

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**BÁRBARA MONGUILHOTT TERRES**

**A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO E A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA DOS  
DIREITOS REPRODUTIVOS E DA CONSOLIDAÇÃO DA CIDADANIA**

Florianópolis  
2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**BÁRBARA MONGUILHOTT TERRES**

**A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO E A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA DOS  
DIREITOS REPRODUTIVOS E DA CONSOLIDAÇÃO DA CIDADANIA**

**Trabalho de conclusão de curso, apresentado  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Serviço Social da Universidade  
Federal de Santa Catarina.**

**Orientadora: Viviane Bergler Fernandes**

Florianópolis  
2005

**BARBARA MONGUILHOTT TERRES**

**A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO E A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E DA CONSOLIDAÇÃO DA CIDADANIA**

**Trabalho de conclusão de curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.**

**Florianópolis, 17 de abril de 2006.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Viviane Bergler Fernandes  
(Orientadora)

---

Rosana Carvalho Martinelli Freitas  
(1ª Examinadora)

---

Silvana Maria Pereira  
(2ª Examinadora)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por minha vida, minha família, minha saúde, meus amigos.

A toda a minha família, em especial ao meu pai, Amadeu, minha mãe, Jeanete, meu cunhado, Samir, minha tias Angela e Elizabeth Julia, aos meus tios Janilson e Janilton, e as minhas primas Dayana e Francele pelo apoio nas horas difíceis.

A Assistente Social da Maternidade do Hospital Universitário e Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Viviane Bergler Fernandes, por sua dedicação, contribuição e orientação a este trabalho.

A Professora Rosana Martinelli e a Enfermeira Silvana Maria Pereira, por gentilmente aceitarem compor a banca de avaliação.

A toda a equipe profissional da Maternidade do Hospital Universitário pelo auxílio tanto no período de estágio, quanto no processo de pesquisa para realização deste trabalho.

A todos os colegas de faculdade, pela amizade, carinho e compreensão.

Aos Professores do Curso de Serviço Social, que através do compartilhamento do seu saber, estimularam-me por toda a trajetória acadêmica.

E por fim, agradeço a todos que não foram citados, mas que de uma forma ou de outra, contribuíram para minha formação.

Bárbara Monguilhott Terres. **A gravidez de alto risco e a contribuição do serviço social na perspectiva dos direitos reprodutivos e da consolidação da cidadania**. 2005. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre as respostas profissionais do Serviço Social, às demandas de atendimento as gestantes de alto risco, na perspectiva da consolidação dos direitos reprodutivos e conquista da cidadania. A temática da gravidez de alto risco vem sendo alvo de discussão e políticas devido a sua relevância, uma vez que anualmente milhares de mulheres e crianças morrem no Brasil por complicações no processo gravidez /parto. Muitas destas mortes poderiam ser perfeitamente evitadas se tivéssemos em nosso país, um atendimento a saúde que se baseasse nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, estes, tão divulgados quando da criação do Sistema Único de Saúde, porém, apesar dos avanços, ainda são implantados de modo embrionário pelos serviços de saúde brasileiros. Diante de tais questões e considerando-se que a Gravidez de Alto Risco se configura em um problema de saúde importante e em um tema advindo do universo dos direitos reprodutivos, da saúde da mulher, mais especificamente da saúde materna, este trabalho parte de pesquisa bibliográfica e documental, bem como da observação da prática profissional do serviço social durante o período de estágio curricular realizado no Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário, e no primeiro capítulo aborda, a gestação de alto risco, no âmbito dos direitos reprodutivos por um viés histórico e na vertente dos movimentos feministas. Aborda também o amparo legal, e apresenta um panorama brasileiro da saúde materna e como a gravidez de alto risco é considerada na política de saúde. O segundo capítulo traz a contextualização sócio-institucional da maternidade do HU e deste com a rede hospitalar conveniada ao SUS a nível estadual, como também apresenta-se perfil sócio-econômico das mulheres internadas na Unidade de Alto Risco do Alojamento Conjunto da Maternidade. Para o levantamento de dados do perfil das gestantes de alto risco utilizou-se os dados do Sistema de internação da Unidade citada, também do Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP) , bem como dados coletados através da observação da prática profissional durante o período de estágio. O terceiro capítulo trata da inserção do Serviço Social na Maternidade do HU, englobando sua atuação e as demandas de atendimento aos casos de gravidez de alto risco. Ao término do trabalho são realizadas algumas considerações sobre as demandas e respostas do Serviço Social junto a gravidez de alto risco, com base no projeto ético político profissional e aponta-se algumas estratégias de ação para o trabalho profissional no sentido de contribuir com os direitos da mulher no âmbito da maternidade e dos direitos reprodutivos.

**Palavras-chave:** Gravidez de alto risco. Direitos reprodutivos. Saúde da mulher. Saúde materna e Serviço Social.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Coeficiente de mortalidade feminina proporcional por causa materna .....	31
<b>Quadro 2</b> - Porcentagens dos óbitos maternos por complicação da gravidez, parto e puerpério .....	32
<b>Quadro 3</b> - Número e percentual de internações hospitalares .....	40
<b>Quadro 4</b> - Hospitais, segundo macroregiões de saúde .....	43
<b>Quadro 5</b> - Idade Materna .....	50
<b>Quadro 6</b> - Estado Civil .....	51
<b>Quadro 7</b> - Grau de Instrução .....	51
<b>Quadro 8</b> - Renda Familiar .....	52
<b>Quadro 9</b> - Situação Habitacional .....	53
<b>Quadro10</b> - Número de Gestações .....	54
<b>Quadro 11</b> - Procedência .....	55

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABESS	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
ANAS	Associação Nacional de Assistentes Sociais
CEDAW3	Comitê Para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIAM	Central de Incentivo ao Aleitamento Materno
CLAP	Centro Latino Americano de Perinatologia
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos Mulher
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GIAC	Grupo Interdisciplinar do Alojamento Conjunto
GIAM	Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade
GINEO	Grupo Interdisciplinar da Neonatologia
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica da Assistência
NOAS	Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PPGAR	Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
RN	Recém - Nascido
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 DIREITOS REPRODUTIVOS, SAÚDE DA MULHER E SAÚDE MATERNA:.....	19
2.1 A HISTÓRIA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E A SAÚDE DA MULHER.....	19
2.1.2 A contribuição das conferências internacionais para o reconhecimento dos direitos da mulher.....	26
2.2 SAÚDE MATERNA E DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL: AMPARO LEGAL.	31
2.3 SAÚDE MATERNA: PANORAMA BRASILEIRO .....	38
2.4 A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE .....	42
3 A MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO .....	50
3.1 A CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-INSTITUCIONAL DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	50
3.2 CONHECENDO AS MULHERES INTERNADAS NA UNIDADE DE ALTO RISCO DA MATERNIDADE DO HU .....	57
4 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	64
4.1 O TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO .....	64
4.2 AS RESPOSTAS PROFISSIONAIS ÀS DEMANDAS DE ATENDIMENTO A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO .....	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	71
REFERÊNCIAS .....	75

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse em realizar estudo sobre a temática, Gravidez de Alto Risco, foi despertado durante o período correspondente ao estágio obrigatório, realizado no Setor de Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Tiago (HU), nos meses de agosto a dezembro de 2004.

A prática interventiva foi desenvolvida predominantemente no Alojamento Conjunto, junto as gestantes de alto risco e puérperas quando estas, eram mães de recém-nascidos prematuros, sempre sob a perspectiva de atendimento humanizado preconizada na instituição. Entendendo a gravidez de alto risco como temática que ultrapassa o aspecto puramente fisiológico, e que afeta todo o universo social das gestantes e sua família.

Durante o período de estágio, constatou-se não só o número elevado de casos de gravidez de alto risco, como também, o fato de que grande parte destes, trazia associada a si, uma situação de vulnerabilidade social, demandando ao Serviço Social um acompanhamento sistemático e especializado.

Uma vez que, os problemas sociais enfrentados pelas mulheres, podem vir a se cronificar potencialmente a partir do nascimento de um filho ou de intercorrências relacionadas ao processo gravidez /parto, somente uma visão de atendimento integral a saúde e uma ação interventiva que leve em consideração todo o contexto de vida de cada usuário, pode abarcar as demandas advindas destas situações. E a formação profissional do Assistente Social lhe confere esta possibilidade de visão e intervenção.

Sendo assim, considerando o art196 da Constituição Federal de 1988 que trata "A saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" fez-se relevante a proposição de um estudo que objetivasse verificar quais as respostas profissionais do Serviço Social às demandas sócio - assistenciais oriundas do atendimento a gravidez de alto risco.

Para tal intento, foi necessário abordar-se a atuação do serviço social junto a este público alvo, bem como efetuar o levantamento do perfil das mulheres internadas na unidade de alto risco da Maternidade do Hospital Universitário.

Visando deste modo contribuir para o embasamento e auxílio no fomento de alternativas, estratégias de intervenção que possibilitem maior qualidade e efetividade no atendimento as demandas de saúde das usuárias.

Nesta perspectiva, para o alcance dos objetivos propostos, optou-se pela pesquisa de caráter bibliográfico e documental, que segundo Gil (1999) assemelham-se muito em essência, divergindo apenas na natureza das fontes, uma vez que a primeira desenvolve-se a partir de contribuições de diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. Este delineamento de pesquisa foi escolhido também por possibilitar um conhecimento mais amplo a respeito do tema escolhido.

Além dos métodos supracitados, a observação que segundo Gil (1999) “é um dos métodos mais utilizados nas ciências sociais, e qualquer estudo, deve valer-se deste em vários momentos do processo investigativo” foi utilizada em larga escala em todo o processo de estágio, assim como de coleta de dados, para a realização deste trabalho.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: na primeira etapa buscou-se na base de dados do Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano<sup>1</sup> (CLAP) para levantar o número de casos de gravidez de alto risco atendidos na Maternidade do HU no período correspondente ao estágio obrigatório.

Na segunda etapa, foram colhidas informações a respeito das gestantes internadas na unidade de alto risco, através da pesquisa em prontuários constantes do sistema informatizado de internação do setor de Alojamento Conjunto da Maternidade.

Considera-se que este trabalho pode servir de base para um conhecimento mais aprofundado a respeito da temática da gravidez de alto risco, do trabalho do Serviço Social na Maternidade do HU, bem como da realidade sócio-econômica das usuárias atendidas, e as respostas profissionais as demandas advindas deste atendimento.

Desta forma, no primeiro capítulo, aborda-se os direitos reprodutivos e a saúde da mulher sob uma perspectiva histórica, através da luta dos movimentos de mulheres de vertente feminista, e também de uma retrospectiva das principais conferências, a nível mundial que contribuíram para o reconhecimento destes, são abordados também a saúde materna no Brasil englobando seu amparo legal e panorama brasileiro, enfocando dados referentes a mortalidade materna, e também a gravidez de alto-risco em sua relação com as políticas de saúde .

No segundo capítulo faz-se a contextualização sócio - institucional da Maternidade do Hospital Universitário e deste na Rede Hospitalar Conveniada ao SUS no âmbito estadual, como

---

<sup>1</sup> Sistema informatizado de pesquisa perinatal , utilizado pelos profissionais da maternidade do HU, por isto, quem não pertence a equipe tem seu acesso permitido somente com autorização do Comitê de Ética , como foi o caso deste trabalho.

também traça-se o perfil das mulheres internadas na Unidade de Alto- Risco, levantado através de pesquisa realizada no Sistema de Internação do Alojamento Conjunto e na base de dados do Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), de onde foram retiradas informações sobre o número de casos de gravidez de alto risco atendidos na Maternidade do HU no período correspondente ao estágio obrigatório cumprido na referida instituição.

E no terceiro capítulo aborda-se a inserção do Serviço Social na Maternidade, abrangendo sua atuação profissional e as demandas de atendimento junto as gestantes de alto risco.

Nas considerações finais são propostas algumas alternativas de atendimento a gravidez de alto risco na Maternidade do Hospital Universitário com base no projeto ético político que rege a profissão de Assistente Social.

## **2 DIREITOS REPRODUTIVOS, SAÚDE DA MULHER E SAÚDE MATERNA:**

### **2.1 A HISTÓRIA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E A SAÚDE DA MULHER**

A questão dos direitos reprodutivos vem adquirindo centralidade nos fóruns de discussão em nossa sociedade.

Isto pode ser considerado um avanço, uma vez que tais direitos só foram incluídos no rol dos direitos humanos nas últimas décadas, talvez também por isso, ainda não tenham adquirido a visibilidade e o reconhecimento necessários para fomentar uma mudança maior no arcabouço jurídico a fim de que, sejam pensadas e criadas mais leis que versem sobre estes direitos, ao mesmo tempo que, possam ser analisadas e modificadas as que não estejam dando conta das demandas insurgentes da sociedade.

Neste contexto, o conceito de saúde reprodutiva tem se modificado e expandido, principalmente devido à luta por cidadania, justiça social e reconhecimento dos direitos da mulher, luta esta protagonizada por um ator fundamental, o movimento feminista.

Assim sendo, este tópico se configurará em um breve histórico concernente à luta das mulheres por seus direitos, e será desenvolvido a partir do recorte do movimento feminista.

Este movimento de mulheres, guiado por vertente política de cunho feminista, trouxe em sua pauta de reivindicações, dentre outros temas, assuntos referentes à gestação, à maternidade, à saúde da mulher, direitos sexuais e reprodutivos.

Neste sentido, cabe lembrar que movimentos desta ordem, já vêm lutando por garantia e igualdade de direitos entre homens e mulheres, via reconhecimento de cidadania desde o século XVIII, tendo como base o ideário iluminista.

A proposição de cidadania para mulheres emerge no Ocidente como teorização e expressão pública no final do século XVIII. O marco histórico fundamental é a Revolução Francesa que traz luzes para os ideais modernos de cidadania.(ÁVILA; CORRÊA, 1999, p.72)

Porém, o desfrute da cidadania plena, só era concedido aos homens, ficando as mulheres restritas a ocuparem papel menor que o deles, sendo relegadas à condição de reprodutoras.

Deste modo, durante os dois últimos séculos, as mulheres vêm reivindicando igualdade de direitos.

O século XIX e a primeira metade do século XX assistiram, com fluxos e refluxos, à luta do movimento de mulheres por igualdade com ênfase nos direitos à educação e ao voto. A conquista destes direitos trouxe, em

muitos países, uma nova condição de inserção social para mulheres (ÁVILA; CORRÊA, 1999, p.72).

Todavia, até a década de 60, no cerne das demandas dos movimentos de mulheres por igualdade, estava presente o fato de buscarem ser formalmente iguais aos homens no que tange ao reconhecimento de direitos.

No entanto, não constava no universo destas demandas, a visão crítica da desigualdade como aspecto integrante das relações sociais, e no predomínio e dominação do sexo masculino sobre o feminino nas relações de gênero.

Tal visão seria bastante relevante, uma vez que, os ideais de ordem liberal vigentes na época, tinham em sua base uma noção “sexista” das relações de poder, uma vez que incitavam a competição e apregoavam que na sociedade deveria prevalecer a lei “natural” onde só se sobressairiam os mais fortes, deixando assim nas entrelinhas, uma referência à virilidade masculina em comparação com a suposta fragilidade feminina.

Este panorama seria modificado nas décadas seguintes, anos 60 e 70 pela teorização feminista que visava se contrapor ao ideário liberal, e acabar com a ainda existente opressão feminina imposta pelo sistema sócio- econômico e por padrões tradicionais discriminatórios.

No tocante ao tema reprodução, houve também o interesse das feministas, principalmente a partir do século XIX. Entretanto, devido a intempéries de ordem política e cultural sofridas pelos movimentos feministas, (conflitos com a postura conservadora da Igreja Católica com relação ao papel da mulher na sociedade, a opressão política dos governos ditatoriais e os programas de controle populacional) tal questão seria novamente trazida à tona mais recentemente e incitaria o nascimento de uma infinidade de instituições e iniciativas que tinham como prioridade a problemática da saúde da mulher, visando propiciar reflexão sobre o assunto, e deste modo, fomentando questionamentos acerca da qualidade da atenção prestada a este segmento por parte dos serviços de saúde.

Vários elementos irão compor o espectro da reflexão e das reivindicações que dizem respeito à saúde da mulher: o interesse e o questionamento acerca do saber e do poder médico; a emergência do discurso das mulheres sobre suas experiências corporais: uma crítica à situação atual dos serviços de saúde; além do empenho em exigir do Estado uma maior eficácia no que se refere ao funcionamento do sistema de saúde (REDE SAÚDE, 2001)

Ainda na década de 70, uma nova idéia perpassava o universo dos movimentos feministas em todo o mundo, a idéia de que as mulheres tinham poder sobre o próprio corpo, a

palavra de ordem era “Nosso corpo nos pertence” numa tentativa de propagar o entendimento de que a sociedade não deveria estipular papéis e direitos baseados no sexo do indivíduo e suas potenciais e supostas fragilidades, e assim sendo, elas agiram no sentido de ter em suas próprias mãos o controle do seu corpo, da fecundidade, de sua saúde e de sua “emancipação” social.

A idéia de reapropriação do próprio corpo contida na afirmação: Nosso corpo nos pertence, se ancora no reconhecimento de que o corpo de cada uma/um é o lugar primeiro da existência humana, lugar partindo do qual ganham sentido as experiências individuais no cotidiano e nos processos coletivos da história (ÁVILA; CORRÊA, 1999, p.73).

