de garantir estes direitos. Como afirma o Ministério de Saúde:

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. (BRASIL,2004,p.15).

E posteriormente a Política Nacional de Atenção Integral á Saúde da Mulher - PNAISM que foi criada em 2004 com a finalidade de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e ampliando, qualificando e humanizando a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, vale ressaltar que um dos seus objetivos específicos, destaca-se a Promoção à atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, essas especificidade constituída é de suma importância para efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos.

O Ministério da Saúde sublinha da mesma forma as linhas de base da Política Nacional Atenção Integral a Saúde da Mulher que são suas diretrizes:

- A capacitação e orientação do Sistema Único de Saúde para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção

da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde;

- A PNAISM deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais;
- A sua elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão se basear na perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, na saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- A sua gestão deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais;
- Considerar a PNAISM na sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher;
- A atenção integral à saúde da mulher com práticas de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- Garantia do acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde no contexto dos princípios do SUS norteados descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços e de responsabilidade dos três níveis gestores;
- As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização;
- As ações deverão ser vinculadas com a rede integrada voltadas à melhoria das condições de vida e saúde, executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais.

É importante destacar que os princípios da PNAISM defendem a articulação de forma indissociável da Humanização e Qualidade para atenção a saúde, como o Ministério da Saúde evidencia no seu documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes:

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no

reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. (BRASIL,2004,p.29).

Nessa perspectiva que o atendimento e acolhimento humanizados às mulheres/gestantes vêm sendo ampliada e discutida no âmbito da saúde, pois a atenção e cuidado em todo período gravídico – Pré-natal, Parto e Pós-parto são de extrema importância para as mulheres, o bebê e família, partindo do pressuposto que a mulher passa por momentos de modificações físicas e mentais, condições de inseguranças, fragilidade e alterações emocionais.

Dessa forma a relevância de firmar o Programa de Humanização do Pré – natal ao Nascimento ¹⁵em junho de 2000, o programa tem por finalidade garantir atendimento digno, acesso, acompanhamento de qualidade do pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido na concepção de direitos de cidadania. Nesse sentido os seus princípios estão respaldados na perspectiva de direitos elencados da seguinte forma pelo Ministério da saúde:

“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”.(BRASIL,2002,p.7)

Entretanto, em 2005 institui Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal¹⁶ visando à melhoria de atendimento, acesso entre outros propósitos, com um objetivo de garantia de direitos a mulher e o recém-nascido, resultado do aprimoramento das ações, da mesma forma que as deliberações do programa citado, o PNAON introduziu nas bases dos seus princípios e diretrizes, contemplando o que foi estabelecido pelo programa de humanização do pré-natal ao parto de que é direito da gestante à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei n° 11.108/05¹⁷, toda mulher e

¹⁵ Portaria/GM n° 569, de 1de junho de 2000.

¹⁶Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005.

¹⁷Lei de acompanhante de parturientes a lei 11.108 de 7 de abrilde 2005 prever presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos Hospitais e Maternidades.

recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal têm direito a atendimento adequado e seguro e que esses direitos devem ser garantidos pelas esferas municipal, estadual e federal.

Assim compreende-se que o momento da gravidez e parto é um fenômeno social, e como já foi supracitado são garantidos pelo os direitos sexuais e reprodutivos tanto da mulher como para o homem, ou seja, direito a cidadania.

No que diz respeito à rede de assistência humanizada as gestantes, a Rede Cegonha¹⁸ se tornou um dos principais programas de atendimento, pois prever ações desde o pré – natal ao nascimento, atenção integral materno/infantil e sistema logístico como estabelece Ministério da Saúde. A Rede Cegonha foi criada em 2011.

A Rede Cegonha estabelece uma rede de cuidados visando assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atendimento humanizado na gravidez, parto e puerpério, como garantir o direito a criança ao nascimento, crescimento, e desenvolvimento seguro, instituída e operacionalizada na dimensão do Sistema Único de Saúde - SUS. Tem por finalidade desenvolver, implementar e consolidar um novo modelo de atenção a saúde da mulher e saúde da criança organizando a Rede de atenção materna/infantil para assegurar o acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da mortalidade infantil.

O Programa Rede cegonha de acordo com sua portaria n° 1.459 no Art.2° é norteada pelos os princípios:

- O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- O respeito á diversidade cultural, étnica, e racial;
- A promoção da equidade;
- O enfoque de gênero;
- A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos;
- A participação e a mobilização; e
- A compatibilização com as ações das redes de atenção á saúde materna/infantil.

E nas suas diretrizes explicitadas no Art4° dispõem que toda gestante tem direito á:

- Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do PRÉ-NATAL;

¹⁸Portaria n° 1.459, 24 de junho de 2011.

- Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao Parto e nascimento;
- Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.
- Garantia da ampliação do acesso ao planejamento produtivo.

Nesse contexto a legislação proporcionou avanços no que diz respeito rede de assistência humanizada para mulheres, que prever ações desde o pré – natal ao nascimento, atenção integral materno/infantil e o sistema logístico: transporte e regulação é que se propõe a Rede Cegonha do Ministério da Saúde. Possibilitando a educação na área de saúde, estabelecendo a importância da orientação, atendimento e acolhimento durante o ciclo gravídico desde o seu início, fortalecendo a mulher para adaptação as mudanças que irá ocorrer, sendo prevenidas quaisquer complicações e apoiando as mesmas para as alterações fisiológicas e psicológicas, ultrapassando seus medos, ansiedades e dúvidas vividas nesta fase da vida.

Este processo de amplitude dos programas de atenção à mulher se tornou possível através da consolidação da Constituição da República Federativa Brasileira de 1988, pois apresenta a conquista da igualdade de direitos e deveres, e responsabilização do Estado em garanti-las.

Nessa perspectiva de políticas de saúde da mulher que foi conseguida a pesquisa a seguir de cunho qualitativo realizada no município de Santo Antônio de Jesus com mulheres atendidas no Hospital Maternidade.

**CAPÍTULO III – PESQUISA. DE CAMPO, JUNTO A PUÉRPERAS ATENDIDAS NA
MATERNIDADE LUIZ ARGOLO EM SANTO ANTONIO DE JESUS.**

3.1 – Processos metodológicos

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulada Ciclo Gravídico: Estudo de caso com Mulheres que foram atendidas no Hospital Maternidade Luiz Argolo – Santo Antônio de Jesus apresenta como objetivo geral Compreender o ciclo gravídico das puérperas atendidas no Hospital Maternidade Luiz Argolo e específicos Debateras concepções presentes na discussão de gênero, direitos sexuais e reprodutivos e o Serviço social na saúde; Analisar a construção das políticas de saúde no Brasil, dando ênfase a saúde das mulheres e Realizar um estudo de caso na Maternidade Luiz Argolo, junto as puérperas, visando a compreensão das mesmas sobre os seu direitos.

É importante discutir a priori os objetivos de uma pesquisa científica que concede ao pesquisador e a sociedade depois de realizada apresentar dados e resoluções para algumas hipóteses e angustias vivida, além de contribuir na formação de conhecimentos e habilidades profissionais, sendo assim Gil (2008) define como um “processo formal e sistemático de desenvolvimento científico, com o objetivo de encontrar respostas para um problema através de utilização de procedimentos científicos.”

A pesquisa desenvolvida neste trabalho será de cunho qualitativo, visto como, uma atividade científica que “verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números” (MINAYO, 2007). Richardson também caracteriza a pesquisa qualitativa como uma:

“A metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudanças de determinados grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidade do comportamento do indivíduo.” (Richardson, 1985, p.39)

Através da observação é possível captar os conhecimentos necessários do cotidiano que permitem uma compreensão da realidade do fenômeno estudado. Neste sentido a partir da vivencia/convivência do estagio foi possível observar o meu olhar sobre o atendimento as gestantes, junto a interpelação metodológica de investigação aplicada buscando compreender, explorar os acontecimentos vividos

pelas as puérperas. Sendo assim o alicerce desta pesquisa será um estudo de caso no Hospital Maternidade Luiz Argolo em Santo Antônio de Jesus. Portanto,

“O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biológicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.” (Gil, 2002, p.54)

Além do estudo de caso, serão utilizadas técnicas de pesquisa a entrevistas semi-estruturada, conforme explicitaremos a seguir.

