

TALITA MARTINELLI

**A COMUNIDADE DA SERRINHA:
UMA SISTEMATIZAÇÃO DA TRAJÉTORIA DO PROJETO DE
PROMOÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS**

**FLORIANÓPOLIS,
2008**

TALITA MARTINELLI

**A COMUNIDADE DA SERRINHA:
UMA SISTEMATIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA DO PROJETO DE
PROMOÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Iliane Kohler, Msc.

FLORIANÓPOLIS,
2008

TALITA MARTINELLI

**A COMUNIDADE DA SERRINHA:
UMA SISTEMATIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA DO PROJETO DE
PROMOÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do curso de Graduação em Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina em cumprimento ao requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

APROVADA PELA COMISSÃO EXAMINADORA
EM FLORIANÓPOLIS, 15 DE DEZEMBRO DE 2008.

Prof^ª Msc. Iliane Kohle (Orientadora)

Enf^ª Msc. Ingrid Elizabeth Bonh Bertoldo

Prof^ª Msc. Cleide Gessele

*Vó Helena, Saudade Eterna!
Família, sem vocês esta conquista
não seria possível!*

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus, por ter em minha vida uma família maravilhosa
e muitos amigos verdadeiros,
que caminharam comigo nesta trajetória!*

COMPARTILHO ESSE MOMENTO.....

com amores eternos e verdadeiros amigos!

Arlete:

*Mãezinha, não existem palavras para explicar esse amor!
Muito Obrigada, por esse amor incondicional,
pelos seus ensinamentos e por acreditar sempre!*

Ângelo:

*Pai, tenho muito orgulho de ser sua filha!
Muito Obrigada por tudo! Te amo!*

Maninha:

*Simplesmente a Melhor irmã do MUNDO!
Sem palavras para agradecer todo apoio e
compreensão durante essa caminhada!*

André e Fran:

*Obrigado por todo o apoio e carinho!
E por esses dois anjinhos em nossas vidas!*

João e Aninha:

*Vocês iluminam nossos dias!
A Didí, Ama muito vocês!*

Falando em amizades verdadeiras:

*Eglezinha, uma sensibilidade indescritível!
Consegue me compreender como ninguém!!
Anica, coração de ouro!
Lala, uma parceira sem outra igual!
Obrigada pelos bons momentos coração....
Vocês foram simplesmente fundamentais nesta caminhada,!
Alinetes, Iarinha, Adriana....valeu por todos os bons momentos!
Que nossa caminhada profissional siga tão sólida quanto essa amizade!
Schiley, Simone e Viviane....obrigado por todo apoio e compreensão!*

Amigas do Bope:

*Franzinha, Claudinha e Zapa!
Amizades para uma vida toda.....*

Vivi:

*Muito Obrigada pela sua compreensão...
Seu carinho e atenção, foram fundamentais!*

Professoras:

Obrigada pela contribuição nesta caminhada...

Programa Conexões de Saberes:

*Muito Obrigada pelas oportunidades vivenciadas enquanto bolsista de extensão!
Esta experiência junto ao grupo de mulheres foi fundamental para o sucesso do encerramento desta caminhada...*

“Todo direito discutido isoladamente perde sua
dimensão coletiva e leva à compaixão,
benemerência, ajuda, e acaba como
maleficência”.

Ana Maria Vasconcelos

RESUMO

MARTINELLI, Talita. **A comunidade da Serrinha:** uma sistematização da trajetória do projeto de promoção de saúde das mulheres gestantes e puérperas. 2008. 109 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

O elemento norteador deste trabalho monográfico, foi à tentativa de apresentar a importância, limites e possibilidades de trabalhos educativos, que visem a promoção da saúde pública, em particular da mulher, em uma instituição pública tão significativa como o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), e tem como objetivo sistematizar a trajetória do projeto de extensão: *Promoção da Saúde das Mulheres Gestantes e Puérperas, no âmbito da saúde reprodutiva*, junto a comunidade da Serrinha - Florianópolis /SC. Portanto, inicialmente apresentam-se dados sobre a realidade social e econômica da comunidade da Serrinha, bem como reflexões sobre os marcos legais de saúde e promoção da saúde da mulher no Brasil. Através de pesquisa documental e bibliográfica, realiza-se a referida sistematização, que objetiva contribuir para uma intervenção mais qualificada dos profissionais envolvidos, em especial o Serviço Social, na busca pela ampliação das novas práticas de saúde. Ao final, são elencadas algumas considerações tendo como referência o trabalho realizado, bem como sugestões, demandas e desafios para o Serviço Social, aos demais profissionais do HU.