Entre as décadas de 70 e 90, no Brasil e no mundo, as questões relativas à saúde feminina adquirem ainda mais importância, com especial atenção à luta pela liberdade para o exercício da sexualidade e autonomia de decisão no que tange à reprodução, incitando também discussões sobre a legitimação das mesmas, sua inserção na agenda política e posterior transformação de práticas sociais ainda problemáticas, que emperravam o exercício da cidadania.

Esta pauta seria incorporada pelos grupos de mulheres que surgem no Brasil ao longo dos anos 80, resultando numa tendência à especialização temática em torno da saúde. Saúde e direitos reprodutivos como temas privilegiados pelo movimento de mulheres assumiram um perfil público e funcionariam co-alavancas para pressionar as mudanças legislativas e as políticas públicas (ÁVILA; CORRÊA, 1999, p.75).

Esta perspectiva de mudança para a realidade feminina trazida pelos movimentos, era permeada também por uma proposta para uma nova forma de entendimento do que seria a assistência à saúde da mulher, que até então era mais das vezes, realizada de modo restrito ao fator biológico, sem levar em consideração aspectos igualmente importantes em seu contexto de vida, fossem eles sociais, políticos, culturais, etc.

“Este novo modelo de assistência era perpassado por princípios ideológicos que visavam à integralidade e ao poder de autonomia da mulher” (REDE SAÚDE, 2001), sendo estes, também temas de discussão, nos diversos encontros e seminários que ocorriam no intuito de fomentar a formulação de novos princípios de assistência e, por conseguinte, de uma nova forma de entender e atender à saúde da mulher, além de tentar a ampliação do conceito de saúde e a reformulação de políticas públicas neste campo.

“São exemplos destes momentos o Encontro Feminista do Nordeste realizado em 1983, Natal/RN, e o I Encontro Nacional de Saúde, em Itapeverica da Serra / SP, 1984,” sendo que deste último encontro resultou o documento intitulado “Carta de Itapeverica” (REDE

SAÚDE, 2001), cujo conteúdo tecia contundente crítica à realidade do país e também propostas para a saúde das mulheres.

No contexto internacional, os líderes dos grupos de saúde brasileiros, participaram em Amsterdã, na Holanda do II Encontro Internacional Mulher e Saúde, colaborando para a internacionalização (globalização) da noção de direitos reprodutivos (REDE SAÚDE, 2001).

Quanto aos direitos reprodutivos são eles assim definidos:

[...] os direitos reprodutivos englobam certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outros documentos consensuais das Nações Unidas. Tais direitos se baseiam no reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e individuais de decidirem livre e responsavelmente o número, o espaçamento e a época de seus filhos, e de terem informação e meios de fazê-lo, assim como o direito de atingirem o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva (ALVES apud SANTOS, 2003).

Para Ávila (2005), “na perspectiva feminista, os direitos reprodutivos pressupõem a igualdade e a liberdade na esfera da vida reprodutiva, e os direitos sexuais referem-se à igualdade e à liberdade no exercício da sua sexualidade”.

Ainda por este prisma, a década de 80 foi profícua para o movimento feminista, em acontecimentos relevantes para a consagração dos direitos sexuais e reprodutivos, na agenda política de nosso país, tais como a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)<sup>2</sup> e da Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana no Ministério da Saúde e, mais especificamente pela formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM é um programa do Governo, reconhece a necessidade de ações e serviços de saúde dirigidos especialmente às mulheres (CFEMEA, 1994, p.166).

O PAISM foi divulgado pelo Ministério da Saúde em 1983, e seria desenvolvido pela rede pública de atendimento e assistência à saúde, adequando-se às demandas epidemiológicas e de saúde de cada município, levando sempre em consideração as características originais de cada população.

Em seu bojo, o PAISM traz uma série de princípios e diretrizes relacionados ao atendimento e conseqüente acompanhamento de mulheres nas mais variadas idades e situações de vida.

---

<sup>2</sup> O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher foi criado em 1985 através da Lei nº 7.353, de 29 de Agosto de 1985 e alterada pela lei 8.028 / 12.04.1990

A partir deste programa, o Governo vislumbrava um atendimento integral à saúde da mulher, ampliando a atenção ao atendimento pré-natal, visando equidade na utilização destes serviços pela população, proporcionando assim uma melhoria na qualidade da assistência ao parto, e pensando atividades e técnicas na área da fertilidade humana, e Planejamento Familiar.

Desde a criação e regulamentação do PAISM e a efetiva participação do movimento feminista para tal intento, é corrente a associação entre feminismo, saúde e direitos reprodutivos tanto que, segundo Ávila e Corrêa (1999) “o PAISM contava com feministas em sua coordenação desde o princípio até 1988 e também com a ajuda de grupos autônomos no que se refere a atividades como capacitação e produção de material didático”.

Neste período, ocorreu também a I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, em outubro de 1986 sendo esta, um desdobramento da VIII Conferência Nacional dos Direitos da Mulher ocorrida em março do mesmo ano, que contava com o apoio do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Ação Social.

Esta Conferência apesar de contar com apoio de ministérios do governo, foi palco de pesadas críticas à falta de ação e comprometimento do poder executivo nas questões que concerniam à saúde. As resoluções advindas desta Conferência, foram incluídas em um documento chamado Carta das Mulheres, contendo princípios e reivindicações à Assembléia Nacional Constituinte, sendo por isto encaminhada ao Parlamento.

Recordemos da importância política que representou o processo constituinte em 1987 e 1988, o qual contou com uma consistente participação de setores organizados, entre eles o movimento feminista. Este se preparou para levar à Constituinte a defesa dos direitos das mulheres, quase sempre sob a coordenado CNDM. Por intermédio do projeto “ Nós e a Constituinte”, o Conselho realizou encontros, seminários e assembleias em todo o país. Muitas das reivindicações das mulheres foram incorporadas à Constituição de 1988 e, entre elas, no parágrafo 226, o direito ao planejamento familiar (REDE SAÚDE, 2001).

Todavia, ainda que pudessem ser consideráveis os avanços legislativos no que tange à saúde da mulher, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos, em igual medida se dava o conflito dos movimentos de mulheres frente às práticas arcaicas e biologicistas do saber médico.

Bem verdade que o aprimoramento de tecnologias contraceptivas e embrionária ,iniciativa de atendimento integral à saúde da mulher com a implementação do PAISM, atenuaram um pouco a situação obscura na qual se encontravam os serviços de saúde brasileiros , porém, começaram a ser expostos e discutidos em conferências, estudos realizados por integrantes dos movimentos feministas, estudos estes referentes ao alarmante número de

esterilizações femininas , muitas destas desnecessárias, mas convenientes à lógica de mercado que infelizmente parecia permear a prática médica.

Sobre esta lógica incorporada pelos serviços de saúde, pode-se dizer mais amiúde que, vinha ao encontro primeiramente dos ideais de controle populacional propagados pelos governos militares autoritários, dos anos 30 aos anos 80, que visavam com isto , diminuir as desigualdades sociais profundas existentes no Brasil, porém sem levar em consideração as necessidades mais básicas do povo.

Ainda nos anos 80, tal prática foi permeada pela ótica mercantilista do ideário liberal, entre outras palavras, o país assistiu ao uso indiscriminado de laqueadura tubária, uma vez que, devido ao péssimo trabalho exercido pelos serviços de saúde, e à falta de informação da população com respeito ao uso e procedimentos concernentes aos métodos anticoncepcionais, as mulheres viam na laqueadura sua única opção de controle de natalidade o que as forçava a uma procura desenfreada por este procedimento cirúrgico.

Nos programas não - governamentais, o autoritarismo das operações, a falta de informação adequada e a má qualidade dos serviços oferecidos faziam com que as mulheres vivessem experiências trágicas ao usar os métodos oferecidos terminando por desacreditar a anticoncepção reversível e se orientando gradativamente para a opção preferencial da esterilização. No início dos anos 80, já tomando no país um “mercado” de demanda e oferta de laqueadura tubária (CORRÊA, 1983; ÁVILA; BARBOSA, 1984 apud ÁVILA; CORRÊA,1999).

Nesta mesma década, de uma forma geral, os programas de cunho estatal que se destinavam a atender as demandas de saúde da mulher, ainda carregavam em seu cerne, tendências que ainda a entendiam como mera reprodutora.

Com o passar do tempo, o enfoque que os movimentos de mulheres davam à sua luta por direitos reprodutivos, foi se modificando, isto porque no início elas centraram sua ação em busca de direitos sociais e políticos, (direito ao voto e à educação), mais adiante focalizaram o corpo feminino e se engajaram na luta pelo direito de ter controle e poder sobre seu próprio corpo, a sua fecundidade e saúde, sem repressão de qualquer tipo.

O movimento lutou ainda pelo reconhecimento da diferença entre contracepção e maternidade, uma vez que esta diferenciação não ocorria na esfera estatal, e afetava negativamente a forma como eram pensados e estruturados os serviços de saúde no que tange à saúde sexual e reprodutiva, bem como também auxiliava na perpetuação da visão estigmatizante do saber médico em relação ao corpo feminino, sempre o entendendo apenas algo

físico/biológico sem importar-se com os demais aspectos existentes no contexto sócio-cultural-econômico-emocional de seu público alvo: a mulher.

Porém, para Piovesan (1998),

ao passo que este enfoque , ou seja, a relação antagônica entre maternidade e contracepção , no entendimento dos movimentos feministas já não comportava os anseios de cunho político e estrutural destes, ampliaram seus horizontes enfocando outros temas, a concepção, o parto, a contracepção e o aborto, mas com uma visão agregadora , onde todos estes temas interligam-se mutuamente.

Deste ponto de vista, o cerceamento de acesso a qualquer um destes aspectos, poderia ser visto como uma opressão à mulher e um descaso para com sua saúde.

Esta nova investida dos movimentos feministas e a entrada de profissionais simpatizantes da causa destes movimentos, no setor da saúde, dentre eles assistentes sociais, enfermeiros, médicos e psicólogos contribuiu para a configuração de laços entre os movimentos e o saber médico, o que se transformou em algo extremamente importante no que tange à abertura de diálogo com a ordem médica, na tentativa de mudanças relativas à forma de atendimento à saúde sexual e reprodutiva, ampliando os limites de atuação e desconstruindo conceitos arcaicos concernentes à visão do corpo feminino.

A construção de pontes entre o feminismo e o poder médico não se teria dado, caso outros elementos não tivessem contribuído tanto. Entre eles, desempenharam papel crucial as numerosas mulheres médicas atuantes ou vinculadas a grupos e organizações feministas, desde o início da década de 80. Essas médicas, ao longo dos anos, têm ocupado posições relevantes no sistema de saúde (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

No Brasil, a década de 90 teve como característica fundamental a regulamentação de direitos consagrados pela Constituição Federal de 88 que ficou conhecida como “Constituição Cidadão” por reconhecer direitos de igualdade entre homens e mulheres tanto na esfera pública quanto na privada (o Contrato Conjugal).

Segundo Marshall (1950) apud Martinelli (2001, p. 12), o conceito de cidadania plena é constituído por três componentes: os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais. Sendo assim, somente poderia ser considerado cidadão, a pessoa que gozasse destes três tipos de direitos.

Santos (1997) apud Martinelli (2001, p. 12), amplia o conceito de Marshall, ao considerar a cidadania não apenas como um conjunto de direitos, mas também como um sentimento de pertencimento e identificação com uma comunidade, um partilhar de valores, crenças e ritos, comuns aos membros desta .

Neste sentido, pode-se dizer que com relação à saúde da mulher, cidadania plena ainda é um processo em construção.

Entretanto, o Brasil tem assumido todos os compromissos internacionais referentes ao reconhecimento e ao respeito do direito a cidadania das mulheres, bem como a equidade de gênero. Isto porque pelo mundo, par e passo com a trajetória reivindicatória dos movimentos de vertente feminista, ocorriam, norteados pela Carta das Nações Unidas e pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 10 de Dezembro de 1948, na qual entre outros direitos, reconhecia-se pela primeira vez a igualdade e a liberdade para toda a humanidade, sem discriminação de qualquer espécie, vários eventos que objetivavam a busca de um relacionamento mais harmônico entre os povos e o respeito ao ser humano.

Para Piovesan (1998), “A Declaração de 1948 introduz uma concepção contemporânea dos direitos, à medida que consagra a idéia de que os direitos humanos são universais, inerentes à condição de pessoa e não relativos às peculiaridades sociais e culturais de determinada sociedade.”

Tais eventos constituem-se em instrumentos para a efetivação dos direitos humanos, são eles: Convenções, Tratados, Acordos, entre outros, cujo conteúdo abarca dentre outras coisas, formas e ações fundamentais para uma vida mais digna para as pessoas.

A seguir serão abordados alguns destes eventos, dos quais o Brasil foi signatário e nos quais, mesmo que indiretamente, estiveram em pauta os direitos reprodutivos e a saúde da mulher.

### **2.1.2 A contribuição das conferências internacionais para o reconhecimento dos direitos da mulher**

Nosso país foi membro participante de algumas Conferências Internacionais cujas temáticas abordadas relacionavam-se à saúde da mulher. Entre as mais importantes podemos selecionar:

A Conferência Mundial sobre a Mulher, na Cidade do México, em 1975, constituiu-se em grande esforço à nível mundial no que tange à promoção de direitos das mulheres, segmento este, que até então vinha se movimentando no sentido de reivindicar às autoridades competentes, uma melhora na qualidade de vida e igualdade de direitos, mas continuava tendo suas reivindicações praticamente ignoradas pelos Estados.

Esta Conferência também proporcionou a elaboração da Convenção Sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1979. .Através das atividades incisivas dos movimentos feministas na luta por mudanças âmbito dos direitos femininos, a Conferência transformou-se em um marco histórico para a Definição Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. Em seu Primeiro artigo ela traz:

Para fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por finalidade ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher , independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural , civil ou em qualquer outro campo (PIOVESAN, 1997).

Mais adiante, em seu artigo 12, dispõe sobre a assistência à saúde da mulher, bem como a quem cabe a responsabilidade desta assistência, e sobre o planejamento familiar.

1-Os Estados – partes adotarão medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos , a fim de assegurar , em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos , inclusive referentes ao planejamento familiar. 2- Sem prejuízo do disposto no parágrafo 10 os Estados – partes garantirão `a mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto , proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (PIOVESAN, 1997).

Sendo assim, esta Convenção vem contribuir para assegurar e consagrar a rapidez com a qual se deveriam erradicar todas as formas de discriminação contra as mulheres, a fim de que se garantisse o pleno exercício dos seus direitos (civis, políticos, sociais , econômicos e culturais), norteando-se assim pela ótica da indivisibilidade de direitos defendida na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Porém, “A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, apresenta, uma lacuna: não explicitou em seu texto uma referência à violência doméstica e sexual contra as mulheres.” (CEPIA, 2001, p. 7).

Nesta mesma linha, foi realizada em 1980 em Copenhague na Dinamarca, a II Conferência Mundial sobre a Mulher – Igualdade, desenvolvimento e Paz, tendo como principais objetivos conseguir fomentar a participação plena das mulheres na vida social, econômica e política. Os governos são convocados a promoverem a igualdade de homens e mulheres perante a

lei, igualdade de acesso à educação, à formação profissional e ao emprego, além de igualdade de condições no emprego, inclusive de salário e de assistência social (REDE MULHER, 2003 apud SANTOS, 2003).

Ainda na década de 80, um documento enviado pela ONU, aos países que haviam participado da Conferência, e que tinha como objetivo avaliar o impacto das resoluções tomadas em tal evento, nas vidas das mulheres, constatou que o panorama que se configurava era oposto ao esperado. Ou seja, ao invés de melhorias substanciais e em ritmo acelerado, o que se percebia era a vagarosa aplicação de medidas e aceitação de reivindicações, ao mesmo tempo continuavam a perpetuar-se os padrões discriminatórios e de desigualdade de gênero.

Este diagnóstico foi apresentado na III Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Nairobi, África, em 1985, na qual se estipularam algumas ações, que deveriam ser postas em prática no sentido de superar estas desigualdades.

Mais tarde, em 1993, em Viena na Áustria outro evento importantíssimo para a consagração de direitos da mulher se desenrolou. Trata-se da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos promovida pela ONU, na qual foram discutidos os direitos da mulher e reconheceu-se a extrema dificuldade das entidades governamentais em promover ações que visassem à garantia e à proteção dos direitos humanos das mulheres e estabeleceu-se entendimento da interdependência entre o desenvolvimento, a democracia e o respeito aos direitos humanos das mulheres. Nesta Conferência, “[...] reafirmou-se o reconhecimento universal do direito à igualdade relativa ao gênero, e clamou-se pela ratificação universal da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher” (PIOVESAN, 1998, p. 145).

[...] Nos termos do art.39 Declaração de Viena, ficou estabelecido que: “A Conferência Mundial de Direitos Humanos clama pela erradicação de todas as formas de discriminação contra a mulher, tanto explícitas como implícitas. As Nações Unidas devem encorajar a ratificação universal por todos os Estados, da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher até o ano 2000 (PIOVESAN, 1997, p. 207).

A atenção dada à violência contra a mulher, também foi grande, resultando no projeto de Declaração Sobre a Violência Contra a Mulher, aprovada pela ONU, em Dezembro do mesmo ano.

Isto também fomentou a elaboração, pelo Comitê Para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)<sup>3</sup>.

Em seu cerne destaca-se: Recomendação nº 19 Sobre Violência Contra a Mulher, “art 10 - A violência contra a mulher é uma forma de discriminação que inibe gravemente a capacidade da mulher de gozar de direitos e liberdades em pé de igualdade com o homem” (CFEMEA, 1994, p.17).