3.2 - Instrumentos de coletas de dados

O instrumento de coletas de dados será entrevista compostas por perguntas abertas e fechadas como roteiro em anexo.

Conforme Gil (2007), a entrevista é uma interação social, uma forma de coletar de dados, uma técnica na qual o investigador se apresenta ao investigado realizando perguntas com desígnio de adquirir informações para a investigação, pois através da mesma o investigador consegue perceber o que os indivíduos pensam, sente, sabem, creem, fizeram, fazem ou pretendem fazer.

Segundo Marconi e Lakatos (2009) a entrevista é um encontro de duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto. Sendo assim como cognoscente entendo que a partir dos dados obtidos, deverão incidir no processo de análise dos dados a partir da observação que segundo as leituras de Gil (2007) e Marconi e Lakatos revela que a observação é uma técnica de captar os conhecimentos necessários do cotidiano que permite compreensão do fenômeno estudado, sendo assim “o que caracteriza o modo de conhecimento próprio das ciências do homem, é o que o observador- sujeito, para compreender seu objeto, esforça-se para viver nele mesmo a experiência deste, o que só é possível porque esse objeto é, tanto quanto ele, sujeito” (LAPLATINE,2007,p.91).

Cabe destacar que para a efetivação do estudo será utilizada à entrevista semi - estruturada que, segundo Triviños, é a forma em que investigador oferece meios para que o informante se sinta a vontade para exprimir seus pensamentos com liberdade e espontaneidade e “Segundo Oliveira (2008) “as entrevistas semi - estruturadas ficam entre os extremos das estruturadas e não estruturadas, onde

pesquisador pode acrescentar perguntas não previstas, dependendo das respostas livres dos entrevistados”.A pesquisa em nenhum momento descolará do aporte bibliográfico direcionado a temática, pois será ele que dará subsídios para consolidação e edificação das argumentações sobre a realidade da qual será discutida.Os componentes da pesquisa foram avisados que suas identidades seriam protegidas, ainda, foi requerida a assinatura do termo de consentimento via documento, para a gravação das entrevistas. Para que se possam se fazer entender os entrevistados terão como codinomes populares aqui no Recôncavo da Bahia, Maria, Joana, Roberta, Ana e Ângela.

Para melhor compreensão será necessário utilizar também como fonte de pesquisa a caracterização de campo, relatório de estagio e diário de campo do período que fiz o estagio no Hospital Maternidade Luis Argolo. Pois é no diário de campo.

“... um documento pessoal-profissional no qual o aluno fundamenta o conhecimento teórico-prático, relacionando-o com a realidade vivenciada no cotidiano profissional, através do relato de suas experiências e sua participação na vida social” (Lewgoy, 2000, p.12)

3.3 – Caracterização do local da pesquisa

O município de Santo Antônio de Jesus situa-se na Região do Recôncavo Sul, também denominada de Cidade das Palmeiras, devido as suas palmeiras seculares, é uma das mais importantes cidades do recôncavo baiano. Foi emancipada politicamente no dia 29 de maio de 1880 e possui uma área de 261.248 km² seu acesso ocorre pela BR 101 e fica a 187 km da capital do Estado, Salvador. Sua população é de 90.985 habitantes (IBGE, Censo 2010). No PDR (Plano Diretor de Regionalização da Bahia), Santo Antonio de Jesus situa-se na Macrorregião Nordeste como município pólo de Microrregião. O município vive basicamente do comércio local, que hodiernamente vem se consolidando como um grande pólo comercial, para onde se dirige um grande número de consumidores atraídos pela grande oferta de produtos é um importante centro comercial e de serviços em todo o recôncavo, sendo assim considerada a "Capital do Recôncavo".

A Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio de Jesus – Hospital Maternidade Luiz Argolo fica situada na Rua Luiz Argolo, nº 128 – Centro – Santo

Antônio de Jesus – Bahia. A Irmandade Santa Casa De Misericórdia¹⁹ de Santo Antônio de Jesus- BA foi fundada em 09 de Agosto de 1918, por um grupo de senhores que tinha representatividade política e econômica na cidade como médicos, padres, professores, políticos e comerciantes, como uma entidade beneficente sem fins lucrativos, mantenedora do Hospital Maternidade Luiz Argolo e Lar dos Idosos.

O hospital é uma entidade de natureza civil, sem fins lucrativos, de Utilidade Pública Federal, Estadual, e Municipal, registrada no Conselho Nacional de Assistencial Social – CNAS como Entidade Filantrópica²⁰. Possui a missão de desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em nível ambulatorial e hospitalar, com equidade, qualidade e resolutividade, prestando atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), particulares e convênios.

A Santa Casa de Misericórdia desde a sua fundação até 2009 foi responsável por toda a demanda de serviços de saúde de Santo Antônio de Jesus e região do Recôncavo, mas com a inauguração do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus- HRSAJ, a Santa casa ficou responsável pelo atendimento de obstetrícia e emergência, assim sua esfera administrativa foi privatizada. O perfil assistencial da unidade hospitalar é voltado à atenção ao parto e ao puerpério garantindo acolhimento, boas práticas e segurança à mãe e Bebê. É habilitado como Hospital Amigo da Criança – IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança)²¹ (2000), que tem por finalidade promover, proteger e apoiar o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, e complementado com alimentos apropriados até os dois ou mais anos de idade, como disposto na Portaria nº 80 de

¹⁹As Santas Casas de Misericórdia surgiram como resposta a longo período de carestia vivido na Europa medieval. Em meio a esse contexto, foram formadas, em vários países, corporações e confrarias; enquanto aquelas visavam à proteção dos interesses de grupos específicos, estas se dirigiam puramente à prática da caridade cristã para com o próximo.(CARVALHO 2005).

²⁰Entidade filantrópica trata-se de associações ou fundações, criada com o propósito de produzir o bem, tais como: assistir à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice, promovendo ainda a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e integração ao mercado do trabalho. Para ser reconhecida como filantrópica pelos órgãos públicos, a entidade precisa comprovar ter desenvolvido, no mínimo pelo período de três anos, atividades em prol aos mais desprovidos, sem distribuir lucros e sem remunerar seus dirigentes. Os títulos que terá de conquistar para ser reconhecida como filantrópica pelo Estado são: Declaração de Utilidade Pública (federal, estadual ou municipal) e o de Entidade Beneficente de Assistência Social, adquirido no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

²¹ A iniciativa Hospital Amigo da Criança foi criada pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância estabelecida e assinada na Declaração de INNOCENTI, na Itália em 1990.

24 de Fevereiro. No momento encontra-se em fase de organização para compor a rede de assistência humanizada para mulheres que prever ações desde o pré – natal ao nascimento, atenção integral materno/infantil e sistema logístico no âmbito da Rede Cegonha do Ministério da Saúde. Desde o ano 2000 foi implantado o “Método Canguru” com cinco leitos para internamentos de Recém Nascidos com patologias detectadas acompanhados de sua mães, que possui modelo de assistência Peri Natal voltado para melhoria da qualidade da saúde, que foi desenvolvido em três etapas conforme a portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007²² que parte do princípio da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo afetivo; permite o controle térmico adequado; contribui para redução do risco de infecção hospitalar , entre outros. O Hospital Maternidade Luiz Argolo prioritariamente é referência para serviços relacionados à atenção especializada em obstetrícia para a população e própria e referenciada do município de Santo Antônio de Jesus da Rede Municipal do SUS, sendo 90% de seus leitos ativos destinados aos usuários do SUS. O Hospital Maternidade Luiz Argolo - HMLA no âmbito de suas competências e complexidades em consonância com o SUS tem o papel estratégico também no atendimento de Urgência e Emergência, além de dispor de internamento na Unidade de Terapia Intensiva – UTI. Desde 01 de Agosto de 2013 esta em funcionamento de dez leitos de UTI contratualizados 100% ao SUS, através de credenciamento e termo de adesão específicos com o Governo do Estado da Bahia/SESAB, integrados na sua totalidade a Central Estadual de Regulação.