Palavras-chave: Serrinha. Promoção da Saúde. Serviço Social.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Moradores por faixa etária.....	17
Gráfico 2: Número de moradores por família.....	18
Gráfico 3: Tempo de residência das famílias na Serrinha.....	18
Gráfico 4: Região de origem dos moradores.....	19
Gráfico 5: As crianças das famílias, que estão na escola.....	20
Gráfico 6: O que as crianças fazem quando não estão na escola.....	21
Gráfico 7: Demanda por espaços de lazer.....	21
Gráfico 8: Grau de escolaridade dos moradores.....	22
Gráfico 9: Possuem carteira assinada.....	23
Gráfico 10: Desemprego na família.....	23
Gráfico 11: Profissão dos moradores.....	24
Gráfico 12: Local de Atendimento Médico.....	25
Gráfico 13: Ocupação Profissional.....	66
Gráfico 14: Local onde realizam Pré-Natal.....	68

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1: Localização da comunidade da Serrinha, área central de Florianópolis.....	16
Tabela 1: Temas abordados na Semana Mundial da Amamentação da Aliança Mundial para Ação em Aleitamento (WABA) adaptados no Brasil.....	54
Tabela 2: Atividades realizadas na Semana Mundial da Amamentação na comunidade da Serrinha.....	55
Tabela 3: Dados obtidos da participação de gestantes no programa, no período de 2002 a 2007.....	65
Tabela 4: Comunidades e número de gestantes participantes em 2008.....	65

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integrals de saúde

CIAM - Central de Incentivo ao Aleitamento Materno

CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CECCA – Centro de Estudos Cultura e Cidadania

CEPED - Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres

CIAM – Central de Incentivo ao Aleitamento Materno

CO – Centro Obstétrico

EJA – Educação para Jovens e Adultos

HU – Hospital Universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

MIMS – Movimento Internacional Mulher e Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde

OSM – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan- América da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

RN – Recém-Nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Infância

SPM – Secretária Especial de Políticas para as Mulheres

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	A COMUNIDADE DA SERRINHA, DESAFIOS LOCAIS À POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE PARA A MULHER.....	13
2.1	AS CONDIÇÕES SOCIAIS DE VIDA DA COMUNIDADE DA SERRINHA	13
2.1.1	Faixa etária.....	17
2.1.2	Composição familiar.....	17
2.1.3	Migração.....	18
2.1.4	Educação e lazer.....	19
2.1.5	Grau de escolaridade.....	21
2.1.6	Trabalho.....	22
2.1.7	Infra-Estrutura.....	24
2.1.8	Serviços de Saúde.....	25
2.2	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	26
2.3	PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	31
2.3.1	Diferenciação entre Prevenção, Promoção e Educação em Saúde.....	35
2.4	A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....	37
3	O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARA ALÉM DA ESTRUTURA HOSPITALAR.....	43
3.1	O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	43
3.2	O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, JUNTO A COMUNIDADE DA SERRINHA.....	44
3.2.1	A Maternidade do Hospital Universitário.....	49
3.2.2	A Comissão Pró-Aleitamento Materno da Maternidade do Hospital Universitário.....	50
3.3	A TRAJETÓRIA DO PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS NA SERRINHA.....	57