A Conferência e a Declaração foram ratificadas pelo Brasil ainda em 1993.

Já em 1994, seguindo o prisma da defesa dos direitos humanos das mulheres, ocorre no Cairo, Egito, a Conferência Mundial sobre População e de Desenvolvimento. Ela contou com representantes oficiais de 182 países e suas discussões orbitaram sobre população, enfatizando pontos relativos à análise das políticas e programas populacionais e aos assuntos relativos à saúde da mulher, ao planejamento familiar e à saúde reprodutiva.

Ficou estipulado a partir desta Conferência, no que tange aos direitos reprodutivos, que estes deveriam ser garantidos pelo Estado através de políticas e programas estatais.

A saúde reprodutiva foi deste modo definida:

[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a terem uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e terem acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha (ALVES, 2003 apud SANTOS, 2003, p. 24).

O Plano de Ação do Cairo realiza diagnóstico da situação mundial no que se refere à situação da população feminina, englobando mulheres e meninas e também a responsabilidade masculina relativa ao setor da saúde reprodutiva.

Ele clama também os Estados participantes a se engajarem na luta para acabar com a pobreza e com o desrespeito aos direitos humanos, dentre estes, os das mulheres.

O Brasil ratificou plenamente o plano de ação desta conferência no mesmo ano em que ela aconteceu.

---

<sup>3</sup> Sigla em inglês correspondente ao nome do comitê, de uma Recomendação aos Estados participantes da Conferência de Viena com vistas a cobrir a lacuna correspondente ao tema de violência contra a mulher deixada pelas Convenções e Conferências anteriores.

Ainda em 1994, realizou-se no Brasil, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), mas que foi ratificada por nosso país somente em 1995.

Esta, reconheceu em seu texto, que se fazia necessário combater-se a violência contra a mulher, pois este fenômeno histórico – cultural possuía bases na concepção discriminatória de gênero, ou seja, na idéia sexista de que o gênero masculino possuía características essenciais que lhe faziam ter maior poder que o feminino.

Tal visão feria profundamente direitos humanos já estabelecidos em outros eventos mundiais e impedia as mulheres de desfrutá-los de forma integral e livre.

Artigo 10 - Para os efeitos desta Convenção deve-se estender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público, como no privado (PIOVESAN, 1997, p 468).

Finalmente, em 1995, realiza-se em Beijing (Pequim) na China a IV Conferência Mundial da Mulher, a comando da ONU, aprovando uma Declaração e uma plataforma de Ação priorizando os ideais de igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres.

Em sua análise da situação social das mulheres à nível mundial, a Conferência traz à tona uma preocupação com a crescente “feminilização” da pobreza, uma vez que as mulheres continuavam obtendo salários menores que os dos homens, não ocupando cargos altos, hierarquicamente falando, sofriam também diversos tipos e graus de violência e eram mantidas à margem das decisões políticas e da participação nas esferas do poder.

A Plataforma de Ação de Beijing constata que a vida e as aspirações das mulheres são restringidas por atitudes discriminatórias e estruturas sociais e econômicas injustas. Endossando a perspectiva ampla sobre os direitos humanos, a Plataforma considera que a emancipação da mulher é uma condição básica para a existência de justiça social e, neste sentido, não deve ser encarada como um problema apenas das mulheres, mas deve envolver toda a sociedade (BARSTED, 2001, p. 37).

Vale ressaltar ainda, que as conferências supracitadas embora não versem específica e exclusivamente sobre os direitos reprodutivos e a saúde da mulher, seu conteúdo, por tratar de direitos humanos, perpassa e abarca estes temas, contribuindo para que sejam reconhecidos mundialmente.

No Brasil, tal como nos demais países, ditos países em desenvolvimento, há profundas desigualdades sociais, e um enorme fosso que separa a realidade, dos direitos conquistados tão arduamente.

Isto, não deve, entretanto, desmerecer as conquistas alcançadas, principalmente através do engajamento dos movimentos feministas em prol dos direitos da mulher em nosso país, muito pelo contrário, deve munir os povos de uma vontade ainda maior de lutar para mudar esta situação.

O grande embate que deve ser travado é o que busque o reconhecimento efetivo dos direitos humanos de mulheres, e que possa ser capaz de mundialmente fomentar a formulação de programas e políticas públicas mais eficazes neste sentido.

Pode-se afirmar então que ao definir-se os direitos das mulheres, dentre eles os reprodutivos, como sendo também direitos humanos, está se fomentando a construção de uma sociedade e um mundo onde as mulheres sejam donas do seu próprio destino e onde homens e mulheres sejam tratados de forma equânime .

## 2.2 SAÚDE MATERNA E DIREITOS REPRODUTIVOS NO BRASIL: AMPARO LEGAL

O panorama da saúde da mulher, mais especificamente a saúde materna, no Brasil, historicamente vem adquirindo novos contornos , como já visto, principalmente através da luta dos movimentos sociais de vertente feminista, da ratificação de normas e direitos consagrados nas Conferências, Tratados, e demais eventos internacionais e nacionais relacionados à defesa dos direitos humanos das mulheres, dos quais nosso país foi membro participante, bem como da mudança de postura do Estado no que diz respeito ao trato com esta temática.

A saúde materna pode ser definida de diversas formas, dentre elas está a seguinte: “Saúde Materna abrange resultados positivos e negativos – físico, social ou mental, de uma mulher, de causas relacionadas com a maternidade ou seu manejo” (GRAHAM; CAMPBELL, 1990, P. 14 apud GALVÃO, 1999, p. 170) e encontra amparo legal desde 1983, quando o Ministério da Saúde elaborou, com o apoio de feministas , o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher , conhecido como PAISM.

Este, se configurava como um programa de ações e serviços que devem acompanhar a mulher nas mais diversas fases de vida, desde a sua primeira menstruação até a menopausa. Ele dispõe que a mulher deve ter um atendimento específico, no que diz respeito às seguintes ocasiões: pré – parto, parto, pós – parto; situações de infertilidade, casos em que a mulher queira evitar a gravidez, ações e cuidados preventivos aos cânceres de mama e cérvico – uterino; e também na menopausa.

O PAISM, deveria ainda, propiciar a realização de atividades educativas , que auxiliassem as mulheres a obter maior conhecimento sobre sua anatomia, e assim , vivenciar de maneira mais saudável sua sexualidade, informando-as sobre os problemas mais comuns de saúde , e como viver melhor.

Todos os municípios deveriam além de implantar o PAISM, organizar o programa e ofertar os serviços de forma gratuita à população feminina.

Quanto ao seu público alvo, segundo a Rede Saúde são:

- Adolescentes, adultas e as mulheres que se encontram em fase de climatério e velhice;
- Trabalhadoras ( com problemas de saúde especificamente relacionados ao trabalho ;
- As mulheres que necessitem de cuidados durante o pré – natal , parto e puerpério<sup>4</sup>, ou seja , desde o início da concepção até 45 dias após o parto;
- Mulheres que apresentem complicações resultantes de aborto ou necessitem de aborto previsto em lei;
- Em situação de violência doméstica e sexual.

Ainda segundo a Rede Saúde (2001), deveriam ser oferecidas às mulheres atendidas, ações de Planejamento Familiar (incluindo casais que não conseguem ter filhos) e de controle de doenças como o câncer, diabetes, pressão alta, doenças mentais e outras.

Para evitar uma possível gravidez, se este for o desejo da mulher atendida, devem ser oferecidas opções de métodos contraceptivos<sup>5</sup>.

Vale lembrar que nenhum método contraceptivo é 100% eficaz, “e não existe método ideal para todas as mulheres, mas sim para cada mulher, ou seja, cada uma, deve escolher o que lhe for mais conveniente, sempre se levando em consideração suas condições de saúde, idade e outros fatores que o tornem seguro para sua saúde.” (CFEMEA, 1994, p168).

A implementação efetiva do PAISM se torna ainda mais importante, na medida que, dados apresentados por estudos relativos à mortalidade materna em nosso país , são realmente alarmantes. “Existem ,no Ministério da Saúde, estimativas de 114 mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos” (REDE MULHER, 2001), número vinte vezes maior que o de países considerados desenvolvidos, e verifica-se que muitas destas mortes seriam perfeitamente

---

<sup>4</sup> Puerpério é o nome dado “à fase pós-parto, em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, tendendo a voltar ao estado que a caracterizava antes da gravidez.O puerpério se inicia no momento em que cessa a interação hormonal entre o ovo e o organismo materno.Geralmente isso ocorre com o descolamento da placenta , logo depois do nascimento do bebê, embora possa também ocorrer com a placenta ainda inserida, se houver morte do ovo e cessar a síntese de hormônios.Seu término é impreciso, aceitando-se em geral que ocorre com o retorno da ovulação e a função reprodutiva da mulher.

<sup>5</sup> Métodos Comportamentais: Abstinência sexual periódica, Ejaculação Extra-Vaginal. Métodos de Barreira , Anticoncepcional Hormonal Combinado Oral, Injetável Mensal, Injetável Trimestral, Implantes, Dispositivos intra-uterino, ( DIU) etc.

evitáveis , não fosse a persistente desqualificação dos serviços públicos de saúde, abrangendo não só aspectos materiais, ou seja, falta de infra-estrutura, equipamentos e recursos financeiros , mas também aspectos humanos , envolvendo a baixa qualificação dos profissionais, que efetuam o atendimento .

Pode-se afirmar também que, ao ampliar o conceito de saúde da mulher, o PAISM, deu sustentação para discussões e colaborou para a inserção desta temática, assim como a dos direitos reprodutivos no cerne da Constituição Federal de 1988.

E somente com a formulação da Constituição de 88 é que se pode afirmar que, pela primeira vez, a mulher brasileira teve seus direitos previstos em lei, dentre eles os relacionados à sua saúde, de forma ampla e democrática.

Esta Constituição foi chamada de Constituição Cidadã, por inaugurar um novo entendimento de democracia e cidadania, uma vez que a partir de sua promulgação os parâmetros no que diz respeito à saúde, previdência e assistência foram expandidos.

“A Constituição Federal de 1988 simboliza o marco jurídico da transição democrática no país , sendo fruto de um amplo movimento pela redemocratização brasileira, após vinte e um anos de vigência do regime militar ditatorial .” (PIOVESAN, 1998, p 178 ).

Dentre todos os seus artigos , igualmente importantes, cabe destacar os seguintes :

Em seu art.10 dos Princípios Fundamentais ela dispõe sobre a constituição do Estado Democrático de Direito através da união indissolúvel de Estados, Municípios e do Distrito Federal e é fundamentada pelos princípios de soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho, da livre iniciativa e do pluralismo político;

No Art. 60 - dispõe sobre direitos sociais, ou seja, a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados;

No Art. 70- inciso XVIII, dispõe sobre a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de 120 dias. Durante o período da licença – gestante , a empregada recebe a sua remuneração em forma de salário maternidade,

As empregadas urbanas e rurais recebem o salário maternidade diretamente do empregador, este depois recebe o valor da Previdência Social,

A empregada doméstica, a avulsa e a produtora rural têm o salário maternidade pagos diretamente pelo INSS.

E, no inciso XIX, do mesmo Artigo, dispõe sobre a licença-paternidade, onde diz que o pai tem direito à uma licença de cinco dias de duração, remunerada e contada a partir do dia em que apresenta ao empregador a declaração de nascimento de seu filho;

No Art. 196 - diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e isto deve ser feito através da formulação de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e equânime às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;

No Art.201 - que dispõe sobre a Previdência Social, em seu inciso II, fala que esta deve abarcar a proteção à maternidade, especialmente a gestante;

O Art. 203 - dispõe que a Assistência Social, será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social, e tem como um dos seus objetivos, a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

E no Art. 226, parágrafo 70 – diz que o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.” (BRASIL, 2002)

A Carta de 88, garante também o reconhecimento e proteção dos direitos reprodutivos.

Dos princípios fundamentais da Constituição Brasileira de 1988, destacam-se Relevantes dispositivos pertinentes à questão dos direitos reprodutivos. [...] Já no art 30 enuncia como um de seus objetivos fundamentais promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, tais princípios relacionam-se com os direitos reprodutivos, posto que estes constituem verdadeiro exercício de cidadania de dignidade da pessoa humana, opondo-se a quaisquer formas de preconceitos ou discriminações (PIOVESAN, 1998, p. 178)

Além disso, a Carta dá força de norma constitucional aos direitos reconhecidos nos tratados internacionais, garantindo-os em seu texto e tornando-os passíveis de aplicabilidade imediata.

É importante ressaltar que apesar destes direitos estarem previstos em nossa Constituição, que é nossa lei maior, na realidade, constata-se que há problemas, por exemplo, na implementação de benefícios às gestantes.

No que tange especificamente ao prisma de proteção à saúde, é criado por esta Constituição, e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), e nº 8.142/90, o Sistema Único de Saúde- SUS<sup>6</sup>

A reforma do setor de saúde no Brasil, baseada na Constituição de 1988, procurou deflagrar regras pelas quais a saúde seria organizada por um Sistema Único de Saúde, totalmente financiado pelo Estado, composta por uma rede descentralizada de prestadores e provedores públicos e privados (MEDICI, 1999, apud GALVÃO, 1999).

O SUS, segundo o Art.198 da CF de 88, possui as seguintes diretrizes básicas :

- Descentralização - Desloca o poder de decisão para o responsável imediato pela execução de ações, (Município, Estado ou Governo Federal);
- Atendimento integral - com prioridade para as ações de prevenção de doenças;
- Participação da comunidade<sup>7</sup>.

Sempre tendo como premissas a garantia de acesso aos serviços de saúde para todos os cidadãos, a equidade no atendimento sem distinções, em total igualdade de condições, atentando, é claro, para as demandas de saúde apresentadas, visando deste modo o atendimento integral à saúde da população sendo assim, abarca também todo o universo de atendimento relacionado à saúde materna, estabelecendo metas e pensando alternativas de ação para a redução da mortalidade materna, com especial atenção aos casos de câncer de mama e colo do útero, bem como os relacionados à gravidez de Alto Risco.

No que se refere à legislação que regulamenta e dispõe sobre o funcionamento do SUS, além das já citadas CF, Leis 8080 e 8.142, estão:

Constituição do Estado de Santa Catarina de 1989, em seus Arts. 153 a 155;

Decreto nº 99.438 de 07.08.90 - Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências;

Resolução nº 33 de 23.12.92 do Conselho Nacional de Saúde/MS que aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”.

<sup>6</sup> O termo sistema único origina-se do fato de que a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos, são aplicados em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: Federal, Estadual, e Municipal (REDE SAÚDE, 2001) com o intuito de atender às reivindicações advindas dos movimentos sociais, e da sociedade civil como um todo, que bradavam e se organizavam em busca de melhora no atendimento e na qualidade dos serviços de saúde brasileiros.

<sup>7</sup> A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde: as Conferências e os Conselhos de Saúde onde a comunidade, através de seus representantes, pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 1990).

Nesta perspectiva, desde 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso, as voltas com o movimento em prol de uma reforma no sistema de saúde no país, instauram-se as Normas Operacionais Básicas.

[...] processa-se uma “reforma dentro da reforma” da saúde. esta reforma essencialmente se expressa por meio das Normas Operacionais Básicas. Nestas, procura-se apontar para a reordenação do modelo de atenção à saúde a partir de uma redefinição dos papéis de cada esfera de governo, dos instrumentos para estados e municípios transformarem-se em gestores do sistema; de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação do SUS, vínculos dos usuários com os serviços sociais (NOB/96) (COSTA; AQUINO, 2000, p. 191)

A operacionalização das Leis Orgânicas da Saúde é feita através destas Normas que são editadas pelo Ministério da Saúde, priorizando o cumprimento de dispositivos legais para a implantação do SUS. Na atualidade, está em vigor a NOB 01/96.

Esta norma, segundo Bruggemann (2004, p. 26) “ trouxe alguns avanços importantes para a consolidação do SUS, através da promoção do pleno exercício de poder público municipal.” Descentralizando assim, as responsabilidades pela gestão das ações em saúde para os municípios.

Convém lembrar que o SUS inovou ao não exigir comprovante de contribuição à Previdência Social , permitindo assim que toda e qualquer pessoa seja atendida nos hospitais da rede pública de saúde , de modo gratuito e digno, sem impor regras.

“A Rede Pública de Saúde é formada por: postos de saúde, pronto – socorros, hospitais, casas de saúde particulares que têm convênio com a Previdência Social”. (CFEMEA, 1994, p 165 ).

Observando pelo prisma do trabalho, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que vigora desde o dia 10 de Maio de 1.943 , através do Decreto Lei 5.452 , dispõe sobre a saúde materna da seguinte maneira:

Art 10, inciso II, b- Garantia de emprego à mulher grávida, e versa que esta não poderá ser demitida desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto;

Obs: A mulher grávida empregada poderá sim ser demitida somente por justa causa , conforme o art 394 também da CLT;

E, se o contrato de trabalho firmado pela gestante e seu empregador for por prazo determinado, este não tem obrigação de mantê-la empregada, quando o prazo acabar.( art.445);

No art 391, dispõe que casamento ou gravidez não são motivos para dispensa de empregada;

Sendo assim, proíbe que sejam criadas normas ou regulamentos em empresas, convenções coletivas ou contrato individual de trabalho, que restrinjam os direitos da mulher ao emprego por estes motivos.

A mãe trabalhadora tem ainda direito a dois descansos de meia – hora diários , durante sua jornada de trabalho para amamentar seu bebê até os seis meses de idade; (art. 396); Convém ressaltar que nem sempre isto é possível, pois a maioria das empresas, não possuem creches ou espaços apropriados para a amamentação, e quando efetuam convênios com creches, estas geralmente não se situam próximos ao local de trabalho.