O Sistema Único de Saúde – SUS foi regulamentado e consolidado com a Lei nº 8.080 de 1990 como um direito universal e gratuito do cidadão a saúde. No entanto o sistema possui limitações importantes em executar com exatidão as regras constitucionais do direito à saúde, assim não assegurando unidade hospitalares suficientes para a demanda. Neste caso os legisladores previram inserção do seguro privado no SUS, desde que satisfeitas determinadas condições, como a contratação de instituições particulares e sem fins lucrativos para atenderem uma parte de serviços de forma gratuita pelo SUS, como a exemplo as santas casas de Misericórdias.

²² Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

Há mais de uma década, foi publicada a Portaria n.º 1.695, de 23 de setembro de 1994, que estabelece normas gerais sobre a participação preferencial de entidades filantrópicas e entidades sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde e define o regime de parceria entre o Poder Público e essas entidades. Essa portaria garantiu preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, por meio de convênio, na participação complementar no SUS, quando estiver esgotada a capacidade de prestação de ações e serviços de saúde pelos órgãos e entidades da Administração Pública direta, indireta e funcional. (Carvalho, 2005, p.10)

Sendo assim as Santas Casas perderam no seu percurso histórico suas característica de obra caridade, e se tornaram instituição financiadas pelos recursos dos SUS. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio de Jesus tem por finalidade, a prestação de serviços médico-ambulatorial e hospitalar, dando assistência às pessoas carentes. Promover qualidade de vida, prestando serviços de excelência em saúde com comprometimento social. Tornar-se um hospital de ensino, consolidando-se como referência regional do SUS na especialidade materno infantil, bem como, aumentar competitivamente a participação no mercado de saúde privada. Seus principais objetivos são:

Manter atitude responsável, comprometida, disciplinada e colaborativa; Praticar a humanização do atendimento e das relações com equidade; Atuar com ética, honestidade e rigor, dentro dos princípios da legalidade e da isonomia; Cultivar a transparência e o respeito nas relações com a sociedade; Oferecer ambiente que inspire a dignidade e a confiança de seus colaboradores; Investir continuamente em tecnologia e capacitação de seus colaboradores; Otimizar a gestão dos recursos na construção da sustentabilidade.

Os Pacientes do município de Santo Antônio de Jesus e cidades adjacentes que apresentam patologias que precisam ser internados e muitas vezes encaminhados para outras instituições. Os pacientes de atendimentos dos SUS são oriundos dos municípios com os serviços pactuados com ASMS/SAJ (demanda de obstetrícias) e /ou regulados pela Central de Regulação (demanda de obstetrícia e para UTI). Os pacientes de atendimentos particulares convênios são de demanda espontânea. Os atendimentos prestados são de caráter ambulatorial, internação, SADT (Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia) e urgência.

A Santa casa de Misericórdia atende usuários de jovens e idosos 90% de seus atendimentos de pacientes do SUS, com perfil de assistência obstétrica e urgência e emergência em serviço de Terapia Intensiva. Os atendimentos particulares e convênios são de clinica médica, obstetrícia e cirurgia geral. O

Hospital não possui um perfil exato cultural, sócio econômico de seus usuários, devido a não existência do banco de dados, e não realiza estudo e pesquisas sobre causas e efeitos dos atendimentos realizados, todavia é observado que o perfil populacional da instituição supramencionada fica evidente que sua grande maioria não possui poder aquisitivo e uma baixa qualidade de vida, pois suas necessidades básicas são supridas com dificuldade.

O HMLA possui um quadro de funcionários de forma hierárquica que começa pelo provedor, que é eleito pelos os membros da Irmandade a cada quatro anos. A direção é composta pelo Diretor e Gestor Administrativo que coordena Diretor Clínico Médico e as Coordenações dos serviços de assistência médica (obstétrico e UTI) e de enfermagem, Departamento de Pessoa e Recursos, Farmácia, Nutrição, Serviço Gerais, Lavanderia, Manutenção, Faturamento, recepção, telefonista, e serviço social. O Hospital não possui o Fluxograma de serviços.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES as instalações físicas do HMLA, possui: Emergência e Urgência - consultórios médicos, salas de atendimentos a paciente crítico/grave; sala de atendimento feminino; sala de atendimento diferenciado; sala de pequena cirurgia; sala de observação pediátrica, feminina, masculina e indiferenciada; Ambulatorial - clínicas especializada, clinica indiferenciado, sala de enfermagem, sala de gesso, sala de nebulização e sala de pequena cirurgia; Hospitalar - sala de parto, sala de curetagem, sala de cirurgia, sala de pré-parto, alojamento conjunto e alojamento de RNs patológicos.

Recursos Humanos - De acordo com CNES- (Cadastro Nacional de Estabelecimento do SUS, o HMLA possui 141 profissionais. Estes profissionais tem vínculo empregatícios fixo com a Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio de Jesus. Os recursos Financeiros da Santa Casa de Misericórdia advém dos serviços contratualizados aos SUS através da Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus e o Governo do Estado da Bahia/SESAB- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; além dos atendimentos particulares e de convênios. A instituição aplica suas receitas, rendas, rendimentos e eventual resultado operacional, integralmente no território nacional e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais.

De acordo com os parâmetros da atuação do Assistente Social na saúde, as atribuições e competências seja qual for o espaço ocupacional, ela esta norteadas pela Lei de Regulamentação da Profissão e Pelo Código de Ética Profissional, assegurando participação, elaboração, formulação e implementação de programas sociais, gerenciando as políticas sociais, aprimorando de forma continuada e dando ampla autonomia no exercício profissional, fazendo com que o profissional não seja obrigado a prestar serviços que não seja compatíveis com seus cargos, funções.

Enfim o profissional de Serviço social na área saúde pode contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, a garantia dos direitos dos seus usuários, fortalecendo o vínculo da participação da comunidade, viabilizando o direito que este contido no SUS e na constituição de 88 regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde-LOS n° 8080/90.

3.4 – O Serviço Social do Hospital Maternidade Luiz Argolo

Em 1998 foi integrada ao quadro de funcionários a assistente social Luciana Cardoso Soares Oliveira, admitida na instituição, atual Assistente Social, alguns profissionais que já trabalham há algum tempo no Hospital Maternidade Luiz Argolo relata que havia uma assistente social anteriormente, mas não foram encontrados registros e/ou atividades que pudessem dar continuidade. Todas as atividades, impressos, roteiros do assistente social etc, foram implantados a partir do corrente ano.

O Serviço Social da instituição conta apenas com uma Assistente Social, dispõe de uma sala para atendimentos e atividades técnicas – burocráticos, conta também com uma profissional de apoio que assessora a coordenação de enfermagem e Serviço Social nos serviços de digitação, ligações, encaminhamentos, entre outros.

O Serviço Social da Instituição tem por finalidade prestar assistência social aos pacientes internos do hospital, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios técnicos e éticos da profissão; Atividades educativas junto a pacientes, família e / ou responsável; Rotinas de transferências de pacientes; Participação em comissões hospitalares; Rotinas para acesso de visitantes; Identificação do paciente (perfil social) e contatos; Coordenação de Educação Continuada para os profissionais do HMLA/Lar dos Idosos; Atividade de promoção de humanização da assistência

materno-infantil;Dentre outras finalidades. Realiza atividades direcionadas aos usuários das instituições mantidas pela Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio de Jesus: Hospital Maternidade Luiz Argolo. Contribuir para o bom atendimento aos doentes, fomentar a humanização dos serviços e promover a eficácia e qualidade reforçando assim a acessibilidade. Além de melhorar o canal de comunicação entre setores possibilitando “nivelar” dentro de uma visão geral e integrada do ser humano, promovendo-lhe a saúde e melhoria da qualidade de vida.

A demanda atendida pela assistente social do hospital são população de Santo Antônio de Jesus e cidades circunvizinhas, sendo que são pacientes de convênio ou particular, e SUS do Hospital, idosos internos do Lar dos Idosos, bem como familiares e/ou responsáveis e visitantes destes.As principais características destes usuários correspondem em média a 90% usuários do SUS, sendo gestantes, puérperas e pacientes com perfil de internamento em Unidade de Terapia Intensiva.