3.3.1	Posto de saúde	59
3.3.2	Educação Sexual junto a Escola Municipal Desdobrada Dom José Jacinto.....	61
3.3.3	Projeto Galpão Cultural.....	62
3.3.4	Capacitação de lideranças da Pastoral da Criança	63
3.3.5	Encontro de Gestantes.....	63
3.3.5.1	Perfil das integrantes dos encontros de gestantes.....	64
4	AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE GESTANTES.....	70
4.1	SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	70
4.2	O SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS ENCONTROS DE GESTANTES.....	73
4.2.1	Processos de intervenção nos encontros com Gestantes.....	74
4.2.2	Procedimento de Intervenção do Serviço Social nos encontros semanais de Gestantes.....	78
4.2.3	O projeto de promoção da saúde das mulheres gestantes e puérperas, resultados e perspectivas.....	82
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
	REFERÊNCIAS.....	87
	ANEXOS.....	94
	ANEXO A: Levantamento sócio-econômico.....	95
	ANEXO B: Regimento interno.....	101
	ANEXO C: Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno.....	103
	ANEXO D: Correspondência do grupo de mães Amigas do Peito.....	104
	ANEXO E: Orçamento da construção da UBS.....	105
	ANEXO F: Matérias de jornais locais.....	106

1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso objetiva sistematizar a trajetória da relação do Hospital Universitário (HU) com a comunidade da Serrinha, com ênfase na relação do Serviço Social do HU com as mulheres e gestantes. O interesse em realizar esse estudo ocorreu no período de estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social, realizado no Projeto de Extensão: Promoção da Saúde das Mulheres Gestantes e Puérperas, no âmbito da saúde reprodutiva, nos meses de abril a novembro de 2008, em Florianópolis.

O projeto de Promoção da Saúde das Mulheres Gestantes e Puérperas, teve início com a abertura da Maternidade em 1995, por iniciativa da Comissão Pró-Aleitamento Materno da Maternidade do HU, sendo que um dos objetivos desta foi a implementação do 10º Passo da norma para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Coordenado pela Enfermagem e Serviço Social da Maternidade, em parceria com lideranças da Pastoral da Criança – Trindade, há 12 anos na comunidade da Serrinha, busca-se construir uma rede social para promoção e proteção da saúde das mulheres gestantes e puérperas, no âmbito da saúde reprodutiva, através de ações educativas e de cuidados na perspectiva da conquista da saúde com cidadania.

É através do projeto de estágio que se concretiza um processo de aprendizagem sobre o fazer profissional da prática interventiva com o decorrer das atividades, essas ocorreram predominantemente nos encontros semanais com as mulheres gestantes, na sua maioria mulheres dessa comunidade. Possibilitando ao acadêmico, vivenciar o comprometimento do trabalho social desenvolvido pelos profissionais do HU com essa população e, identificar que essa relação se consolida ao longo da sua trajetória, em diferentes espaços sociais na comunidade.

Diante da relevância da promoção da saúde pública da mulher, despertou-se o interesse em sistematizar os diversos registros e documentos e formular um breve tratamento analítico.

Percorremos a pesquisa documental Gil(1995), que consiste em documentos de primeira mão, ou seja, aqueles que não receberam nenhum tratamento analítico, tais como os documentos conservados em órgãos públicos e instituições privadas, e os documentos de segunda mão que de alguma forma já foram analisados tais como: relatórios de pesquisa; relatórios institucionais; tabelas estatísticas e outros.

A observação que segundo Gil (1995) “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.

Por conseguinte, o objetivo geral que guiou a concretização desse trabalho, foi uma tentativa de apresentar a importância, limites e possibilidades de trabalhos educativos, que visem a promoção da saúde pública, em particular da mulher, em uma instituição pública tão significativa como o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU).

Entre os objetivos específicos, definiu-se: refletir sobre as condições sociais e econômicas da comunidade da Serrinha; estabelecer uma reflexão teórica acerca da promoção da saúde e saúde pública da mulher no Brasil; resgatar traços da presença dos profissionais do HU na comunidade da Serrinha e apresentar a prática profissional do serviço social na saúde pública da mulher.