Haveria necessidade também, de se observar os motivos para a demora na criação desses espaços, por parte dos estabelecimentos e empresas, se ocorre por falta de recursos financeiros, por deficiência administrativo-organizacional, por desconhecimento da lei trabalhista, pela baixa mobilização das categorias profissionais, ou por simples omissão.

O desvendamento destes motivos, poderá servir para nortear ações futuras no sentido de solucionar estes problemas e assim, fazer valer o que está previsto em lei.

Tais espaços estão previstos no artigo 389, que obriga estabelecimentos com no mínimo 30 mulheres acima dos 16 anos até-los em sua estrutura.

Todavia, apesar de todas estas contribuições e avanços legais no que toca à atenção à saúde da população em geral, nota-se ainda hoje, que as desigualdades sociais, o pouco repasse de recursos do governo para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços , a falta de informação sobre o funcionamento destes, dentre outros problemas , acabam dificultando a plena implementação do sistema de saúde, impedindo sua eficácia.

Vale destacar que, a boa saúde não se resume somente à ausência de doenças, mas também é perpassado pela confiança de que se tenha ao alcance se preciso for, serviços de saúde de qualidade e competência, e recursos materiais suficientes para uma vida digna , incluindo aspectos como: rede de água e esgoto, moradia, alimentação, segurança , emprego, entre outros imprescindíveis para uma condição de cidadania.

No que toca à saúde materna, este panorama é ainda mais preocupante uma vez que, além dos problemas supracitados, quando nos atemos às estatísticas sobre mortalidade materna, estas não estão baseadas em dados de fontes totalmente seguras, visto que, nem todos os casos de óbito resultantes do ciclo de mortes maternas são informados pelas instituições onde ocorreram , seja por deficiência no serviço ou por negligência ,e isto faz crer que o número seja maior que o divulgado.

No Brasil, não existem pesquisas para dimensionar a magnitude da mortalidade materna em cada estado, mas somente alguns estudos locais e estaduais, os quais têm sido utilizados para estimar as razões de morte materna no país e por região, aplicando-se fatores de correção para diminuir o impacto da subinformação desses óbitos maternos. [...] estima-se que para cada morte declarada como materna, existe uma que não foi declarada como tal (TANAKA; MITSUIKI, 1999 apud REDE SAÚDE, 2001, p. 29).

Sendo assim, em consonância com os propósitos deste trabalho, a seguir será traçado o panorama brasileiro relativo a saúde materna.

### 2.3 SAÚDE MATERNA: PANORAMA BRASILEIRO

A constatação de que os dados estatísticos relativos à saúde materna em nosso país não são totalmente confiáveis, é perturbadora à medida que, ao não se ter a noção exata dos índices de mortalidade, e se basear em estimativas, isto poderá influir negativamente na criação e elaboração das políticas de saúde, pois talvez estas, ao não abarcarem todos os fatores causadores destas mortes, não contribuam no sentido de reverter este panorama.

Os índices de mortalidade materna podem ser também vistos e entendidos como um dos fatores capazes de indicar o grau das desigualdades sociais de um país, assim sendo, não é com espanto que se constata, segundo estudos, que o maior número de mortes ocorre justamente nas localidades brasileiras menos desenvolvidas sócio - economicamente.

Morte materna é o óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais,. A Razão de Mortalidade Materna, portanto relaciona os óbitos maternos por causas obstétricas diretas, indiretas e não especificadas com o número de nascidos vivos, e deve ser expressa por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2004)

Sobre este tema, a Rede Saúde (2001, p. 30) apresenta o seguinte quadro:

Região	Fator de Correção de óbitos	Óbitos Maternos Informados	Óbitos Maternos Estimados	População Feminina	Coefficiente por 100.000 Mulheres
Norte	2,593	132	342	3.924.321	8,72
Nordeste	1,834	447	820	16.067.100	5,10
Sudeste	1,087	743	808	25.166.104	3,21
Sul	1,202	335	403	8.671.059	4,64
Centro-Oeste	1,880	125	235	3.947.563	5,95

**Quadro 1** - Coeficiente de mortalidade feminina proporcional por causa materna

(Por 100.000 mulheres de 10 a 59 anos)<sup>8</sup>. Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS (2001).

Estes dados constituem-se em uma pequena amostra do percentual de mortes maternas em nosso país, uma vez que como já mencionado, na atualidade, não há como se ter certeza do número real de mortes, devido aos problemas com a subinformação de óbitos, e o grau variável de eficiência dos serviços de saúde responsáveis pela notificação destes, em cada região.

No que se relaciona às causas de morte materna em nosso país, o Ministério da Saúde para fazer suas estatísticas as divide em dois grupos distintos : as obstétricas diretas e as obstétricas indiretas.

As causas obstétricas diretas dependem da qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde à gestante, desde o início da sua gravidez até o puerpério. O que nos faz crer que estas seriam mais facilmente evitadas do que as causas obstétricas indiretas, as quais são referentes à associação de doenças graves ao processo gravídico – puerperal.

Mas isto não é o que se demonstra (REDE SAÚDE, 2001, p. 33):

<b>Causa Básica da Morte</b>	<b>%</b>
<b>Obstétrica Direta</b>	
Eclampsia	21,2
Síndromes hemorrágicas	12,4
Hemorragia pós-parto	4,9
Deslocamento prematuro de placenta	4,0
Infecção puerperal	7,0
Aborto	4,7
Aborto espontâneo	1,3
Aborto provocado	3,4
Embolia Pulmonar pós-cesária	2,6
<b>Obstétrica Indireta</b>	
Cardiopatía complicada pela gestação	10,2
Doença do aparelho respiratório	6,9
Doença do aparelho digestório	1,5
Hipertensão preexistente	1,2
Diabetes	1,0

**Quadro 2** - Porcentagens dos óbitos maternos por complicação da gravidez, parto e puerpério. Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2000).

Analisando os dados apresentados, pode-se notar o alto índice de mortes por síndromes hipertensivas, hemorragias e complicações do aborto. Tais fatores são extremamente relevantes e servem de parâmetro para avaliar o grau de eficiência e qualidade da assistência oferecida às gestantes no Brasil, pois é sabido que uma gravidez quando acompanhada através de

<sup>8</sup> Embora habitualmente a faixa etária utilizada para estudo e análise seja dos 15 aos 45 anos, no Brasil já ocorrem

um pré-natal bem feito, e de uma assistência médico - hospitalar adequada tem diminuídas as chances de complicações à saúde da mãe e à do bebê.

A partir deste panorama, torna-se cada vez mais forte a reivindicação pela criação de Comitês de Mortalidade Materna<sup>9</sup> oriunda da mobilização de Grupos de Mulheres e contando com “o estímulo de órgãos como o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o suporte nacional de Sociedades, como as de Ginecologia e Obstetrícia, e internacional como Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e UNICEF os Comitês constituiriam-se assim em instâncias de estudo, análise e vigilância das mortes” (REDE SAÚDE, 2001, p.18) e tais ações teriam alcance em todo território nacional.

Ao enfatizar-se a importância dos Comitês para que se consiga uma mudança positiva no espectro concernente à diminuição da mortalidade materna, deve-se também entender que a efetividade destes será maior se suas ações forem vinculadas às dos Conselhos de Saúde<sup>10</sup> municipais.

Além disso, faz-se importante atentar para fatores tais como: o desconhecimento feminino com relação ao trato com o próprio corpo, a falta de informação com relação aos serviços de saúde oferecidos pelas instituições, concernentes ao período pré-natal, pré-parto, parto e puerpério, além dos cuidados com a nutrição, excesso de trabalho, tabagismo, condições sócio – ambientais desfavoráveis, dentre outros, que por vezes podem influir negativamente no que tange à eficiência das ações em saúde, e também no grau de resolutividade das demandas apresentadas.

Nesta perspectiva, cabe lembrar que como já mencionado, o corpo feminino no decorrer dos tempos vinha sendo “objeto” de análise, curiosidade e repressão por parte das autoridades governamentais movidas por uma visão machista que, infelizmente, ainda se faz presente em nossa sociedade, em menor proporção bem verdade, mas o bastante para fundamentar e fazer perdurar ideais discriminatórios que perpassam todos os setores, com mais ênfase nos aspectos sócioeconômicos (diferenças salariais e pouca oportunidade para mulheres ocuparem papéis de destaque), nos aspectos biológicos (ainda persiste em algumas áreas a noção da suposta fragilidade do corpo feminino, o que colocaria as mulheres em um lugar menos

---

registro de casos de gravidez em mulheres de 10 a 59, sendo assim expandiu-se o universo de análise.

9 “Em Santa Catarina, o Comitê Estadual de Morte Materna – CEMMA, foi instituído oficialmente, através da portaria nº 0134, de fevereiro de 1995 e conta com a participação de diversas instituições.” (Plano Estadual de Saúde, 2002, p. 36).

10 O Conselhos, “constituem-se em órgãos de controle do SUS pela sociedade nas três esferas de governo. Foram criados para auxiliar a população a interferir, quando necessário, na gestão de saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais.” (BRASIL, 1990)

favorecido que o dos homens , e por isso a idéia de elas não serem capazes de realizarem as mesmas tarefas), e este tipo de postura acaba resvalando para o atendimento à saúde.

Atualmente, saúde materna é entendida e tratada por duas visões bem divergentes. A primeira, embasada em ideais capitalistas e neoliberais , atende , tratando o corpo da mulher como uma mercadoria, na medida que o atendimento é baseado em cotas a serem cumpridas. As consultas são breves e muitas vezes limitadas ao aspecto biologicista, (saúde/doença) com intuito puramente curativo ,não abrem espaço para o esclarecimento de dúvidas, medos , enfim, não leva em consideração os demais aspectos que permeiam o universo das mulheres atendidas.

Assim sendo, não é a mulher, não é a gestante, com todos os seus sentimentos, frustrações e emoções enquanto ser humano que é, que interessa aos profissionais da saúde adeptos desta visão, mas sim o que ocorre no seu corpo.

Os profissionais, sobretudo os médicos, representantes do sistema médico oficial destinado às populações de baixa renda, embora tenham clareza quanto às relações entre as condições sócio – psicológicas e ambientais e a incidência de doenças, na prática relegam estes fatores em favor de um tipo de tratamento e cura puramente sintomático (via amplo consumo de medicamentos), que anula as capacidades autônomas de indivíduos e grupos em refletirem sobre seu estado de saúde, suas condições e estilos de vida que são determinantes , na maioria das vezes, das situações de doenças (GRISOTTI, 2000, p.60)

Porém, aos poucos, a proposta de uma nova vertente, a que luta pela humanização do atendimento, vem ganhando força e este universo está se transformando para melhor e, felizmente, a assistência à saúde materna também.

Assiste-se ao repensar de técnicas, atendimentos e rotinas nas unidades de saúde, no intuito de humanizar, qualificar e redimensionar suas práticas e assim, promover uma atenção mais profícua, adequada e integral que vai ao encontro dos direitos reprodutivos já previstos em lei, mas ainda embrionariamente respeitados e reconhecidos por nossa sociedade .

E, ainda que estas iniciativas embora devessem, não seja regra, contribuem para o descortinamento de um futuro promissor no que tange à qualidade de atenção à saúde materna em nosso país.

Neste sentido, a partir do exposto e sendo a gravidez de alto-risco tanto temática integrante do universo da saúde materna, quanto o objeto de estudo deste trabalho, aborda-se este tema no item seguinte, bem como as políticas a ele relacionadas.

## 2.4 A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

A Gravidez constitui-se em um fenômeno natural na vida de uma mulher, mas não só abrange o físico como também o universo psico-social da gestante.

Segundo a Rede Saúde (2001, p.23) “a gravidez é um processo que envolve o corpo, a mente e as pessoas que estão à volta. Todas essas mudanças também significam alterações nos hábitos e cuidados com a saúde.”

A gravidez também não impede a mulher de manter uma vida sexual ativa e normal.

Todavia, há casos onde a gravidez não transcorre da maneira esperada e por uma miríade de fatores apresenta problemas, pondo em risco tanto a vida da mãe como a do bebê.

Uma gravidez de alto risco é aquela em que o risco de doença ou de morte, é maior do que o habitual, tanto para a mãe como para o bebê. [...] Para identificar uma gravidez de alto risco, examina-se a mulher grávida para determinar se apresenta condições ou características que exponham, a ela ou ao feto, a possibilidade de adoecer ou de morrer durante a gravidez( fatores de risco).[...] O fato de identificar uma gravidez de alto risco assegura que a mulher que mais precisa de assistência médica a receba efetivamente (MANUAL MERK, 2005).

Estes casos são intitulados como gravidez de alto risco. E para configurá-la, os médicos costumam levar em consideração fatores:

- Individuais e sócioeconômicos (idade materna inferior a 17anos ou maior do que 35 , altura materna menor do que 1,45m exposição a agentes físico-químicos nocivos e estresse, má aceitação da gestação , situação conjugal insegura, baixa escolaridade, baixa renda, peso materno inadequado , uso de drogas),
- Fatores Correspondentes à História Ginecológica e Obstétrica Anterior (abortamento habitual, infertilidade, anormalidades uterinas, feto morto ou morte neonatal não explicada, trabalho de parto prematuro, recém – nascido de baixo peso, neoplasia ginecológica, cirurgia uterina anterior, hemorragia ou pressão alta em gestação anterior);
- Também são estudados dados reportados pelas gestantes, referentes a doenças maternas prévias ou concomitantes (cardiopatias,pneumopatias, doenças da tireóide, retardo mental, doenças sexualmente transmissíveis, tumores, doenças psiquiátricas, epilepsia, doenças hematológicas, infecções);
- Doenças da Gestação Atual, completam o hall de aspectos relevantes para a confirmação de um quadro gestação de alto risco.

A gravidez de alto risco constitui-se então como um “problema de saúde”, e está inserido no universo de saúde mulher, mais especificamente no âmbito da saúde materna, requerendo tratamento especializado, exigindo dos serviços de atendimento, além de um preparo profissional específico, estrutura física adequada envolvendo unidades ambientadas para estes casos, somando-se a isto também a presença obrigatória de UTI neonatal pois muitos casos de gravidez de alto risco acabam resultando em um parto prematuro. Vale lembrar que nos casos de prematuridade, ainda que a criança não nasça com maiores problemas, por não nascer na data prevista, necessita de acompanhamento neonatal especial.

A problemática reside justamente no fato de que, apesar de o SUS com suas diretrizes e princípios garantir teoricamente universalidade, equidade e integralidade no atendimento, na realidade o que ocorre é uma forte fragmentação deste, com os serviços de saúde ainda em sua maioria, baseando-se em ações paliativas e focalizadas não abarcando todo o universo das demandas de saúde que emergem da sociedade.

Especificamente no que tange à gravidez de alto risco não são muitos os hospitais, maternidades e serviços de saúde que possuem condições para efetuar o atendimento e tratamento das possíveis intercorrências clínicas, não raras nestes casos.

O que ocorre então é a entrada em cena da ambulancioterapia, sistema adotado praticamente em todo território nacional que consiste na transferência das gestantes de alto risco, oriundas dos municípios mais distantes ou onde não existam serviços especializados, para os grandes centros, geralmente as capitais, sobrecarregando muitas vezes as unidades de saúde nestes locais.

Deste modo, pode-se constatar que esta situação é extremamente desgastante para a gestante e sua família afetando-os tanto física quanto psicologicamente, se forem considerados a transposição de longas distâncias em transporte muitas vezes em mau estado de conservação, bem como o nervosismo e a incerteza quanto à resolução do problema de saúde.

Isto tudo decorre principalmente da falta de políticas públicas sobre esta questão. E esta deficiência não é atual, pode-se afirmar que se trata de uma “herança histórica”, uma vez que segundo Cohn et al (1999, p 7) “a saúde no Brasil sempre foi perpassada por lutas e a forte presença de grupos de pressão envolvidos em jogos de interesses”.

E as políticas de saúde, se olharmos por este prisma, também acabaram sendo influenciadas por estes fatores, isto porque mais das vezes, em um patamar mais amplo, acabavam privilegiando aspectos relacionados à dinâmica de mercado, impostos pelos ideais

neoliberais, em detrimento do usufruto dos direitos sociais., ou seja, as políticas além de poucas eram em sua maioria excludentes e seletivas, nunca suficientes para o aumento constante de demandas.

Em 1977, foi formulado pelo Ministério da Saúde o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), este previa a oferta de contracepção às mulheres que tinham risco gestacional.

Este programa não obteve êxito em sua empreitada, sendo rechaçado pela sociedade, movida pela oposição do movimento de saúde e pela imprensa da época, segundo Costa (1999, p. 325), pois foi entendido como mais um programa voltado ao controle demográfico, tão deflagrado em décadas anteriores e tão temido pela população, pelo seu grau de estigmatização e opressão.

Nem sua formulação contando com a mobilização de diversos professores universitários, que mexiam com a temática da saúde reprodutiva o salvou do seu arquivamento o que ilustra a falta de uma visão integral de saúde e do usuário em seu todo holístico.

Transportando-nos para 1998 uma Portaria ditada pelo então ministro da saúde José Serra trazia em seu bojo, propostas de mudanças na estrutura de atendimento à gestação de alto-risco.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

- a importância de acompanhamento do atendimento perinatal, visando à redução do índice de morbimortalidade materna e neonatal;

- a importância do atendimento hospitalar na assistência à gestante de alto risco, e

a necessidade de organização dessa assistência para assegurar uma melhor qualidade no atendimento à gestante de Alto Risco, resolve:

Art. 1º - Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco.