De acordo com a assistente social o número de atendidos é variável, geralmente condicionado aos internamentos realizados no HMLA, triagem para admissão no Lar dos Idosos; em situações de pacientes que já tiveram alta hospitalar e retornam ao HMLA (atestados, relatórios, etc).

O Serviço social está inserido enquanto ações no âmbito de equipe multi e interdisciplinar (membro de comissões hospitalares, elaboração de relatórios da avaliação mensal; ações de vigilância epidemiológica, e outros).

As demandas do Serviço social são provenientes dos setores de atendimentos do Hospital Maternidade Luiz Argolo (UTI, enfermarias de obstétrica, enfermaria de retaguarda de pacientes de alta hospitalar da UTI, enfermaria de RNs internados e unidade canguru (RNS prematuros(baixo peso).Coordenação de Educação Continuada para os profissionais do HMLA / Lar dos Idosos; Atividades de promoção de humanização de assistência materno – infantil.

O Serviço Social da Instituição utiliza de vários formulários técnicos criados a partir da demanda do Hospital, bem como de relatórios, registro em ata a depender da ocorrência, visita aos leitos e realização de entrevistas (anamnese social).

Segundo Souza (2008) o assistente social a medida em que ele atua diretamente no cotidiano da classes e grupos sociais, ele tem a real possibilidade de produzir um conhecimento sobre essa mesma realidade. E esse conhecimento é, sem dúvida, o principal instrumento de trabalho, pois lhe permite ter a real dimensão das diversas possibilidades de intervenção profissional. Orientações individuais a

pacientes e acompanhantes e familiares e /ou responsáveis; Reuniões com equipe profissional multidisciplinar para discussões de comissões hospitalares, elaboração de relatórios da avaliação mensal; ações de vigilância epidemiológica, e outros.

Um dos grandes desafios para o Serviço social no HMLA é a qualidade do atendimento prestados aos usuários que apresentam suas demandas ao profissional e buscam a garantia de acessos aos serviços que necessitam e tem direito, seja no âmbito do SUS, SUAS e outros. É muito importante acontecer e ter atualizada uma rede de serviços para encaminhamentos referenciados do usuário, pois muitas vezes as soluções das demandas não estão na instituição que o Assistente Social está inserido.

Este desafio traz para o Assistente Social grandes perspectivas, dentre estas a sua inserção em diversas áreas e setores de atuação, sendo fundamental seu trabalho em equipe multi disciplinar. Área de saúde, o Assistente Social está presente em diversos setores, desempenhando atividades conforme a especificidade do serviço. Neste contexto a qualificação do profissional e direcionada a conhecimentos específicos da área que até então não fizeram parte de sua formação acadêmica.

3.5 – Resultados e Discussão da pesquisa realizada junto as puérperas atendidas no hospital Luiz Argolo.

3.5.1 – Perfil das entrevistadas

As entrevistas foram realizadas com cinco mulheres que residem em Santo Antônio de Jesus e foram atendidas o Hospital Maternidade Luiz Argolo. Para uma maior compreensão das mulheres puérperas entrevistadas segue um breve perfil socioeconômico, conforme tabela 1,

Perfil Socioeconômico						
Mulheres	Idade	Escolaridade	Cor/Etnia	Ocupação Profissional	Renda familiar	Estado civil
Ana	24 anos	Ensino Médio Completo	Negro	Auxiliar administrativo	De 1 á 2 salários mínimos	Solteira
Ângela	21 anos	Ensino Médio Incompleto	Parda	Recepcionista	Menos de 1 salário mínimo	Casada
Joana	30 anos	Ensino Médio Incompleto	Branca	Domestica	De 1 á 2 salários mínimos	Casada
Maria	22 anos	Ensino superior incompleto	Negra	Estudante	De 1 á 2 salários mínimos	Solteira
Roberta	23 anos	Ensino superior incompleto	Branca	Auxiliar de Escritório	De 1 á 2 salários mínimos	Solteira

Tabela 1 – Perfil Sócio econômico

Dentre as entrevistadas só uma tinha mais de um filho, mais da metade das mulheres entrevistadas exercem algum tipo de atividade profissional remunerada. Todas residem na área urbana da cidade de santo Antônio de Jesus, e com os familiares pais, mães e irmãos.

3.5.2- Análise da pesquisa de campo

3.5.2.1 - Sensações da maternidade

A descoberta da gravidez, o seu ciclo e o início da maternidade para nós mulheres, traz consigo um universo cheio de sensações norteadas por sentimentos intensos, crenças, valores, dúvidas, medos, anseios, mitose fragilidades, ou seja, são criadas perspectivas e inseguranças a respeito do nosso futuro, e dos nossos filhos em diversos aspectos. Essa fase da vida para muitas mulheres são sonhadas e desejadas, já para outras são inesperadas. Assim Paim (1998) também caracteriza esse período como um processo de fenômenos biológicos, que compreende dimensões culturais, históricas, sociais e afetivas. Assim os desejos diversificados da maternidade vivenciados pelas mulheres são enfatizados da seguinte forma:

A minha vontade de ser mãe veio logo depois que me casei, mas como eu trabalhava e tinha necessidade de dormir no trabalho não podia engravidar, logo esperei alguns anos e realizei o meu desejo. (Joana)

Eu sempre quis ser mãe, claro que não pretendia e não planejei ser mãe tão jovem. Nos meus planos eu pretendia ser mãe por volta dos 26 ou 27 anos. Mas a vontade sempre existiu, sou apaixonada por crianças e ser mãe superou todas as minhas expectativas. (Roberta)

Ser mãe é uma dádiva de Deus. A minha vontade de ser mãe foi enorme, sempre quis ter um filho. Estou amando a maternidade. (Ângela)

Não tinha vontade nenhuma de ser mãe, em engravidei sem querer. (Ana)

A minha vontade de ser mãe é desde de muito nova, gosto muito de criança e era uma realização, pra mim não achei que era o tempo certo, pois estudo e ainda não tenho renda fixa, mas só de saber que ia ser mãe de uma criança e ainda ser mãe como meu filho satisfaz todas as minhas pretensões de ser mãe. (Maria).

É notório que cada uma dessas mulheres manifestou diferentes desejos à maternidade como está explícito nas falas acima e vivenciados de diversas formas pelas mesmas, nesse sentido não pode - se desligar que estas aspirações estão

fincadas em questões sociais, políticas, econômicas, religiosas, culturais e familiares que acabam influenciando positivamente ou negativamente nesse momento materno, além do envolvimento afetivo inscritas num enquadramento sócio histórico, ou seja, são conjuntos de valores e atitudes das mães em relação aos seus filhos, que geralmente são repassadas ao longo da construção familiar de mães para filhas. Assim acredito que todos esses aspectos influenciam na concepção da gravidez e maternidade, no entanto, acredito também que o desejo materno está diretamente ligada aos valores individuais de cada ser humano. O que Correia afirma também:

"O modo como a mulher vive a gravidez e a maternidade pode relacionar-se com duas ordens de factores. Por um lado uma componente cultural que influencia o sentir e o agir da mulher nesses períodos; por outro lado, os componentes intrínsecos da própria mulher que têm a ver com as suas características de personalidade".(CORREIA,1998,p.371)

E que apesar de diferentes situações e de diferentes valores culturais que são historicamente construídos, a gestação e a maternidade se manifesta como algo natural da vida, estabelecidos desde as brincadeiras da infância e adolescência.

Falar das experiências vivenciadas na maternidade não poderia deixar de citar a descoberta da minha gravidez me trouxe verdadeiro desespero, pois junto vieram as angustias e dúvidas acerca do meu futuro, aconteceu em um momento da minha vida que estava em busca dos meus sonhos, cercadas dos estudos e o trabalho, no entanto o exemplo de amor materno que eu tinha fez com que aflorasse a maternidade em mim, assim fica convicto que as relações sociais e familiares influenciam nesta fase da vida.

3.5.2.2 - Ciclo gravídico: desafios e dilemas.

A gestação é um acontecimento complexo que ocorre diversas mudanças na vida mulher, como adaptações psicológicas e fisiológicas. O período gestacional é iniciado com o pré - natal e posteriormente o parto e pós - parto, esses fenômeno ocorre todo um processo de manifestações dos sentimentos involuntário das mulheres que se mesclam, desde a preocupação com recuperação física das

alterações provocadas pela gravidez havidas após um parto e quanto à satisfação pela chegada do filho.

O acompanhamento pré-natal é essencial para uma gravidez saudável e tranquila, o seu início deve ser logo após da descoberta da gravidez, diante disso as entrevistadas relataram o início do seu pré - natal e acompanhamento.

Inicie o meu pré - natal com 9 semanas de gestação, com acompanhamento mensal até 36 semanas e depois semanalmente até 42 semanas no posto de saúde do meu bairro. Fui acompanhada pela enfermeira do posto durante toda minha gravidez e fiz apenas duas consultas com médico obstetra. Fiz poucos exames pelo SUS só no começo da minha gravidez e todo o restante particular. (Maria).

Iniciei o pré- natal assim que descobri a gravidez. Descobri a gravidez com 8 semanas e alguns dias de gestação. O pré - natal foi ótimo, fiz o acompanhamento todo com a enfermeira do posto, pois não me adaptei a médica. A médica logo na primeira consulta me passou uma medicação imprópria para gestantes poderia comprometer o desenvolvimento do feto. Então pedi a enfermeira que o pré - natal fosse acompanhado apenas por ela, e devido a essa situação fiz acompanhamento particular também durante a gestação. Meus exames alguns pelo SUS e outros Particulares. (Roberta)

Nos primeiros meses de gravidez iniciei o acompanhamento do pré - natal. O acompanhamento no posto de saúde foi excelente, fui bem atendida e ia no dia que queria ou precisava e sempre fui bem atendida. A maioria dos meus exames foram particulares, porque os exames do SUS demora muito para entregar o resultado.(Joana)

Nesse sentido fica perceptível que nos relatos acima das mulheres, os seus atendimentos e acompanhamento foram realizados todos pelo SUS, com exceção de uma entrevistada que por receio realizou um acompanhamento particular. Os exames necessários durante a gravidez em sua grande maioria realizados particulares, pois devido à situação de precariedade do sistema único de saúde não foi garantido o direito de realização desses exames a gestantes.

Pode - se então verificar que mesmo com os avanços das políticas públicas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que em seus objetivos específicos, destaca- se a Promoção à atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada e quanto os programas como Rede Cegonha que é uma rede de cuidados visando assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atendimento humanizado na gravidez, parto e puerpério, o Estado não consegue garantir todos os direitos necessários a saúde das mulheres que são atendidas no PSF - Posto de saúde da família de Santo Antônio de Jesus. Porém é importante

ressaltar que a qualidade do atendimento não atinge todas as perspectivas garantidas em lei e que deveria ter uma equipe multidisciplinar de profissionais para o acompanhamento das gestantes que o Ministério da saúde (1997) estabelece que o atendimento no PSF seja sempre feita por uma equipe multiprofissional organizada através de alguns princípios como, enfrentamento de determinantes casos de saúde; integralidade na atenção; ênfase na prevenção; clínica básica como ginecologia e obstetrícia; parceria com as comunidades; e a localidade, no entanto as entrevistadas ressaltam o bom atendimento que as enfermeiras realizaram no posto, além que único profissional destacado pelas mesmas é o de enfermagem.

Diante disso, foram explanadas pelas puerperas entrevistadas o bom relacionamento com o Posto de Saúde da família como esplanadas:

Meu contato com o PSF foi excelente. (Joana)

Meu contato era mensal no PSF, era bom, mas podia melhorar. (Ângela)

Foi um contato direto, a enfermeira responsável pelo pré - natal me tranqüilizou o tempo todo, foi um contato bom!(Maria)

O contato com o PSF foi ótimo, a equipe (enfermagem) que acompanhou meu pré - natal é muito boa e dedicada. Não tenho nada de ruim para falar deles. o meu único problema lá foi a medica, como eu já mencionei. (Roberta).

O parto é momento mais esperado pelas as mães, já que a ansiedade toma conta de todo nosso corpo e nossos sentimentos, é a última fase da gestação, o ápice da maternidade prosperando, misturas de sentimentos como já citado em todo período gestacional, entretanto o momento do parto classifico como eufórico, cercados de explosão de todas as emoções vividos e guardados para chegada do filho, pois é idealizado. No entanto atualmente nas maternidades têm sido um estagio traumáticos, e de transtornos para algumas mulheres que as marcam pelo o resto da vida. Falar sobre as experiências no parto é significativo para este trabalho, pois a principal motivação desse estudo realizado foram os momentos aterrorizantes que vivencie no meu parto, aponto aspectos como falta de atendimento e acolhimento, medos, sensação de perda, solidão devido a falta de acompanhante da minha família, enfim vários anseios.

Percebe – se que os anseios são compartilhados por algumas entrevistadas, outras não compartilham tanto e tiveram um momento impassível no parto, apesar das dores naturais como é relatado.

Meu atendimento foi preciso, Meu parto foi normal e tranquilo apesar das dores. (Ana).

O atendimento da maternidade foi péssimo, pessoas grossas, mau preparadas, me tratou muito mal, no pré - parto dei entrada três vezes, e foram feitas simplesmente exames de toque, a médica obstétrica foi paciente comigo, mas as técnicas de enfermagem não, foram dormi enquanto eu sentia contrações. No momento que eu fui para o gancho me terrorizarão, que se eu não botasse força meu filho iria morrer e que era para me deixar mais tempo sem realiza o parto. Tudo isso passei sozinha. Meu parto foi normal, fiquei dez horas em trabalho de parto.(Maria).

O atendimento durante o parto poderia ser melhor, mas foi tranqüilo. meu parto foi normal!(Joana).

Meu parto foi normal. O atendimento durante pré - parto e parto foram péssimos. Logo quando cheguei com contrações, o médico de plantão estava realizando cesarianas e a enfermeira que me atendeu foi logo dizendo que eu só iria ter meu bebê no outro dia e que não iria nem botar no soro, que iria ficar de observação apenas. Me colocaram na maca na sala de pré - parto, desligaram as luzes e foram dormir[...]. Depois disso não fiquei nem cinco minutos no soro pois, o bebê estava nascendo, então me levaram para sala de parto e lá achei que aquele pesadelo tinha acabado, foi quando percebi que só estava começando. Fiquei na sala apenas com duas enfermeiras e só, nenhum médico acompanhou meu parto.[...]. Então comecei a fazer o que ela havia explicado, que era colocar força quando a contração viesse, e foi o que fiz, porém ela falou que eu estava fazendo tudo errado e que se meu filho morresse culpa ia ser minha e que eu iria matar o meu filho e tantas outras barbaridades que só de lembrar me emociona.(Roberta).

Nestes aspectos fica evidente a importância das Políticas de humanização na saúde com intuito de realizar mudanças nesses atendimentos, a redução das filas e a ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, melhorias condições de trabalho do profissional e atendimento aos usuários, melhoria nas praticas de atenção e gestão de saúde, executar ações nas relações de usuários e profissionais; unidade e serviços prestados, proporcionando uma saúde digna a todos os cidadãos, com profissionais éticos que lutam em defesa da vida.