Art. 2º - Os Sistemas deverão contar com Unidades de Referência Secundária e Terciária, buscando hierarquizar os diversos níveis de complexidade no atendimento à Gestante de Alto Risco.

Parágrafo Único – As Unidades Terciárias poderão implantar Casas da Gestante de Alto Risco, como unidades de apoio, que farão parte do Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco.

Art. 3º - Estabelecer os seguintes critérios para inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento Terciário à gravidez de alto risco:

I – Apresentar índices de cesariana menor ou igual a 40%;

- II – Manter Comitê de Estudo de Mortalidade Materna implantado e atuante, informando semestralmente os seus índices e as iniciativas adotadas para a sua redução e os resultados alcançados;
- III – Manter Comitê de Estudo de Mortalidade Neonatal implantado e atuante, informando semestralmente os seus índices e as iniciativas adotadas para a sua redução e os resultados alcançados;
- IV – Manter Comissão de Infecção Hospitalar implantada e atuante, informando semestralmente os seus índices e as iniciativas adotadas para a sua redução e os resultados alcançados;
- V – Destinar, no mínimo, 70% dos leitos disponíveis ao atendimento de gestante de Alto Risco;
- VI – Garantir Assistência Pré-natal e Planejamento Familiar à gestante de Alto Risco referenciada;
- VII – Dispor de área física própria para o atendimento à gestante de alto risco (BRASIL, 1998).

Esta portaria configurou-se em uma iniciativa governamental muito bem vinda, todavia sua aplicação vem se dando a passos lentos devido a problemas já conhecidos de outras épocas, ou seja, entraves político-burocráticos, que acabam afetando o repasse de recursos tão necessários para o bom desenvolvimento de todo e qualquer projeto.

O Ministério da Saúde, segundo o Portal Humaniza (2005), formulou uma série de programas e projetos, dentre estes, destacou-se o concernente à gestação de alto-risco que visava à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à gestante de alto-risco e deveria estimular a organização e consolidação estes serviços por todo o território nacional.

Na prática, este programa não obteve sua eficácia, pois além de sua implementação não alcançar sua totalidade, a incidência de casos de gravidez de alto risco era alta e a estrutura de atendimento não conseguiu abarcar tal demanda.

Deste modo, serviços que não possuem a conotação de referência, acabam realizando o atendimento destes casos, sobrecarregando sua estrutura e equipe de profissionais, ocasionando demora ou mesmo a transferência do atendimento de casos considerados mais simples para outras datas ou outros serviços de saúde.

Em contrapartida, a partir do compromisso assumido pelo atual governo com os movimentos de mulheres, foi elaborado em 2004 o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, em grande parte resultado das resoluções saídas da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e de Promoção da Igualdade Racial, realizada em julho de 2004.

o processo da Conferência envolveu também os governos Estaduais e Municipais, e entendemos que para que o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres se concretize é necessário mais uma vez, e cada vez mais, o envolvimento ativo dos governos, Municipais, Estaduais, e do Distrito

Federal, fazendo com que as políticas atinjam e modifiquem a vida das mulheres, estabelecendo relações mais igualitárias entre mulheres e homens, e entre as próprias mulheres.” (PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2004, p. 11)

A I CNPM, foi convocada pelo Presidente da República Luis Inácio Lula da Silva e Coordenada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos Mulher (CNDM).

Vale ressaltar que a SPM, que tem status de ministério e assessora diretamente o Presidente da República, constitui-se em uma conquista histórica para as mulheres, incorporando e fomentando a articulação e coordenação de políticas.

Sobre o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), pode-se salientar que se estrutura em torno das seguintes áreas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos e enfrentamento à violência contra as mulheres.

Este Plano contempla e enumera ações e políticas que devem ser desenvolvidas para que sejam efetuadas mudanças positivas na vida das mulheres brasileiras, e também inova ao trazer incutido em seu conteúdo o objetivo de transversalidade de gênero<sup>11</sup>.

Por este enfoque, no que tange ao aspecto da saúde, o Plano tem como objetivos-mor: a diminuição do índice de mortalidade materna; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; a promoção e a melhoria da saúde das mulheres brasileiras a partir da garantia de direitos legalmente constituídos e da ampliação do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro.

Ele quer também contribuir para a redução da morbimortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie, bem como ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004, p. 62).

O atendimento às gestantes de alto-risco, está contemplado neste plano, na medida que este, traz em seu cerne, como uma de suas prioridades de ação, o apoio técnico e financeiro a estados e municípios visando à construção de uma rede de atenção obstétrica para assim garantir

<sup>11</sup> Seguindo Lisboa e Manfrini (2005), Transversalidade de Gênero nas diversas políticas públicas envolve o atendimento de que as desigualdades de gênero devem adquirir sentido nos objetivos das políticas, agrária, econômica, fiscal, de educação, saúde, assistência social, etc, áreas estas, que precisam ser perpassadas pela preocupação de equidade e gênero. Além disso, a dimensão de gênero precisa ter sentido nas demais políticas e órgãos públicos, através da distribuição de poder, posições de decisão e valorização do trabalho. Proporcionar a participação da mulher nos órgãos colegiados e posições de poder significa também, prever a equidade de gênero.

a melhoria e a humanização da atenção prestada à saúde da gestante de alto risco , em situações de emergência ou urgência, utilizando-se para isto dos sistemas de referência e contra-referência de atendimento à saúde.

Já em nível estadual há o Plano Estadual de Saúde que possui objetivos semelhantes aos do PNPM, no que tange à saúde da mulher, objetivando principalmente a diminuição dos índices de morbi-mortalidade neonatal e materna, analisando através de estatísticas os principais fatores de risco, e a partir do resultado destas, delineando ações e estratégias em saúde, sempre dentro de uma abordagem de saúde integral da mulher.

Este Plano tem como missão assegurar a todos os cidadãos catarinenses o acesso igualitário e universal aos serviços de saúde , coordenando , efetuando planejamento e avaliação da política e das ações de saúde no Estado, tendo como referência a resolutividade dos serviços , o estímulo “ a parcerias, a regionalização da saúde e controle social, visando à promoção, à prevenção e “ a recuperação da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população.

Este plano é de suma importância uma vez que em Santa Catarina, “as causas perinatais aparecem em oitavo lugar no quadro de principais grupos de causas de morte, em Santa Catarina” (SANTA CATARINA, 2002, p. 15) .

Ainda segundo o Plano Estadual de Saúde (SANTA CATARINA, 2002) no universo de saúde da mulher, a tríade gravidez parto e puerpério é a principal causa de internações hospitalares em Santa Catarina.

Capítulo CID-10	1998		1999		2000	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- Gravidez, Parto e Puerpério	89383	22,3	90919	22,5	81455	20,5
2-Aparelho Respiratório	82794	20,7	75940	18,8	74053	18,6
3-Aparelho Circulatório	40192	10,0	43154	10,7	43269	10,9
4-Aparelho Digestivo	35232	8,8	37704	9,3	38375	9,6
5-Aparelho Geniturinário	25742	6,4	26947	6,7	26706	6,7
6-Infeciosas e Parasitárias	26833	6,7	27008	6,7	25974	6,5
7-Lesões e Envenenamentos	20178	5,0	20680	5,1	20305	5,1
8- Neoplasias	12655	3,2	13331	3,3	14470	3,6
9-Transtornos Mentais	11530	2,9	11694	2,9	13141	3,3
10- Sistema Nervoso	12117	3,0	12931	3,2	12869	3,2
Demais	43545	10,9	43923	10,9	47611	12,0
Sub-total	400202	100,0	404211	100,0	398228	100,0
Mal definidas	1992	0,5	2532	0,6	2980	0,7
Total	402194	100,0	406743	100,0	401208	100,0

**Quadro 3** - Número e percentual de internações hospitalares, segundo principais grupos de causas, Santa Catarina, 1998-2000. Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

No ano 2000 foram registrados 33 óbitos maternos em Santa Catarina, o que corresponde à 35,4 por 100.000 nascidos vivos, as principais causas de morte são: a hipertensão arterial relacionada à gravidez, complicações derivadas do aborto, hemorragias, descolamento prematuro de placenta e infecção puerperal. Vale observar que todos estes fatores estão presentes em uma gestação de alto risco.

O coeficiente de mortalidade materna é maior nas regiões do Planalto Serrano, Meio-Oeste e Sul catarinenses, enquanto a região Nordeste e a Grande Florianópolis apresentam coeficientes bem mais baixos (SANTA CATARINA, 2002).

Esta diferença pode derivar da má distribuição dos serviços de saúde por nível de assistência, de alta, média ou baixa complexidade uma vez que grande parte dos serviços de saúde de média e alta complexidade estão dispostos nos grandes centros do estado principalmente no Litoral.

Ela pode advir também da má-qualidade da assistência pré-natal, pois mesmo que Santa Catarina esteja em posição mais confortável em relação aos outros estados da região Sul, e ao Brasil, mais uma vez, deve-se ressaltar que esta qualidade não é homogênea em todo o território catarinense.

Outros fatores igualmente relevantes podem fomentar e fazer perdurar esta desigualdade no atendimento à saúde, porém é mister ressaltar que o Estado de Santa Catarina vem agindo de maneira a sanar estes problemas e vem contribuindo de maneira importante quanto ao cumprimento dos dispositivos da NOB SUS 01/96 e sua atualização através da implantação da Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS) 01/01 e NOAS ½, NOAS 2002<sup>12</sup> buscando assim uma forma de gerência em saúde mais fiel às diretrizes do SUS e à visão de atendimento integral.

Desde janeiro de 2000, através da Secretaria da Saúde do Estado, Santa Catarina atua concretamente na condução da Política Estadual de Saúde, como gestor pleno.

Deste modo, diante do exposto, pode-se entender que a gravidez de alto-risco, constitui-se em um problema de saúde que por ter sabido, alto grau de mortalidade materna, mereceria uma atenção especializada dos serviços de saúde, bem como ser objeto de políticas mais adequadas às suas especificidades.

---

<sup>12</sup> A NOAS 2002 trouxe mudanças em relação à NOB 96, ao dispor sobre regionalização, atenção básica ampliada, Referência e Contraferência e Pactuação da assistência (PPI), Termo de Compromisso para Garantia de acesso, Responsabilidade de acordo com a complexidade.

As iniciativas da atual gestão política na esfera Federal, que além de contar com a presença de mulheres em cargos importantes, também recebe o apoio de representantes de movimentos feministas, constituem-se assim, em avanços, pois parecem indicar que há, ainda que de modo embrionário, vontade política para que se efetue uma mudança contundente e necessária no que tange à assistência saúde da mulher, uma vez que esta deve ser prestada de modo integral e humano como previsto em lei.

Sendo assim, diante do exposto, cabe ressaltar a existência de serviços de saúde que já possuem um atendimento adequado e em consonância com as diretrizes do SUS e da integralidade de assistência à saúde da mulher. A maternidade do Hospital Universitário é um destes serviços e no capítulo a seguir serão abordados sua contextualização sócio-institucional, e levando em consideração um dos objetivos deste trabalho: o perfil das gestantes internadas com gestação de alto-risco.

### **3 A MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO**

#### **3.1 A CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-INSTITUCIONAL DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

O presente capítulo visa contextualizar o Hospital Universitário na Rede Hospitalar conveniada ao SUS no âmbito estadual, bem como expor informações acerca da Maternidade do Hospital Universitário, seu atendimento prestado aos usuários e sua dinâmica institucional.

Ao final deste, será disposta a pesquisa realizada com o objetivo de traçar o perfil sócioeconômico das gestantes internadas na unidade de alto-risco.

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, HU, inaugurado em 1980, é uma instituição pública federal interligada à Universidade Federal de Santa Catarina e ao Ministério da Educação, que tem como compromisso a formação de profissionais de saúde, e uma por ser um hospital escola, visa a oferecer condições que propiciem o ensino, a pesquisa e a extensão, além de objetivar o atendimento e a assistência à população em suas demandas de saúde.

O HU, atende a toda a população do estado gratuitamente, em consonância com as diretrizes do SUS.

Segundo o Plano Estadual de Saúde (SANTA CATARINA, 2002) em Santa Catarina existem 224 hospitais vinculados ao SUS. E destes, 22 são públicos, 201 privados, e 01 universitário. O Estado de Santa Catarina administra 13 hospitais públicos e 08 estão com a administração terceirizada, apresentando um índice de 2,5 leitos por 1000 habitantes.

Vale ressaltar que a distribuição dos hospitais em nível estadual foi realizada por macrorregiões de atendimento à saúde, sendo elas: Extremo Oeste, Grande Florianópolis, Lages, Meio Oeste, Nordeste, Planalto Norte, Sul e Vale do Itajaí.

<b>MACRORREGIÕES DE SAÚDE</b>	<b>NÚMERO DE HOSPITAIS</b>
Extremo Oeste	46
Grande Florianópolis	26
Lages	15
Meio Oeste	40
Nordeste	13
Planalto Norte	11
Sul	29
Vale do Itajaí	44

**Quadro 4** - Hospitais, segundo macrorregiões de saúde, Santa Catarina, 2001.

Nota-se então, que a má distribuição dos hospitais acaba corroborando a noção de que a assistência à saúde em Santa Catarina não é oferecida de modo homogêneo, à medida que se observa um grande número de hospitais em algumas regiões e escassez destes em outras.

Esta desigualdade pode se dever ao fato de que a disposição da rede hospitalar tem como um de seus condicionantes a densidade demográfica, desta maneira, se justificaria a presença de mais hospitais em localidades mais populosas.

Como já mencionado anteriormente, esta disparidade na assistência acaba sobrecarregando os serviços em algumas regiões, e é o que ocorre no HU, que conta com aproximadamente 303 leitos em funcionamento, em diversas especialidades de atendimento, distribuídas entre: clínicas médicas 1, 2 e 3, clínicas cirúrgicas 1 e 2, pediatria, ginecologia, UTI, observação/emergência e maternidade.

Seu organograma apresenta um órgão superior de deliberação, o Conselho Diretor, uma Direção Geral, e uma vice-diretoria, assessoradas por uma secretaria administrativa e comissões permanentes.

À Diretoria Geral estão ligadas quatro diretorias setoriais, são elas: Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial, Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina.

O HU oferece também as seguintes especialidades de atendimento, que desenvolvem atividades tanto em nível ambulatorial como de internação:

- a) Anestesiologia
- b) Cardiologia
- c) Cirurgia geral
- d) Cirurgia Vascular
- e) Emergência
- f) Gastroenterologia
- g) Hematologia
- h) Nefrologia
- i) Oftalmologia
- j) Neurologia
- k) Ortopedia
- l) Otorrinolaringologia
- m) Pediatria
- n) Pneumologia
- o) Proctologia
- p) Terapia Intensiva
- q) Tocoginecologia
- r) Urologia

Segundo seu próprio site, o HU, atua nos três níveis de assistência, (básico, secundário e terciário, constituindo-se em serviço de referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas).

Além disso, seu serviço de atendimento de emergência, é diferenciado, uma vez que atende em unidades específicas crianças e adultos, podendo deste modo, prestar assistência e adequá-la ao grau de atenção exigidos por cada demanda de saúde.

Em seu corpo clínico, o HU conta com profissionais que possuem em sua maioria, alto grau de qualificação e titulação, dentre estes, Professores de dos Departamentos de Ciências da Saúde, que utilizam o hospital como centro de ensino e pesquisa, além de profissionais de Medicina de diversas especialidades, de Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social<sup>13</sup>, Odontologia, Psicologia, Engenharia Biomédica, entre outros, que acabam contribuindo para que cada vez mais o HU se configure em referência no que tange à assistência à saúde da população.

Dentro desta perspectiva, o HU implantou em 24 de outubro de 1995 sua Maternidade, que movida por uma filosofia de humanização do atendimento, ultrapassa o binômio mãe/criança, entendendo que a assistência envolve também as famílias das mulheres que vêm em busca de atendimento.

Sendo assim, em relação à filosofia da maternidade do HU, o princípio básico é a atenção humanizada ao parto, levando em consideração os seguintes aspectos entre outros:

A interdisciplinaridade é fundamental; entendendo deste modo, que a efetividade das ações em saúde praticadas na maternidade só ocorrerá na medida que também houver interconexão e similaridade de princípios e ações entre os profissionais que efetuam o atendimento;

A reavaliação constante do trabalho exercido é primordial para melhorar a qualidade dos serviços prestados às usuárias;

A reflexão sobre qual efetivamente deve ser o papel do profissional da saúde, e, por conseguinte seu papel enquanto sujeito social;

O entendimento de que os avanços tecnológicos, apesar de contribuírem para que haja maior qualidade e agilidade na assistência prestada à saúde das usuárias, não devem sobrepujar o investimento em qualificação de recursos humanos.

---

<sup>13</sup> O Serviço Social no HU conta atualmente em seu quadro profissional com 09 assistentes sociais, que atuam em programas e projetos específicos (Alzheimer, Diabetes, Núcleo Desenvolver), além de dar conta das demandas de atendimento nas clínicas de internação, maternidade e plantão)

A Maternidade do HU segue as mesmas diretrizes do hospital, ainda subordina-se à prestação de serviços (assistência médica) ao papel educativo da instituição, disponibilizando informações e educando a população, auxiliando desta maneira, na criação de uma cultura de saúde, através de uma série de condutas, rotinas e atividades relacionados ao trinômio mãe, Recém-Nascido (RN) e Família.