As maiorias das sujeitas entrevistadas não conheciam o local do parto, apenas 20% conheciam como demonstra o gráfico 1,

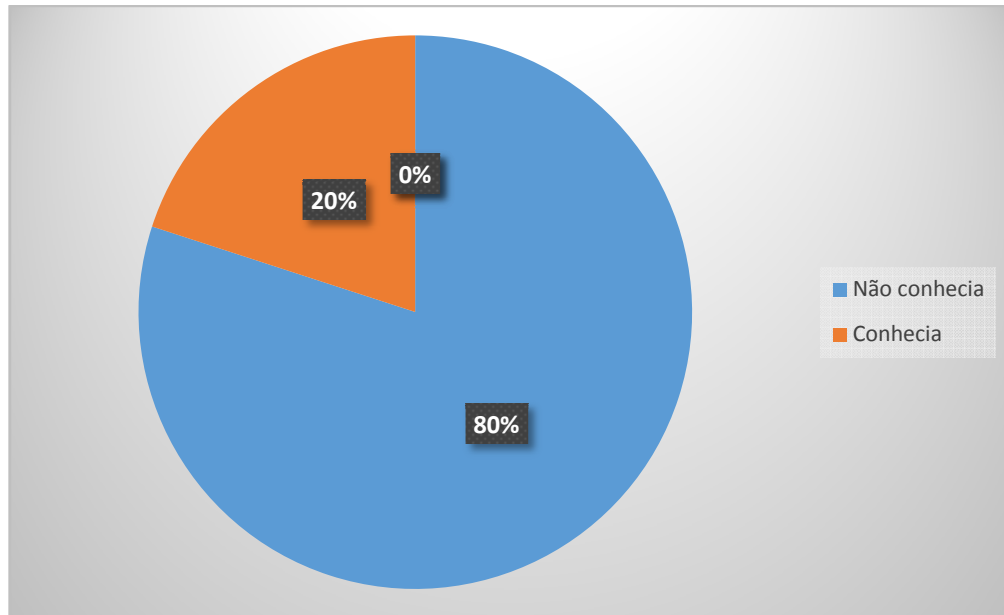


Gráfico 1 – Local do parto

Nos relatos evidência - se que quase todos direitos parturientes foram violados no período do parto destacando a fragilidade das entrevistadas com falta da família e do conforto afetivo, no entanto a lei de acompanhante de parturientes a lei 11.108 de 7 de abril de 2005 prever presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos Hospitais e Maternidades. Nesse sentido as realidades vividas por essas mulheres se distânciam da teoria proposta pelo Estado que é o responsável em assegurar os direitos que segundo o Ministério da saúde:

“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”.(BRASIL,2002,p.7).

No que tange o pós - parto as mulheres declararam que se sentiram melhores, aliviadas, e confortadas com a presença da família como dito por elas:

Em relação ao pós - parto foi tudo mais tranquilo, tive acompanhante. (Roberta).

O pós - parto foi melhor, já que tinha minha mãe, ela pode entrar e cuidar de mim e do meu filho. (Maria).

Ainda sobre o pós-partos a maioria das mulheres não realizam planejamento familiar, no entanto afirmam que não pretendem ter mais filhos, além de não ser assistida e nem acompanhada periodicamente no que tange assistência à saúde mulher no posto de saúde, como pode ser observado no gráfico 2,

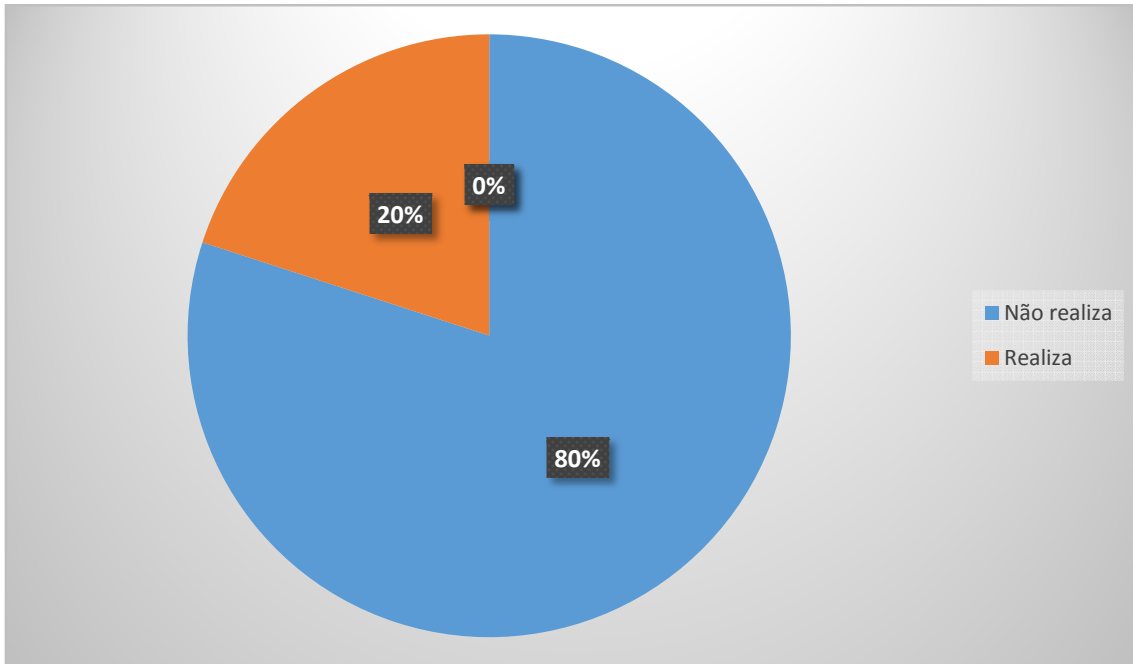


Gráfico 2 – Planejamento Familiar

Desse modo as lutas são grandes para efetivação dos programas visando o direito da mulher como cidadã nas maternidades e hospitais, é necessário a sua ampliação para implementação dos mesmos já que existem vastos programas e que é importante aqui destacar como Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH com objetivos de incluir práticas de humanização na rede hospitalar pública brasileira visando à melhoria e eficácia no atendimento do usuário, capacitando profissionais a fim de fortalecer ações humanizadas beneficiando o usuário e o profissional da área saúde. Outras ações propostas como Programa Acreditação Hospitalar em 2001; Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento PHPN em 2000; Normas de Atenção Humanizada de Recém- Nascido de baixo peso – Método Canguru de 2000; entre outros programas na dimensão de ações humanizadas.

A partir do contexto exposto é relevante enfatizar que a eficácia na implementação dos programas de humanização traria as mulheres uma experiência de parto mais satisfatória, proporcionando um suporte emocional as mesmas.

3.5.2.3 - Percepções acerca dos direitos.

Durante meu período Gravídico – Puerpério e da realidade observada durante o período referente ao Estágio Obrigatório Supervisionado, percebi que os serviços de saúde prestados as mulheres encontra – se precárias, onde seus direitos garantidos por lei são constantemente violados e á uma inexistência de ações e deficiência na prestação de esclarecimento a mulher sobre o período gestacional e puerpério.

Constatei isso também a todo instante na pesquisa, observando que as mulheres desconhecem ou já ouvi falar, mas não conhecem direito os programas de atendimento a mulher e os direitos a nós garantidos desde a Constituição Brasileira de 1988. Questionadas sobre os conhecimentos dos programas as mesmas responderam que:

Sim conheço. mas nenhum profundamente. Particpei do projeto piloto da rede cegonha quando estavam tentando inserir no município, na minha gestação.(Maria).

Não conheço esses programas. (Ângela).

A respeito dos Programas de saúde da mulher não conheço profundamente e não faço parte desses programas. (Ana)

Percebe - se que nos discursos das participantes, que as mesmas são apenas usuárias dos sistemas de saúde, no entanto são desconhecedoras de determinações jurídicas - legais que as amparas no período gravídico e dos direitos constitucionais.

Nesse sentido diante dos grandes avanços proporcionado pela legislação no que diz respeito à rede de assistência humanizada para mulheres que prever ações desde o pré – natal ao nascimento, atenção integral materno/infantil e sistema logístico, no entanto a realidade dos serviços de saúde de Município Santo Antônio de Jesus não se enquadra e não oferecem ações humanizadas para gestante, se faz necessário então dar maior visibilidade a importância dos atendimentos e acompanhamento as mulheres durante o período gestacional, viabilizando esclarecimento a mulher no período Gestacional e puerpério sobre as práticas e cuidados, de forma que estes sejam beneficiados compartilhe conhecimentos e

experiências compactuadas em defesa de seus direitos como cidadã e usuário do serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tem por meta trazer uma reflexão sobre Mulheres grávidas que utilizam os serviços públicos de saúde do município de Santo Antônio de Jesus e que realizam atendimentos do Pré – Natal ao Pós – Parto nas unidades referenciadas de saúde como PSF – Posto de Saúde da Família e a Santa Casa de Misericórdia – Hospital Maternidade de Santo Antônio de Jesus. A minha indignação por ter vivenciado e observado no estágio sobre os serviços de saúde prestados as Mulheres/Gestantes de Santo Antônio de Jesus encontra – se precárias, onde seus direitos garantidos por lei são constantemente violados e a uma inexistência de ações e deficiência na prestação de esclarecimento a mulher sobre o período gestacional e puerpério.

Vale ressaltar que para buscar entender o processo de atendimento e acolhimento as mulheres no período gestacional, o debruçamento sobre a leitura da legislação específica para o público pesquisado foi essencial para que eu pudesse ter um posicionamento crítico e reflexivo sobre ação do Estado através das políticas públicas bem como as posturas profissionais do Assistente Social nesta dinâmica e os impactos e dificuldades que este profissional coparticipa. Os impactos e dificuldades a meu ver estão relacionados intimamente com os rebatimentos do mundo do trabalho capitalista, a proeminência da precarização do trabalho e os limites institucionais que perpassam o profissional de assistente social se depara em seu campo de trabalho um conflito entre o querer fazer e o poder agir, pois sabemos que para efetivar os direitos de cidadania depende de uma ação conjunta do Estado, dos profissionais e dos usuários, este caso específico o usuário do serviço de saúde. Pois este processo de trabalho do Serviço Social é uma luta constante.

Diante da pesquisa as mulheres expressaram inúmeros sentimentos: tristeza, impotência, tédio, medo, ansiedade. Nos relatos evidência - se que quase todos direitos parturientes foram violados e, as realidades vividas por essas mulheres se distanciam da teoria proposta pelo Estado que é o responsável em assegurar os direitos.

O que se pode afirmar que a grande maioria das pessoas atendidas no hospital supracitado são indivíduos que estão em situação de vulnerabilidade em decorrência de variados aspectos do adoecimento, pessoas com frágil vínculo

afetivo-relacional e/ou indivíduos suscetíveis à discriminação etária, étnica, de gênero, deficiência, dentre outros.

Vale afirmar aqui que não é apenas responsabilidade do Estado assegurar o direito de atendimento e acolhimento de qualidade aos usuários assim como propõe a Política nacional de Humanização, mais também do profissionais que estão frente a frente com as mulheres parturiente. Percebo que é preciso reconhecer a importância do profissional de Serviço Social para efetivação e garantia dos direitos das usuárias, pois cabe o profissional conhecer criticamente a realidade social, instituir possibilidades para medição necessária, a fim de identificar o problema e estabelecer a intervenção necessária, introduzir a pesquisa como elemento técnico inerente a sua prática profissional, apropriar-se de dados, arcabouços, informações e indicadores sociais, que os possibilitem identificar as particularidades das expressões das questões sociais e sua reprodução, além que na relação de defesa dos direitos sociais precisa formular e implementar estratégias para garantir as políticas públicas, nesse contexto da área de saúde garantir as políticas voltadas para mulheres para que as mesmas possam tornar sujeitas empoderadas do saber dos direitos e protagonistas da sua própria história capaz de realizar escolhas condizentes com o bem comum.

Diante dos grandes avanços proporcionados pela legislação no que diz respeito à rede de assistência humanizada para mulheres que prever ações desde o pré – natal ao nascimento, atenção integral materno/infantil e sistema logístico, no entanto a realidade dos serviços de saúde de Município Santo Antônio de Jesus não se enquadra e não oferecem ações humanizadas para gestante, se faz necessário então dar maior visibilidade a importância dos atendimentos e acompanhamento às mulheres durante o período gestacional, viabilizando esclarecimento a mulher no período Gestacional e puerpério sobre as práticas e cuidados, de forma que estes sejam beneficiados compartilhe conhecimentos e experiências compactuadas em defesa de seus direitos como cidadã e usuário do serviço de saúde.

Nesse sentido a pesquisa traz a compreensão ainda que não é real no Recôncavo da Bahia proporcionar um atendimento de qualidade e eficiência que possa satisfazer a população usuária. O que se espera com este trabalho é que a universidade e o curso continuem o debate sobre gênero aproveitando os relatos de mulheres sobre seu processo gestacional pré e pós parto. É preciso fazer um debate compactuado com a realidade. Ao mesmo tempo em que é preciso potencializar o

teor contestador profissional também é preciso reconhecer da importância do papel profissional, aproximando os problemas e buscando em conjuntamente as soluções que devem em nosso entender se construir um cotidiano de nossas atuações em equipe, dentro e fora das entidades governamental. Saber, vivenciar e compreender que o campo do Serviço Social é permeado de dificuldades deve servir de incentivo para querer aprender mais sobre os modos de atuação de luta pela equidade. Com este trabalho esperamos contribuir para sensibilização dos profissionais e futuros profissionais para que os mesmos busquem indagações e respostas ainda não formuladas a respeito da questão gênero, Enfim que os futuros profissionais de Serviço Social consigam ser voz ressonante na luta contra todo tipo de sistema opressor e violento, o qual as mulheres do Recôncavo da Bahia são as maiores vítimas.

É necessário a efetivação de políticas públicas de/com/para mulheres.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Luciana da Sila; VIEIRA, João Marcos Weguelin :Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013.

AMORIM, Linamar Teixeira: Gênero: uma construção do movimento feminista? In:Simpósio Gênero e Políticas Públicas ISSN2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 2011. GT2- Gênero e Movimentos. Londrina, 2011.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo:Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago. 2005.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do governo/ Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas – Brasília; Ministério da saúde, 2005.

_____, 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, Secretariade Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.p. 163.

_____, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____, Ministério da saúde. Parto, aborto e puerpério; assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

_____, Ministério da saúde. Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

_____, Ministério da saúde. Portaria n° 1.459, 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do sistema Único de saúde – SUAS a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da saúde, 2000.

_____, Ministério da saúde. Portaria n° 11.108 de 7 de abril de 2005. Institui no âmbito do sistema Único de saúde – SUS a Acompanhantes de Parturientes. Brasília: Ministério da saúde, 2000.

_____, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Plano de Ação 2004/2007. [Internet]. Brasília; 2004. [Citado 2012 jun. 29]

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM n° 569, de 1de junho de 2000.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 881, de 19 de junho de 2001.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000.

_____, Ministério da Saúde. Portaria 1.459, 24 de junho de 2011.

_____, Ministério da Saúde. Portaria 342/GM/MS, de 4 de março de 2013.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005.

_____, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.970/GM, de 25 de outubro de 2001.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 d janeiro de 2008.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 24 de Outubro de 2011.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 693 de 05 de julho 2000.

_____, Ministério da Saúde portaria Nº 80, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2011 que regulamenta o hospital amigo da criança. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0080_24_02_2011.html Acessado em 08 de outubro de 2013

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: senado Federal: Centro gráfico, 1988.292 p.7.

BRAZ, Marcelo. O governo lula e o projeto ético-político do serviço social. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez nº 78 de 2004.

CFESS. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Brasília: CFESS, 2010.

Conceito de Filantropia - Disponível em <http://www.institutofilantropia.org.br/secoes/if-responde/item/2427> qual o conceito de entidade filantrópica acessado em 08 de outubro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CEFSS n.º 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduções introduzidas pelas resoluções CEFSS n.º290/1994 e n.º293/1994.

CORREIA Maria de Jesus. Sobre a maternidade. Lisboa 1998. P. 365-371.

COSTA, Ana Alice Alcântara. O Movimento Feminista No Brasil: Dinâmicas de uma intervenção política. NV. 5, n.2, 0. 9-35, 1 sem, 2005.

COSTA, Lucinéia Martins Da. Depressão pós- parto. São Paulo: UNICAMP, 2013.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao patrono Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, Simone Grilo. Maternidade Voluntária, Prazerosa e Socialmente Amparada: breve história de uma luta. 2000.

Ensaios sobre gêneros <http://ensaiosdegenero.wordpress.com/2012/05/14/o-conceito-de-genero-por-heleieth-saffioti-dos-limites-da-categoria-genero/>. Acesso em 20 de agosto de 2014).

Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 3. ed. – São Paulo: Cortez, 1985.

ESTEVÃO, Ana Maria Ramos. O que é Serviço Social. São Paulo: Brasiliense, 2006. (Coleção Primeiros Passos;111).