O atendimento humanizado e também o incentivo ao aleitamento materno perpassam todos os trabalhos desenvolvidos na maternidade do HU, como os trabalhos com grupos:

- Grupo de Gestantes e ou Casais Grávidos – Oferecido às gestantes e pais entre o 10 e 20 trimestre de gestação. São encontros que abarcam trabalhos de condicionamento físico e relaxamento, além de abrir espaço para a troca de experiências e informações, sobre a gestação, tipos de parto, aleitamento materno, cuidado com o recém-nascido, etc.
- Grupo de Amigas do Peito – é um experiência comunitária para promoção e apoio ao aleitamento materno, desenvolvida no bairro da Trindade através de uma parceria realizada entre a equipe profissional da Maternidade e a Pastoral da Criança .
- Encontro de Gestantes do Terceiro Trimestre – Neste encontro, são enfocados o parto e os cuidados com o RN. Este, também dá oportunidade para as gestantes conhecerem a estrutura de atendimento oferecida pela maternidade.
- Grupo de Sala de Espera – Ocorre sempre no corredor do ambulatório de pré – natal do HU, semanalmente, tem como objetivo sanar dúvidas sobre o processo gravídico- puerperal.
- Reunião de Pré-Alta – realizada com puérperas que receberam alta da unidade de Alojamento Conjunto, que auxilia às mães solucionando suas principais dúvidas com relação aos cuidados com a alimentação, trato com o RN, enfim, tudo que as aflija antes da ida para casa.

Os grupos de apoio se configuram então em estratégias para orientação e esclarecimento às mães nos cuidados com sua saúde e a de seu RN.

Além destes grupos, a Maternidade do HU conta ainda com o Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (GIAM), o Grupo Interdisciplinar do Alojamento Conjunto (GIAC), o Grupo Interdisciplinar da Neonatologia (GINEO) e a Comissão Pró-Aleitamento Materno.

Estes três grupos são compostos e dirigidos aos profissionais que atuam na maternidade e têm como objetivo a discussão de casos, rotinas, e estrutura, visando melhorar a sistemática de atendimento á saúde prestado na instituição e a consolidação na prática da filosofia da Maternidade do HU.

Há também o Projeto de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso- Projeto Mãe-Canguru<sup>14</sup>, desenvolvido para proporcionar o contato precoce pele a pele de mães e

---

<sup>14</sup> A maternidade do HU, por seu empenho e conseqüente sucesso com o Projeto Mãe-Canguru, figura como Serviço de Saúde de Referência para o Sul do Brasil, configurando-se em um centro formador para outros serviços neonatais.

seus bebês prematuros , primando por um melhor desenvolvimento físico e psico-afetivo, além de aumentar e manter a produção do leite materno.

Devido à efetividade e aos bons resultados alcançados pelo trabalho exercido na Maternidade, o HU foi agraciado pelo UNICEF em 17 de Dezembro de 1997 , com o título de Hospital Amigo da Criança<sup>15</sup>.

Além disso, segundo o site do HU, atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

Os serviços oferecidos na maternidade configuram-se em: Enfermagem, Fonoaudiologia, Neonatologia, Nutrição, Obstetrícia, Psicologia , Serviço Social e a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM).

Quanto aos setores de atendimento, a maternidade é composta pela seguinte estrutura:

- Triagem Obstétrica;
- Centro Obstétrico;
- Alojamento Conjunto;
- Unidade de Neonatologia
- Hotelzinho
- Lactário

O Centro Obstétrico divide-se em:

- Obstetrícia – 02 leitos;
- Pré- Parto – 04 leitos;
- Recuperação – 04 leitos.

O Alojamento Conjunto ,onde ficam as mulheres internadas até receberem alta hospitalar divide-se em:

- A maternidade dispõe de 16 leitos para o binômio mãe/bebê;
- Gestantes de Alto Risco: A maternidade disponibiliza 06 leitos.
- Ao total, esta unidade disponibiliza 22 leitos.

Devido a demanda, não é raro o manejo de casos de Alto-Risco para os leitos de puerpério.

O Hotelzinho trata-se de um quarto com 4 leitos e um sofá, disponibilizado às puérperas que já tiveram alta hospitalar , mas cujo RN necessita permanecer internado na unidade neonatal por alguma intercorrência médica, mais das vezes ocasionando o nascimento prematuro ou pré-termo.

---

<sup>15</sup> Tal título “é oferecido à unidades médicas que apóiam, promovem e protegem o aleitamento materno” (Jornal O Estado , 1997, p. 13,14).

O hotelzinho é prioritariamente disponibilizado para as mães oriundas do interior do Estado, ou que estejam em fase de amamentação.

A Unidade de Neonatologia dispõe de:

- UTI neonatal com 06 leitos;
- Sala de Cuidados Mínimos – 04 leitos;
- Cuidados Intermediários – 06 leitos;

Vale assinalar que no que tange à oferta de leitos em UTI Neonatal na maternidade do HU, à primeira vista, pode-se dizer que se trata de um número muito baixo, mas se formos observar o que ocorre em nível estadual, veremos que a situação também não é a ideal<sup>16</sup> para o atendimento adequado às demandas de saúde apresentadas pelas gestantes de alto-risco, e seus recém-nascidos.

O Plano Estadual de Saúde (SANTA CATARINA, 2002), diz que para a implantação dos leitos, de UTI devem ser priorizados: 1) O adulto nas unidades hospitalares, Referência em Urgência e Emergência, Neurocirurgia, Ortopedia, Transplantes, Cirurgia Cardíaca, e 2) o neonatal nas Unidades Referência em Gravidez de Alto Risco. Segundo o site da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, o Estado conta com aproximadamente 93 leitos de UTI neonatal.

É necessário ainda que a distribuição destes leitos seja feita por Regional de Saúde, uma vez que o leito de UTI é de imprescindível importância para a assistência à saúde, à medida que muitas vezes sua presença acaba definindo os processos de vida ou de morte.

Pode-se perceber então, que a Maternidade do HU, apesar de não possuir ainda uma estrutura física dita ideal, para o perfeito atendimento às demandas de saúde trazidas pelas gestantes que a seus serviços recorrem, vem contrabalançando estes percalços com iniciativas de ações em saúde inovadoras e eficazes.

Muito embora se faça importante ressaltar que em algumas ocasiões apesar do grande empenho em difundir e realizar o atendimento de forma interdisciplinar, tal esforço acaba esbarrando em certas posturas profissionais um tanto conservadoras, baseadas ainda em uma visão biologicista do atendimento à saúde da mulher.

---

<sup>16</sup> Segundo o Plano Estadual de Saúde (SANTA CATARINA, 2002), existem atualmente 433 leitos de UTI no Estado, dos quais somente 150 estão de acordo com as novas normas do Ministério da Saúde. O parâmetro de cobertura em UTI é de 4 % do total de leitos, a meta para Santa Catarina é de 517.

A Maternidade do HU vem portanto se constituindo em um serviço que contribui para que haja uma mudança substancial no que tange ao atendimento e às ações em saúde relativas à saúde da mulher no período concernente á gestação, parto e puerpério.

Para tal intento, dentre outras medidas, há o estímulo para que a mulher conte com a presença de um acompanhante na hora do parto, a escolha fica a critério da mesma, porém fomenta-se a presença do pai, para que o mesmo tenha participação neste momento tão significativo na vida de um casal.

Além disso, na Unidade de Neonatologia, é aceito e incentivado que os pais acompanhem seu RN enquanto ele estiver internado, sem imposição de horários ou de permanência, o que acaba tornando-os competentes para ter o cuidado necessário com o RN prematuro após a alta hospitalar.

Isto também pode auxiliar na criação e no fortalecimento dos laços afetivos , e influir positivamente no processo de evolução do quadro clínico do RN.

A Maternidade do HU também oferece à mulher a oportunidade de escolher , quando seu quadro médico assim permitir, o tipo de parto ao qual ela será submetida: de cócoras, horizontal ou vertical, entretanto, a cesárea é uma definição médica.

Os partos são assistidos por obstetra e enfermeira obstetra, e realizado em ambiente adequado, com todos os recursos de segurança, mas com cuidados para harmonizar e atenuar a visão de ambiente frio e hospitalar.

Estes cuidados constituem-se em diferenciais de qualidade e confiança para as gestantes e seus familiares, pois apesar do momento do nascimento de um filho ser um momento muito importante, o local onde ele ocorre tem igual importância, podendo afetar positiva ou negativamente no processo de parto e nascimento, trazendo conseqüências para a mãe e o bebê.

Quando se trata de gestantes de alto-risco, os cuidados devem ser redobrados, pois muitas destas gestantes vêm de outros municípios, ficam longe da família por longos períodos devido à intercorrências clínicas, e muitas vezes isto as fragiliza física e psicologicamente e interfere na resolução de sua demanda de saúde.

Com o intuito de conhecer um pouco mais sobre estas mulheres, grávidas de alto risco, atendidas pela Maternidade do HU, será abordado no item a seguir um pouco mais sobre elas, tentando traçar seu perfil socioeconômico a fim de, com isto, ir ao encontro dos objetivos desta monografia.

### 3.2 CONHECENDO AS MULHERES INTERNADAS NA UNIDADE DE ALTO RISCO DA MATERNIDADE DO HU

A partir de pesquisa do tipo documental e bibliográfico, efetuada junto ao sistema de internação da Unidade de Alojamento Conjunto, foram colhidos e analisados dados referentes aos casos de Gravidez de Alto Risco, ocorridos no período de 02 de Agosto a 10 de Dezembro de 2004, período correspondente ao estágio curricular obrigatório cumprido junto ao Serviço Social da Maternidade do HU.

Grande parte das ações de atendimento durante o período de estágio foi desenvolvida junto às gestantes internadas na unidade de Alto Risco, o que despertou interesse em observar estas mulheres um pouco mais a fundo, conhecendo sua realidade socioeconômica e deste modo pensar, refletir e adequar as ações profissionais às demandas sociais e de saúde que apresentarem.

As ilustrações a seguir, demonstram os dados obtidos através da pesquisa em 98 prontuários inseridos no sistema de internação do Alojamento Conjunto.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Percentual ( % )</b>	<b>Número de prontuários</b>
De 13 a 19 anos	16%	15
<b>De 20 a 30 anos</b>	<b>70%</b>	<b>69</b>
Acima de 30 anos	14 %	14

**Quadro 5** - Idade Materna. Fonte: Sistema de Internação da Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário

A analisar estes dados deve-se atentar para o fato de que o número de mulheres que iniciam sua vida sexual e têm seu primeiro filho ainda em plena adolescência é considerável (16%) e segundo pesquisas tende a crescer .

Isto é preocupante, uma vez que, a gravidez em idade precoce quando associada a outras doenças pode contribuir para a configuração de um caso de gravidez de alto-risco.

A prevenção poderia então, ser preconizada, através de campanhas, cursos, palestras ministradas em serviços de saúde e escolas e pelo acesso ao uso correto dos métodos contraceptivos de modo mais intensivo que o já realizado.

Os dados obtidos demonstram também um número relevante de gestantes com idade acima dos 30 anos, abarcando 14% da amostra obtida, isto, pode ser entendido como uma melhoria na qualidade do atendimento obstétrico, e da atenção à saúde da mulher em geral,

possibilitando a esta tanto adiar a primeira gravidez quanto planejar com uma margem de tempo maior se pretende ter mais filhos.

Entretanto, uma outra leitura também pode ser feita, a de que a vida atribulada e o mercado de trabalho cada vez mais exigente, acabam forçando muitas mulheres a adiar o sonho da maternidade para uma época onde tenham estabilidade financeira que lhes permita pensar nisto.

<b>Estado Civil</b>	<b>Percentual ( % )</b>	<b>Número de Prontuários</b>
Casadas	20%	19
Solteiras	05%	5
<b>União Consensual</b>	<b>75%</b>	<b>74</b>

**Quadro 6** - Estado Civil. Fonte: Sistema Informatizado de Internação da Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário

Esta amostra vem corroborar a idéia de que há uma tendência em nosso país das uniões conjugais não se estabelecerem por vínculo jurídico .

Observa-se que a união consensual, em número, é superior ao de gestantes casadas e solteiras juntos. Convém lembrar que a união consensual

Apesar de parecer ser mais “prática” traz consigo uma certa conotação de insegurança ,uma vez que como em qualquer relacionamento mais sério, é uma aposta em uma vida a dois que perdure, mas isto não é regra, e muitas vezes quando a relação acaba e os laços afetivos se rompem, geralmente já existem frutos deste relacionamento, (os filhos) , e quando o tempo de convivência não foi suficiente para ser considerada por lei como estável ,pode trazer transtornos para uma das partes , geralmente a mulher, quando esta for em busca de seus direitos por falta de documentação que comprove a existência da relação, e muitas vezes tendo que recorrer ao depoimento de testemunhas.

Por este prisma, cabe ressaltar que esta nova configuração das uniões conjugais talvez possa ser entendida como um reflexo das lutas dos movimentos feministas por direitos sexuais e reprodutivos, pois estas, contribuíram para fomentar o surgimento em nossa sociedade de novas formas de relacionamento que não necessariamente exigiam contrato jurídico.

<b>Escolaridade</b>	<b>Percentual ( %)</b>	<b>Número de Prontuários</b>
Nível Superior	01%	01
Ensino Médio	13%	12
<b>Ensino Fundamental</b>	<b>85%</b>	<b>84</b>
Não Alfabetizadas	01%	01

**Quadro 7** - Grau de Instrução. Fonte: Sistema Informatizado de Internação da Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário

O grau de instrução constitui-se em um grande indicador do índice de desigualdade presente em uma sociedade. Isto porque a construção de uma sociedade justa, igualitária, que prime pela satisfação de todas as necessidades humanas equanimemente, tem que passar pelo acesso à educação de qualidade.

Pois, como diz Pereira (2002) “ a educação apropriada, assume um papel primordial para o fortalecimento e a expansão da autonomia” .

Nosso país, como sabido, não prioriza a educação, é por isto que os dados da amostra não chegam a ser surpreendentes, quando apontam que a grande maioria das mulheres internadas possuem apenas o ensino fundamental, e somente 01% possui ensino superior.

É necessária então, a criação de políticas sociais que combatam a pobreza de forma mais eficaz, distribuindo a riqueza de forma equânime, e que entendam a educação como protagonista e não coadjuvante na perspectiva de criação de um país melhor e menos desigual.

<b>Renda Familiar Aproximada</b>	<b>Percentual (%)</b>	<b>Número de Prontuários</b>
01 Salário mínimo	20%	19
<b>Até 03 Salários Mínimos</b>	<b>70%</b>	<b>69</b>
Mais de 03 Salários Mínimos	10%	10

**Quadro 8** - Renda Familiar. Fonte: Sistema de Internação da Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário.

Os dados acima retratam o fosso existente entre as classes sociais em nossa sociedade a esmagadora maioria dos brasileiros, “sobrevive” com salários ínfimos, enquanto apenas uma pequena parcela é privilegiada economicamente.

Cabe frisar, que sendo a Maternidade do Hospital Universitário um serviço de saúde totalmente público, seus usuários, ainda que não se estabeleçam critérios para o atendimento, advêm das camadas populares catarinenses, desta forma, não foram considerados para análise dos dados da pesquisa salários superiores aos utilizados, pois os números encontrados foram tão irrisórios que não puderam ser mensurados.

Segundo Yazbek (2004) pobreza, exclusão e subalternidade configuram-se como indicadores de uma forma de inserção na vida social, de uma condição de classe e de outras

condições reiteradoras da desigualdade (como gênero, etnia, procedência etc), expressando as relações na sociedade.

Conjectura-se então que, de modo geral, a condição socioeconômica de um indivíduo pode vir a afetar o modo como este é visto e tratado pela sociedade, e isto acaba resvalando também no acesso à saúde. Deste modo, á despeito da garantia legal de direito à saúde, o poder econômico facilita a abertura de um leque maior de possibilidades de atendimento e à qualidade de atenção à saúde o que parece fazer com que muitas vezes quem pode pagar, não opte por um serviço público, e sim pelos do setor privado.

Seguindo por esta perspectiva, outro aspecto analisado durante a pesquisa foi a situação habitacional das gestantes e suas famílias, fator este, intrinsecamente relacionado à forma de inserção de um indivíduo na vida em sociedade. Ou seja, as condições habitacionais podem ser entendidas, salvo raras exceções, como indicadoras do nível de renda, da escolaridade, da qualidade de vida de uma família.

Com relação às gestantes de alto-risco o conhecimento a respeito de sua situação habitacional, poderá auxiliar não só na percepção mais aguçada de seu espectro socioeconômico, como também na adequação de ações e encaminhamentos a serem elaborados pelos profissionais que efetuam o atendimento. Os dados encontrados foram os seguintes:

<b>Situação Habitacional</b>	<b>Percentual (%)</b>	<b>Número de Prontuários</b>
<b>Casa Própria</b>	<b>50%</b>	<b>49</b>
Aluguel	20%	19
Mora c/ Parentes	30%	30

**Quadro 9** - Situação Habitacional. Fonte: Sistema de Internação da Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário

Nota-se que grande parte dos dados colhidos apontou para a predominância de moradia em casa própria. Isto poderia, à primeira vista dar a impressão de que as gestantes que possuem esta situação habitacional desfrutam de boa qualidade de vida, todavia a verdade não é bem esta, muitas vezes ao que estas mulheres ou seus familiares atribuem a denominação de casa própria, são ambientes insalubres, sem saneamento básico, água encanada, entre outras coisas que acabam afetando negativamente a qualidade de vida destas pessoas.

Não é regra, mas é fato que o número habitações deste tipo em nosso país cresce a olhos vistos.