Gil, Antônio Carlos, 1946- Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo :Atlas, 2002.

Gil, Antonio Carlos, Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas,2008.

GROSSI, Miriam Pillar. Feministas históricas e novas feministas no Brasil. Antropologia de Primeira Mão. Florianópolis. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. In Serviço social e Sociedade. São Paulo; Cortez, n.62, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.- 3 ed. – São Paulo : Cortez, 2008.

_____, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional – 16. Ed. – São Paulo, Cortez, 2009.

_____, Marilda. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

_____, Marilda; CARVALHO, Raul. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:

IBGE–Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2000. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/6>.

LESSA de Oliveira, Cristiano, Educação: Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características –Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ Revista Travessia ed. 4 ISSN 1982-5935, Vol. 2, N° 3 , 2008.

MARTINELLI, M. I. Serviço social: identidade e alienação. S. Paulo, Cortez, 1995. Capítulo III.

MENDONÇA, Eduardo Alves. A construção cultural do nascimento e suas representações: o olhar da gestante na medicalização da gravidez do parto. Rio de Janeiro; s.n.; 2004. ix,132 p. Tese Apresentada a Instituto Fernandes Figueira para obtenção do grau de Doutor.

MIOTO, Regina Célia. Orientações e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: Serviço Social: Direitos sociais e Competências Profissionais. CFESS/ ABEPSS, Brasília. 497-512, 2009

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo; IAMAMOTTO, Marilda Villela; VASCONCELOS, Ana Maria; BRAVO, Maria Inês Souza; MOTA, Ana Elizabete; TEXEIRA, Marlene (Org.) Serviço Social; e saúde; formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). Serviço Social e Saúde; Formação e Trabalho Profissional. São Paulo; OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2006.

Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf Acessado em 08 de setembro de 2014.

NORONHA, J.C. de; LEVCOVITZ. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80/ Organizadores, Reinaldo Guimarães, Ricardo A. W. Tavares – Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1994.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2928702799286. Acessado em 08 de setembro de 2014.

PAIM, Heloisa Helena Salvatti. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias e LEAL, Ondina Fachel. (orgs.) Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1998, pp.31 -47.

_____, J.S. Reforma sanitária brasileira: avanços e limites e perspectiva. In: Estado Sociedade e Formação Profissional em Saúde – contradições e desafios em 20 anos de SUS. (org.) MATTA, Gustavo Correia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ESPSJV, 2008.

PEDRO, Claudia Bragança; GUEDES, Olegna de Souza: As conquistas do movimento feminista como expressão do protagonismo social das mulheres. GT 2. Gênero e movimentos sociais Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010. Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas. Londrina, 2010.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe. In: Isabel Brasil Pereira; Júlio Cesar França Lima. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2 a. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde São Venâncio/FIOCRUZ - Ministério da Saúde, 2009, v., p. 271-426.

RICHARDSON, Roberto Jarry, 1942- Pesquisa social: métodos e técnicas/ Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres... (et al.) – São Paulo: Atlas, 1985.

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SARTI, Ciynthia. Feminismo no Brasil: uma trajetória particular. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1988, Caderno de pesquisa n°64.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, vol. 16, no 2, Porto Alegre, jul./dez. 1990.

SIQUEIRA, Tatiana Lima. Joan Scott e o papel da história na construção das relações de gênero. Revista Ártemis, VOL. 8 Junho de 2008 p. 110-117.

SOPELETE, Mônica Camargo; BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos :acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: Escola de Enfermagem – Universidade Federal da Bahia Revista Encontro de Pesquisa em Educação Uberaba, v. 1, n.1, p. 140-153, 2013.

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional .2008.

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. 2008.

TABACZENSKI, E. M. V. O papel do enfermeiro na visita domiciliar no período puerperal. Paraná: Universidade Candido Mendes 2009. p.17- 24.

TRINTINALIA, Maryam Michelle Jarrouge; ARAUJO, Natalúcia Matos; MELO, Celia Regina Maganha e; PARENTI, Patrícia Woltrich. Direitos no período gravídico-puerperal: conhecimento das gestantes. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVI, n. 113, jun. 2013

VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VENTURA Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil. São Paulo: 2001.

WOLFF, Leila Regina. Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto. Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

- 1- Sexo:
 Masculino Feminino

- 2- Idade:

- 3- Cor/Etnia:
 Branco Pardo Negro Indígena Outro

- 4- Estado Civil:
 Solteiro Casado Separado(a)/Divorciado(a) Viúvo Vivo com
companheiro(a)

- 5- Naturalidade:

- 6- Em que localidade da cidade seu domicílio se encontra?
 Região Urbana Região rural (chácara, sítio, fazenda, aldeia, etc.)

- 7- Com quem você mora? (múltipla escolha)
 Pais Cônjuge Companheiro(a) Filhos Sogros Parentes
Amigos Outros

- 8- Quantos filhos nascidos vivos você teve no total?

- 9- Atualmente você:
 Apenas estuda Trabalha e estuda Apenas trabalha Está
desempregado(a) Está de licença ou incapacitado de estudar/trabalhar
 Não trabalha nem estuda

- 10- Qual a sua profissão?

- 11- Qual é o seu trabalho ou ocupação principal?

- 12- Qual é a sua renda familiar mensal?
 Menos de 1 salário mínimo De um a dois salários mínimos De dois a
cinco salários mínimos acima de cinco a dez salários mínimos Prefiro
não declarar

- 13- Qual o seu grau de escolaridade?
 Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo
Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino superior
incompleto Ensino superior completo

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Me fale da sua vontade de ser mãe?
2. Quando iniciou o pré – natal?
3. Fale sobre o processo, houve acompanhamentos?
4. Sobre os exames, foram realizados pelo SUS?
5. Fale do atendimento da equipe profissional?
6. Houveram problemas na gravidez? Se sim como foram resolvidos?
7. Me fale do contato com o PSF?
8. Você conhecia o local do parto?
9. Como foi o atendimento na maternidade, durante o pré-parto; parto e pós-parto? Houve acompanhamento? Foi parto normal ou cesárea ? houve dialogo para sua alta?
10. Você está tendo acompanhamento período pós parto? Se sim como?
11. Você conhece os programas de atendimento a saúde da mulher? E o programa rede Cegonha?
12. Você pretende ter mais filhos?
13. Você realiza planejamento familiar?

ANEXO

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Ciclo Gravídico – Estudo de Caso na Santa Casa de Misericórdia – Hospital Maternidade Luis Argola no município de Santo Antonio de Jesus no Estado da Bahia.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB- Coordenação de Serviço Social.

Eu _____, declaro que estou ciente da minha participação na pesquisa como o título acima citado que tem como objetivo principal compreender Ciclo Gravídico – Estudo de Caso na Santa Casa de Misericórdia – Hospital Maternidade Luis Argola no município de Santo Antonio de Jesus no Estado da Bahia.

A minha participação será registrada através da aplicação de um questionário. Fica acordado que a minha identidade será inteiramente preservada e que as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

Cachoeira, ____/____/20____.

Participante - Assinatura: _____

Nome completo: _____

Pesquisador - Assinatura: _____

Nome completo: Luana Emilia Oliveira Bispo

Orientadora - Assinatura _____

Nome completo: Márcia Clemente

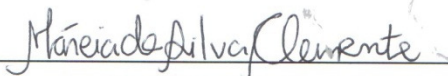
LUANA EMÍLIA OLIVEIRA BISPO

CICLO GRAVÍDICO:

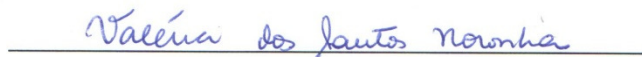
estudo de caso com mulheres atendidas na maternidade Luiz Argolo em Santo Antonio de Jesus.

Cachoeira – BA, aprovada em 17/11/2014.

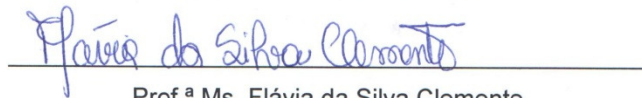
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Ms. Márcia da Silva Clemente
(Orientadora – UFRB)



Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Interno – UFRB)



Prof.^a Ms. Flávia da Silva Clemente
(Membro Externo – UFPE)