Por este ângulo, se faz necessária uma atenção mais pormenorizada dos serviços de saúde no que toca ao levante de informações a respeito de seus usuários, quando estes derem

entrada no sistema de internação, pois isto agilizaria os processos de atendimento e resolução não só de suas demandas de saúde, como também sócio-assistenciais. Deste modo, o trabalho dos profissionais que atuam na Maternidade, teria ainda mais alcance e efetividade, pois não se perderia tempo à procura de informações não constantes das fichas de atendimento.

Quanto aos demais resultados da pesquisa neste quesito, demonstram que os outros tipos de situação de moradia: aluguel ou com parentes constituem números importantes podendo configurar-se em estratégias temporárias de sobrevivência, até que haja uma mudança na situação social vivida por estes indivíduos. As informações analisadas vão desta maneira, ao encontro da pesquisa relativa às condições de moradia organizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2003<sup>17</sup> em que dados apontam que mais de 70% da população pesquisada possuem casa própria, enquanto quase 20% moram em imóvel alugado e um pouco mais de 10% em imóvel cedido.

Outro item considerado para a elaboração do perfil das gestantes é o número de gestações. Esta informação é importante não só para fins de direcionamento das ações profissionais, quanto no caso de o Serviço Social, ajudar no norteamento da intervenção se a situação necessita de orientação quanto ao planejamento familiar, no caso de gestante com muitos filhos, situação socioeconômica vulnerável, demandando assim uma atenção mais pormenorizada; ou se o caso demanda apenas esclarecimento sobre direitos sociais e coisas mais recorrentes.

<b>Número de Gestações</b>	<b>Percentual (%)</b>	<b>Número de Prontuários</b>
<b>Primeira Gestação</b>	<b>40%</b>	<b>39</b>
02 Gestações	28%	27
03 Gestações	26%	25
04 ou mais Gestações	08%	07

**Quadro 10** - Número de Gestações. Fonte: Sistema de Internação da Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário.

A partir destes dados, confirma-se, se somarmos os resultados, excetuando os relativos às mulheres que estão em sua primeira gestação, que o número de gestantes com dois filhos ou mais é considerável, porém se olharmos pela perspectiva histórica e confrontarmos os dados, veremos que há uma queda na taxa de fecundidade no Brasil<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Fonte: IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios -2003

<sup>18</sup> Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios ,realizada em 2004 pelo IBGE,a queda na taxa de fecundidade chegou ao índice de 2,1 filhos por mulher ,nível de mera reposição populacional.

Há de se considerar também, que esta constatação não deve encobrir o fato de a Lei do Planejamento Familiar ainda não estar implementada plenamente.

Conjecturas sobre por que isto acontece são inúmeras: falta de estrutura e má organização das instituições e serviços de saúde, falta de qualificação dos recursos humanos, demora no atendimento, entre outras .

O fato é que a lei do Planejamento Familiar existe, precisa ser respeitada e posta em prática do modo mais eficiente possível, para que se possa alcançar em termos de qualidade vida um patamar melhor.

Cabe lembrar, ainda referindo ao item analisado, número de gestações, que grande parte dos dados encontrados, alcançando um total de 40% apontam para mulheres em sua primeira gestação. Isto não seria preocupante, se não estivéssemos tratando de gravidez de alto-risco.

Os fatores que talvez estivessem ocasionando estes casos são muitos tais como: acompanhamento pré-natal mal feito ou inexistente, intercorrências clínicas de fundo genético, síndromes ou doenças associadas, dentre outras possibilidades.

Enfim, são dados merecedores de uma análise mais aprofundada em trabalhos posteriores devido a sua relevância.

Por fim, o último dado elencado para o delineamento do perfil sócio-econômico das gestantes de alto-risco foi “procedência”, uma vez que muitas das mulheres gestantes que procuram ou são encaminhadas à Maternidade do HU, são procedentes de outros municípios, e conhecer estas informações auxilia e embasa o atendimento das demandas apresentadas, e também descortina para os profissionais o panorama atual do funcionamento do sistema de saúde catarinense, principalmente a eficiência dos sistemas de referência e contra-referência.

São encaminhadas mulheres de outros municípios para a Maternidade em questão, que se localiza na capital, e como já mencionado não se constitui em serviço de referência para o tratamento de gravidez de alto-risco, mas os atende, ainda que alguns estudiosos defendam que este tipo de encaminhamento seja indício de bom funcionamento do Sistema Único de Saúde, pode-se ter uma outra interpretação do quadro. a de que a estrutura do atendimento de saúde catarinense está aquém do que as demandas de saúde e as diretrizes do SUS precisam, sendo que o sistema de referência e contra referência ainda não funciona eficazmente, e o princípio da descentralização da atenção deste modo ,também é afetado negativamente.

<b>Procedência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Número de Prontuários</b>
<b>Florianópolis</b>	<b>40%</b>	<b>39</b>
Grande Florianópolis	30%	29
Outros Municípios	25%	25
Outros Estados	05%	05

**Quadro 11** - Procedência. Fonte: Sistema de Internação da Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário

A predominância é de mulheres oriundas de Florianópolis e da Grande Florianópolis, mas a vinda de mulheres de outros municípios do estado também é quase uma constante.

Embora haja atendimento a pessoas de outros estados, o número não é tão expressivo quanto os demais considerados para a análise.

O perfil das gestantes internadas na unidade de alto-risco da Maternidade do HU, de acordo com as informações colhidas, configura-se da seguinte maneira:

São mulheres em sua maioria com idade entre 20 e 30 anos, que vivem em união consensual, com o grau de instrução correspondente ao ensino fundamental, com renda familiar de até três salários mínimos, possuem casa própria, estão na primeira ou segunda gestação, e procedem do município de Florianópolis, Grande Florianópolis e outros municípios do Estado de Santa Catarina.

Assim sendo, os dados apresentados na pesquisa condizem com a realidade social brasileira, ainda que esta não seja a ideal. Mudanças positivas neste quadro só ocorrerão através da prática, da luta por direitos, pelo acesso à saúde e à serviços de qualidade, estes priorizados na Maternidade pesquisada.

E é diante deste universo que o Serviço Social se insere, deste modo, seguindo o teor e os objetivos deste trabalho de conclusão, no capítulo a seguir será abordada a prática profissional do Assistente Social na Maternidade do HU, mais especificamente na unidade de Alto-Risco, bem como, serão elencadas as principais demandas atendidas por este profissional.

## **4 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

### **4.1 O TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

O Serviço Social está inserido na Maternidade, desde o processo de implantação da mesma, discutindo com a equipe profissional da Maternidade, a filosofia de atendimento e a estrutura necessária para o funcionamento desta.

Vale lembrar que o Assistente Social não tem formação específica na área da saúde, mas possui competência para trabalhar e atuar no enfrentamento das diferentes expressões da questão social<sup>19</sup>, seu objeto de trabalho, e além disso é capaz de elaborar, planejar, implementar, coordenar e executar políticas sociais, dentre estas as do âmbito da saúde. (CRESS, 2005, p. 9-10)

Por este prisma, há um parecer do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Associação Nacional de Assistentes Sociais (ANAS) e Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), que dispõe à respeito deste assunto. Diz o parecer:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria-fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira (CRESS, 2005, p. 9-10)

O Serviço Social no HU, bem como na maternidade segue em sua prática de atendimento, as mesmas diretrizes políticas da instituição (Assistência, Pesquisa e Extensão), e busca com isto, ter melhor noção sobre a realidade sócio-econômico-cultural dos usuários, com o propósito de refletir juntamente com estes a respeito de sua saúde, condições de vida, e deste modo levantar alternativas de mudanças para sua situação de saúde.

---

<sup>19</sup> Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum a produção social e cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizadora uma parte da sociedade (Iamamoto, 2003, p. 27)

Seu principal objetivo é o atendimento as demandas sócio-assistenciais dos usuários, e para o alcance deste objetivo, configuram-se em suas diretrizes de trabalho, o incentivo a integração multidisciplinar, assim como o fomento de ações de cunho sócio-educativo relacionadas aos cuidados com a saúde à nível institucional e comunitário.

O Serviço Social tem sua ação profissional pautada no Código de Ética que rege a profissão, nos princípios da universalidade, integralidade e hierarquização do atendimento, princípios do SUS, e na Lei Orgânica da Assistência (LOAS).

Para encaminhar e operacionalizar seu trabalho, o assistente social, além de dispor de várias normas e portarias, precisa se apropriar de conhecimentos de cunho legal das quais são exemplo as leis: nº 8.662 – que regulamenta a Profissão de Assistente Social- de 07.06.93; lei 8080 de 19.09.1990 e 8.142 de 28.12.1990 (SUS Sistema Único de Saúde); lei 8.742 de 07.12.1993 Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e seu desdobramento: Política Nacional de Assistência Social; lei 8069 de 13.07.1990 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); dentre outras. (CRESS, 2005, p. 9-10)

Mas também, como lembra Costa (2000b) “o profissional mantém-se alerta quanto as modificações na dinâmica de atendimento, tanto em sua unidade de trabalho quanto à nível macro” (rede de saúde, panorama estadual e/ou nacional), para deste modo agilizar e conseguir efetividade no atendimento ao usuário.

O trabalho profissional do Serviço Social na Maternidade é desenvolvido a partir de três projetos:

- Projeto de Atenção as demandas sócio-assistenciais das gestantes, puérperas e famílias atendidas no Alojamento Conjunto;
- Projeto de Atenção às mães e famílias de RNs prematuros e ou que nascem com alguma enfermidade;
- Projeto de Extensão de Promoção da Saúde Através do Aleitamento Materno.

Para tanto, o Setor de Serviço Social na Maternidade do HU, é constituído por uma Assistente Social, bolsista e estagiárias, acadêmicas do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Tendo em vista os objetivos de ensino do HU, a supervisão acadêmica se constitui em uma das ações da Assistente Social na maternidade.

E tendo como referência os estudos Miotto (2003), apud Lima (2004), sobre a ação profissional na área da saúde, as ações do serviço do serviço social na maternidade se alicerçam

nos três eixos norteadores: Os Processos Político-Organizativos, Processos de Planejamento e Gestão e Processos Sócio-Assistenciais.

- Processos Político-Organizativos: área de trabalho do assistente social que prioriza a participação social, visando o fortalecimento da sociedade civil, apregoando a lógica da pluralidade e da cidadania. São ações envolvendo a assessoria e a mobilização realizadas através de várias abordagens tanto grupal quanto individuais ou coletivas, munindo-se para isto de instrumentos técnico-operativos tais como: entrevistas, reunião, assembléia etc;
- Processos de Planejamento e Gestão: a intervenção consiste no desenvolvimento de assessoria e consultoria nas instituições públicas e privadas voltadas a proposição e avaliação de programas e projetos sociais, bem como o desenvolvimento de ações voltadas para a gestão de recursos humanos, gestão da informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços;
- Processos Sócio-Assistenciais: a intervenção está orientada para a ação direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis. Objetivando contribuir, juntamente 'com os usuários', a resolução de demandas colocadas na perspectiva da luta pela construção da cidadania e reconhecimento de direitos. Integram este processo quatro categorias de ações: periciais, sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas, e sócio-educativas.

Desta maneira, a Assistente Social ao participar efetivamente de reuniões dos grupos interdisciplinares da Maternidade, assessorando na elaboração de planos, programas e projetos seja junto a Direção ou às chefias dos serviços da Maternidade, contempla assim o eixo profissional de Planejamento e Gestão.

A integração do Serviço Social ao Projeto Galpão Cultural desenvolvido em parceria com a comunidade da Serrinha (Associação de Moradores) e a UFSC (Ateliê Modelo de Arquitetura, Associação dos Professores da Universidade Federal de Santa Catarina, Acadêmicos da Engenharia Sanitária Ambiental e Acadêmicos de Biologia), como também na sua participação no processo de reivindicação da Unidade Básica de Saúde da Trindade, abarca desta maneira tanto o eixo interventivo de Planejamento e Gestão quanto o Político Organizativo.

Porém é no eixo sócio-assistencial que se condensa grande parte da ação do profissional de Serviço Social na maternidade do HU.

Enfocando igualmente em sua prática de atendimento, pela perspectiva sócio-emergencial, a atenção à internação, as situações de pós-alta (demandas por alimentação, transporte, medicação, alojamento para acompanhantes, etc.), e para tal, articulando ações junto as Secretarias Municipais de Saúde, Assistência e Unidades Básicas de Saúde, bem como buscando recursos junto a Associação Amigos do Hospital Universitário.

Todas estas ações acima descritas, objetivam o acompanhamento adequado e a resolução das demandas sócio - assistenciais das gestantes de alto risco, puérperas e seus familiares.

O Serviço Social também administra o “hotelzinho” ( espaço direcionado às mães oriundas de outras localidades , ou que estão amamentando, cujos RNs ainda permanecem internados na Neonatologia. Tendo em vista que é o Assistente Social que especialmente detém o conhecimento a respeito da situação sócio - familiar dos RNs prematuros internados na Unidade Neonatal, é este profissional que administra a ocupação o referido espaço , e tal ação possui caráter sócio-emergencial

A Orientação e a realização de encaminhamentos nos casos de óbito/funeral, desistência e adoção de recém-nascidos (RNs) ,e o acompanhamento e atendimento das demandas sócio-assistenciais das mães e famílias de RNs prematuros, durante a internação e altas hospitalares destes, constituem-se em ações profissionais freqüentes.

Cabe lembrar que algumas vezes a agilidade do processo demanda/encaminhamento/resolução, não é a esperada uma vez que a estrutura de atendimento à saúde e assistência em nosso estado ainda não está implementada totalmente de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

O Serviço Social também realiza atividades sócio-educativas, efetuando orientações relativas ao aleitamento materno junto a equipe profissional da maternidade, além de prestar informações às gestantes, puérperas internadas e/ou famílias atendidas na Maternidade ,concernentes a direitos civis e sociais, relacionados a maternidade ,paternidade e aos direitos da criança.

Ainda pela perspectiva interventiva sócio-educativa o Serviço Social atua, junto ao grupo de gestantes no bairro da Trindade, no Projeto de Extensão Promoção da Saúde Através do Aleitamento Materno.

Experiência esta, coordenada pelo Serviço Social e pela Enfermagem, ambos partícipes da Comissão Pró - Aleitamento Materno da Maternidade do HU, como referido anteriormente.

Além destas ações, promove cursos junto a equipe profissional da Maternidade, para capacitação de profissionais de saúde e lideranças comunitárias, em relação ao Manejo do Aleitamento Materno e capacitações referentes a Atenção Humanizada ao Recém Nascido Prematuro de Baixo Peso - Mãe Canguru ,dirigidas aos serviços neonatais do Sul do Brasil.

Neste sentido faz-se necessário o entendimento de que na prática interventiva, as dimensões assistencial, educativa e política se interconectam na perspectiva de conquista da cidadania e defesa dos direitos sociais dos usuários, o que contribui para que muitas vezes as fronteiras que identificam e separam os eixos de atuação, por não serem rígidas sofram o mesmo processo simultaneamente .

Para executar seu trabalho, a Assistente Social na maternidade do HU utiliza em larga escala os instrumentos técnico – operativos encaminhamentos diversos a recursos e serviços comunitários, entrevista, observação, estudo social, reuniões e visitas domiciliares.

Mas também não relega outros procedimentos metodológicos como a leitura de prontuários e documentos intrainstitucionais que possibilitem um melhor conhecimento da situação de saúde e social vivida por cada usuário que precise de sua intervenção.

Todos estes procedimentos são desenvolvidos com autonomia , o que além de facilitar sua intervenção profissional no processo de resolução das demandas trazidas por seus usuários, também contribui para dar visibilidade e ainda mais relevância ao seu trabalho. Em outras palavras, ao desenvolver com eficácia sua ação, tendo total noção das possibilidades e limites desta, o assistente social consegue como diz Merhy (1997) “seu espaço de autogoverno” e assim mantém-se ativo no jogo de relações de poder, presentes em todo e qualquer espaço ocupacional. Em suma, o Serviço Social através de sua prática e pelas demandas sócio-assistenciais colocadas pelos usuários, se faz necessário.

A partir deste panorama, seguindo os objetivos deste trabalho, faz-se relevante o conhecimento a respeito das demandas de atendimento trazidas pelas gestantes de alto-risco para o Serviço Social.

#### 4.2 AS RESPOSTAS PROFISSIONAIS ÀS DEMANDAS DE ATENDIMENTO A GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

Antes de abordar-se as demandas, convém resgatar que as gestantes de alto-risco atendidas pelo Serviço Social, possuem perfil semelhante ao apresentado pelas demais mulheres internadas na Maternidade (internadas na Unidade de Alto Risco), porém as que recebem acompanhamento do Serviço Social são aquelas que apresentam uma situação de vulnerabilidade social e as que possuem possibilidade de parto prematuro .

Uma vez que muitas destas usuárias são oriundas de outros municípios, e acabam sendo transferidas destes por falta de recursos médicos e de serviços, chegando a Maternidade do

HU vez por outra, sem diagnóstico preciso. Além disso, têm que permanecer em um ambiente desconhecido, longe de seus afetos e algumas vezes vivenciam uma gestação não planejada, o que acaba afetando sua situação sócio-econômica, bem como de sua família, exigindo deste modo, um acompanhamento mais apurado e uma intervenção profissional especializada.

Sendo assim, o assistente social embasado em seus conhecimentos ético-políticos e teórico – metodológicos, prepara-se para o enfrentamento e para responder as demandas trazidas por estas usuárias.

Quanto as demandas surgidas do atendimento junto as gestantes de alto-risco, constituem-se geralmente de: Acompanhamento da internação, autorização para emissão de cartão alimentação, medicações e orientações diversas envolvendo: documentação, direitos civis, sociais e previdenciários;

Além da realização de encaminhamentos dos usuários para programas, projetos, recursos ou serviços da instituição e comunitários, são realizadas articulações com Secretarias de Assistência, Saúde e Unidades Básicas de Saúde, quando dos processos de altas hospitalares.

Entretanto, são igualmente recorrentes o acompanhamento as mães e famílias de bebês prematuros, que demandam uma atenção mais sistemática no sentido de garantir os direitos do RN e da mulher.

Estes casos, muitas vezes devido ao grau de vulnerabilidade social, requerem também um mapeamento dos suportes sociais, dos pontos de vista comunitário e familiar. Este procedimento é realizado desde o momento da internação da gestante até a alta hospitalar do RN, através de estudo social.

O serviço social vem atendendo também, embora não seja com muita frequência, a demanda por interrupção de gestação, envolvendo casos de anencefalia, estupro e má formação fetal<sup>20</sup>.

O profissional atua nestes casos sempre com muita ética e cautela, pois trata-se de situações que ainda geram muita polêmica em nossa sociedade, envolvendo juízos de valor, dogmas religiosos, princípios éticos, profissionais e culturais de matiz conservadora., mesmo que já se conte com grandes avanços como visto anteriormente, no âmbito da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos.

O atendimento é feito levando em consideração todo o contexto sócio-assistencial correspondente a cada caso, e a partir disto, são realizados os encaminhamentos necessários,

---

20 Cabe considerar que os casos de anencefalia, juridicamente estão em processo de discussão e vias de aprovação para interrupção da gestação.

articulando contatos com a equipe profissional da maternidade, e entidades competentes. Além das já citadas, o assistente social depara-se frequentemente com uma demanda considerável por laqueadura, e para atendê-la o profissional precisa então levar em consideração uma gama de fatores que se inter-relacionam a esta demanda, antes de efetuar sua intervenção.

Quando há história de cesáreas sucessivas, conforme o art. 10 da Lei 9.263/96 que dispõe sobre o Planejamento Familiar, a gestante é orientada a respeito do direito de fazer a laqueadura no parto caso sua gestação evolua para uma nova cesárea.

Nos outros casos, a gestante é encaminhada ao programa institucional de Planejamento Familiar.

A laqueadura tubária é então em primeira instância um direito concernente ao âmbito da regulação da fecundidade, do planejamento familiar e dos direitos reprodutivos, e que apesar de ser também um procedimento oferecido gratuitamente pelo SUS, sua oferta não comporta a demanda, o que não só aumenta a procura por serviços oferecidos na rede privada como também auxilia no aumento da demanda reprimida nos serviços públicos de saúde e por consequência a demora no atendimento.

Se faz importante também o entendimento de que as políticas relacionadas a área dos direitos reprodutivos e a saúde reprodutiva como um todo em nosso país, apesar dos avanços, ainda podem ser consideradas escassas e deficientes, se contrapostas a de outros países.

Cabe ao Assistente Social com seu olhar investigativo, e sua postura positiva enxergar as possibilidades de atuação e viabilização de atendimento as demandas que emergirem do cerne das múltiplas expressões da questão social, pois segundo Yamamoto (2003) “ é ela em suas muitas facetas que induz à necessidade da ação profissional junto aos mais variados segmentos sociais, a criança e ao adolescente, ao idoso, luta pela terra [...]” destemido, pode-se afirmar que a gravidez de alto risco enquanto aspecto concernente ao universo da saúde materna e alvo de ação profissional do assistente social também pode ser vista como uma das expressões da questão social.

Sendo assim se faz mister a noção da importância do trabalho profissional do Assistente Social junto a gravidez de alto risco, uma vez que como visto, o arcabouço jurídico, político e legislativo que abrange esta problemática não consegue atendê-la de modo ideal.

Ou seja, é necessário apreender-se que leis e políticas definem direitos, deveres e ações apenas na teoria, realiza-los na prática, exige um comprometimento ético-político, uma

capacidade teórico-metodológica e uma bagagem sócio-cultural muito grande, embasamentos estes historicamente exigidos e aprimorados pelos assistentes sociais.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O interesse pela gravidez de alto risco, foi despertado a partir da experiência vivenciada no período de estágio obrigatório realizado no setor de Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis.

Para conhecer mais a fundo esta temática, e abarcar o objetivo de analisar as respostas profissionais do Serviço Social às demandas sócio-assistenciais das gestantes de alto risco, primeiramente fez-se relevante sob uma perspectiva histórica, um resgate da luta pela conquista e consolidação dos direitos da mulher, focalizando dentre estes os reprodutivos.

Verificou-se então que no decorrer dos tempos, a mulher, principalmente a partir do engajamento dos movimentos de vertente feminista, vem alcançando grandes vitórias no que tange ao reconhecimento dos seus direitos civis, sociais, e políticos (direito a voto, ao igualdade de direitos, a cidadania, etc.).

Estes movimentos de certa forma contaram com o apoio de Conferências a nível internacional e nacional, que traziam em seu cerne o reconhecimento de tais direitos, além de contribuírem para pôr em discussão nos fóruns da sociedade civil temas como a saúde da mulher, saúde materna e os direitos reprodutivos, visando uma nova forma de inserção social para as mulheres.

Tendo em vista o objeto de estudo deste trabalho, a seguir abordou-se a saúde materna abarcando-se seu amparo legal e panorama brasileiro, enfocando-se dados estatísticos sobre a mortalidade materna, onde constatou-se que a despeito de estar assegurada tanto na Constituição Federal, quanto na Consolidação das Leis Trabalhistas, no Sistema Único de Saúde, e de contar com a existência do Plano Nacional de Políticas Para As Mulheres, a Saúde Materna continua sendo atendida de modo inadequado e adverso ao que está previsto em lei, e sendo alvo do despreparo estrutural da maioria dos serviços de saúde brasileiros.

Uma vez que, a vertente que promove um atendimento a saúde materna no âmbito dos direitos reprodutivos, pelo prisma da humanização ainda não é predominante.

Além disso, a constatação de que no Brasil, a mortalidade materna atinge índices assustadores e que os dados estatísticos relacionados a esta questão não são totalmente

confiáveis, leva a considerar-se que se faz necessário o repensar, a análise e o fomento de novas estratégias de atendimento a saúde.

Tal consideração deve ser estendida a Gravidez de Alto Risco que como tema integrante do universo da saúde materna, também sofre os percalços do mal atendimento, pois historicamente foi alvo de programas e políticas ineficazes, o que em menor grau, também acontece na atualidade.

Iniciativas da atual gestão política, envolvendo a criação e implantação de novas políticas relativas a atenção integral a saúde da mulher, começam a surgir, porém sua aplicação ainda se dá de modo embrionário.

Deste modo, na perspectiva de dar visibilidade e relevância ao trabalho realizado por serviços de saúde que já atuam sob ótica da integralidade da atenção, discorreu-se sobre o Hospital Universitário, e sua Maternidade abordando sua estrutura e sistemática de atendimento, com maior ênfase ao trabalho do Serviço Social da dita instituição junto às gestantes de alto-risco.

O Hospital Universitário, enquanto serviço de saúde totalmente público, tenta abarcar todas as demandas de atendimento e assistência a saúde trazidas por seus usuários. Porém, tem dificuldades, pois a descentralização do atendimento, que delega a responsabilidade deste aos municípios não funciona de modo adequado em nosso estado, sobrecarregando os serviços melhor estruturados como no caso do HU.

Já a Maternidade, obtém um desempenho melhor, uma vez que, embora não figure como serviço de referência estadual principalmente nos casos de alto risco, embasa - se nos princípios de sua filosofia de atendimento humanizado, e administra seus recursos de modo eficiente para contemplar as demandas de suas usuárias.

Estas, segundo a pesquisa realizada neste trabalho, são em sua maioria mulheres com idade entre vinte e trinta anos, vivendo em união consensual, com grau de instrução correspondente ao ensino fundamental completo, com renda familiar de até três salários mínimos, que possuem casa própria, estão na primeira ou segunda gestação e que são oriundas do Município de Florianópolis, Grande Florianópolis e outros Municípios do estado.

Neste sentido, entendendo-se que é com este público alvo que o Serviço Social trabalha na Maternidade, focalizou-se sua prática interventiva, bem como procurou-se verificar quais as respostas dadas às demandas de atendimento as gestantes de alto risco.

Constatou-se que as ações profissionais do Assistente Social são permeadas por vários eixos que se interligam (sócio-assistencial, planejamento e gestão e político-organizativo) e estes, ao orbitarem simultaneamente no universo do processo interventivo, acabam por auxiliar, e embasar este profissional para o enfrentamento e resolução das demandas trazidas pelas usuárias .

A relevância do trabalho na Maternidade e junto a gestação de alto risco fica patente na medida que o Assistente Social atua levando em consideração todo o contexto de vida de cada usuário atendido, realizando articulações com prefeituras e unidades básicas de saúde e assistência, mantendo experiências de cunho sócio-educativo a nível institucional e comunitário, e realizando trabalhos junto a equipe interprofissional da maternidade, sempre mantendo-se na perspectiva de resgate de direitos e consolidação da cidadania , sob a ótica do atendimento humanizado, vigente na Maternidade do HU.

Além disso, ao guiar-se pelos princípios do Código de Ética e do Projeto Ético-Político que fundamentam sua profissão, o Assistente Social torna-se um profissional cuja formação lhe possibilita como diz Iamamoto (2003) “ decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos , a partir de demandas emergentes do cotidiano”.

Nesta postura singular, ele vai além da teoria e consegue trazer suas proposições para o universo prático.

Tal posicionamento torna-se essencial quando se lida com questões que ainda não obtiveram a devida atenção, como no caso da gravidez de alto risco, suas demandas por interrupção de gravidez, laqueadura, dentre outras, refletem não só o despreparo e a ainda presente, falta de vontade política por parte das autoridades brasileiras para o enfrentamento de tal questão, bem como o desrespeito aos direitos reprodutivos, direitos estes já previstos em lei e conquistados , como visto após muito engajamento e luta.

A gravidez de alto risco é sim um problema de saúde que requer uma atenção sistemática, especializada e o assistente social, por sua especificidades, pode contribuir para isto aconteça.

Na Maternidade do HU, isto já acontece, pois as usuárias são atendidas numa perspectiva de atendimento integral, uma vez que a intervenção ultrapassa a perspectiva puramente fisiológica.

Nesta perspectiva, cabe aqui a formulação de algumas propostas que se imagina, possam contribuir para que este trabalho seja ainda mais eficiente no enfrentamento e resolução das demandas oriundas do atendimento às gestantes, principalmente as de alto risco.

Uma vez que, já participa de ações envolvendo assessoria e planejamento junto a equipe profissional da maternidade, o Assistente Social poderia trabalhar mais no fomento de ações que fossem realizadas também, objetivando melhorias na qualidade dos serviços prestados no atendimento a saúde no Hospital Universitário, no que tange ao universo dos direitos reprodutivos, a partir das demandas trazidas pelas usuárias, tais como; interrupção de Gravidez (nos casos de anencefalia e aborto legal) planejamento familiar, especialmente envolvendo laqueadura tubária e vasectomias, etc.

Deste modo, tais demandas poderiam remeter ao Serviço Social novas ações no eixo político-organizativo, como participação junto aos Conselhos de Saúde, e na Rede de Atenção às Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência.

O Serviço Social poderia em uma ação articulada com parcerias internas e externas à instituição, buscar a ampliação do espaço destinado na Maternidade, à acomodação das mulheres mães de Recém-Nascidos prematuros, visando não só o bem estar das mesmas como também uma melhora na estrutura de atendimento.

Acredita-se também, que seja necessário incrementar o sistema de informações e registro de atendimento no Serviço Social da Maternidade, uma vez que o setor já conta com um sistema de cadastro, mas este não está informatizado, e isto agilizaria o atendimento individual dos usuários, bem como, possibilitaria através de uma melhor visualização e estruturação destes dados, não só um atendimento mais profícuo em situações de reinternação, como no fomento de proposições de caráter coletivo, ou seja, políticas públicas relacionadas a área dos direitos reprodutivos e saúde materna, lembrando que a gravidez de alto risco é um tema concernente ao universo da saúde materna.

E por fim crê-se que seja possível através do fomento de projetos e engajamento político, de um trabalho articulado junto as três esferas de governo, (Municipal, Estadual e Federal) o fomento de uma atenção a saúde materna, mais especificamente à gravidez de alto risco mais adequada e integral, e que o Assistente Social com sua postura propositiva, capacidade de quebrar paradigmas e decifrar a realidade pode contribuir neste processo de mudança.

## REFERÊNCIAS

AVILA, M. B de M.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil. revisitando percursos. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**, São Paulo, n. 199, p. 70-103, 1999.

BARSTED, Leila L. Lei e realidade social: igualdade e desigualdade. **As mulheres e os direitos humanos**. Rio de Janeiro: Cepia, 2001.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**, promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de dezembro de 1990. Dispõe sobre as formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[www.sespa.pa.gov.br](http://www.sespa.pa.gov.br)>. Acesso em: 10 nov. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.018**, de 19 de agosto de 1998. Dispõe sobre o atendimento da gravidez de alto risco na rede de saúde. Disponível em <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2005.

BRUGGEMANN, Tânia . **O programa nacional de humanização da assistência hospitalar: estudo de caso em um hospital pediátrico de Santa Catarina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Florianópolis, 2004.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA (CEFEMEA). A mulher e o direito a saúde. In: \_\_\_\_\_. **Guia dos direitos da mulher**. Brasília: CEFEMEA, 1994. p. 163-176.

CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO (CEPIA). **As mulheres e os direitos humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2001.

COHN, Amélia et al. **Saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1999.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER (CNDM). Disponível em: <[www.soleis.adv.br](http://www.soleis.adv.br)>. Acesso em: 23 ago. 2005.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS). 12<sup>a</sup> Região. **A atuação do serviço social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis: CRESS, 2005. (Caderno de Texto; nº 7).

CONSOLIDACAO DAS LEIS DO TRABALHO (CLT). 3. ed. São Paulo: Rideel, 1997.

COSTA, Ana M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Ana M, AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Saúde equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: [s. n.], 2000a. p. 181-202.

COSTA, Maria Dalva Horacio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XXI, n. 62, p. 35-72, mar. 2000b.

COSTA, Sarah Hawker (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319-335.

GALVAO, Loren; DIAZ, Juan (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

GIL, Antônio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRISOTTI, Márcia. Políticas de saúde e sistemas médicos no Brasil. **Revista Katalysis**, Florianópolis, n. 3, mar. 2000.

HOSPITAL amigo da criança. **Jornal o estado**, Florianópolis, p. 13-14, [Jan. 1997].

HOSPITAL UNIVERSITARIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. Disponível em <[www.hu.ufsc.br](http://www.hu.ufsc.br)> Acesso em: 8 nov. 2005.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6. ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. 2003. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 15 out. 2005.

LEI de saúde reprodutiva e procriação responsável: o planejamento familiar no Brasil. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3712&ReturnCatID=1794>>. Acesso em: 10 nov. 2005.

LIMA, Telma C. S. de. **A intervenção profissional do serviço social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando ações sócio-educativas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

LISBOA, Tereza K.; MANFRINI, Daniele Beatriz. Cidadania e equidade de gênero: políticas públicas para mulheres excluídas dos direitos mínimos. **Revista Katalysis**, Florianópolis, n. 1, jan. 2005.

MANUAL MERCK. Gravidez de alto risco. Disponível em: <[http://www.msd-brazil.com/msd43/m\\_manual/mm\\_sec22\\_244.htm](http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec22_244.htm)>. Acesso em: 15 nov. 2005.

MARTINELLI, Rosana C. As (res)significações da cidadania e da democracia em face da globalização. **Revista Katalysis**, Florianópolis, n. 5, mar. 2002.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. Y.; ONOCRO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 1. ed., São Paulo: Buenas Artes/Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINISTERIO DA SAUDE. Dados de mortalidade materna divulgados pela organização mundial de saúde. Nota técnica, 12/07/2004. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22177](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=22177)>. Acesso em: 30 set. 2005.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios a crítica dos mínimos sociais**. 2. ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

PIOVESAN, Flavia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. São Paulo: Max Limonad, 1997.

PIOVESAN, Flavia. **Temas de direitos humanos**. São Paulo: Max Limonad, 1998.

PLANO NACIONAL DE POLITICAS PARA AS MULHERES. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2004.

PORTAL HUMANIZA. Humanização em saúde. Disponível em: <[www.portalhumaniza.org.br/](http://www.portalhumaniza.org.br/)>. Acesso em: 10 nov. 2005.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAUDE E DIREITOS REPRODUTIVOS (REDE SAUDE). **Saúde da mulher e direitos reprodutivos**. São Paulo: [s.n.], 2001. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/dossiessr.html>>. Acesso em: 10 nov. 2005.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAUDE E DIREITOS REPRODUTIVOS (REDE SAUDE). **A saúde materna componente essencial dos direitos reprodutivos**. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2005.

SANTA CATARINA. **Plano estadual de saúde, quadrienal**. Florianópolis: Ed. Coopmed, 2002.

SANTOS, Adriana B. S. **Organizações da sociedade civil e o planejamento familiar: propostas e praticas atuais**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso ( Bacharel em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

YASBEK, Maria C. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo. Cortez, 1993.

YASBEK, Maria C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Revista Temporalis**, [S.l.], ano 2, n. 3, 2004.