Neste sentido, o presente trabalho foi dividido em três seções. Na primeira apresentam-se dados acerca da realidade da comunidade da Serrinha, área onde se desenvolve toda a trajetória desta pesquisa, bem como uma reflexão teórica acerca dos dispositivos legais que colaboram para o entendimento da saúde no Brasil, em seu sentido mais abrangente. Entendendo que a abordagem de saúde requer uma atuação ampliada, apresenta-se reflexões sobre o ideário da Promoção da Saúde e a saúde pública da mulher no Brasil.

Na segunda seção, refere-se a instituição HU e sua trajetória de participação e convivência com a comunidade da Serrinha, construída ao longo dos anos, bem como, os objetivos e ações desenvolvidas pelo projeto de extensão: Promoção da Saúde das Mulheres Gestantes e Puérperas, no âmbito da saúde reprodutiva, junto à mesma.

No espaço destinado a terceira seção, apresenta-se a atuação do Serviço Social da maternidade do HU junto a esse projeto de ensino e extensão, abrangendo sua atuação profissional e as demandas de atendimentos junto às mulheres e gestantes, bem como, contribuir para uma reflexão crítica dos desafios postos ao Serviço Social, na direção de um maior alcance do direito a uma saúde pública de qualidade, junto à população empobrecida.

Concluindo o trabalho, encontram-se as considerações finais, que exprimem as compreensões obtidas através da realização desse processo de estudo, bem como sugestões visando contribuir para uma presença do Serviço Social e, na sua relação interdisciplinar, cada vez mais reconhecida pela sua institucionalidade na efetivação dos princípios democráticos e de cidadania da Constituição Federal do Brasil.

2 A COMUNIDADE DA SERRINHA, DESAFIOS LOCAIS À POLÍTICA

PÚBLICA DA SAÚDE PARA A MULHER

Tendo em vista os objetivos deste trabalho monográfico, esta primeira seção proporcionará uma aproximação da realidade dos aspectos econômicos e sociais, não apenas das mulheres, mas da comunidade da Serrinha, com base em dados de pesquisas realizadas junto aos moradores da Serrinha no ano de 2006; proporcionando um panorama das condições de vida desta comunidade.

A seguir, estabelece-se uma reflexão teórica acerca dos dispositivos sócio-legais que colaboram para o entendimento da saúde no Brasil, em seu sentido mais abrangente. Entendendo essa como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde, etc.

Por conseguinte, tendo em vista que a trajetória que se busca resgatar tem como objetivo a Promoção da Saúde das mulheres da comunidade da Serrinha, se abordará aspectos que contribuam para o entendimento do ideário da promoção e da saúde das mulheres.

Sendo assim, nesta primeira seção, procura-se abordar elementos da realidade local, estabelecendo uma reflexão teórica, através do resgate histórico dos dispositivos legais que colaboram para o entendimento de que o direito sexual e reprodutivo da mulher é um direito elementar a saúde.

2.1 AS CONDIÇÕES SOCIAIS DE VIDA DA COMUNIDADE DA SERRINHA

No Brasil cerca de 30 a 50% das famílias moradoras dos territórios urbanos moram sob algum nível de irregularidade, quer em áreas de ocupação irregular ou loteamentos clandestinos e irregulares. Florianópolis não está fora deste contexto, apresentando padrões de ocupação desordenada e sem parâmetros urbanísticos, com assentamentos em áreas públicas ou privadas, de preservação ambiental como mangues, dunas, encostas e topos de morros, totalizando em 64 áreas de interesse social, onde vivem aproximadamente 55 mil pessoas (PMF, 2007).

A comunidade da Serrinha, situada no maciço do Morro da Cruz¹ é um dos processos de ocupação mais antigo da cidade, datando do início do século passado. Está localizado no

¹ Composto por 16 comunidades: Mariquinha, Monte Serrat/ Nova Descoberta, Tico-tico, Morro do 25 / Nova Trento, Morro do Horácio, Morro da Penitenciária, Morro da Queimada e Jagatá, Morro do Céu.

centro de Florianópolis, com uma área ocupada de 65,7 hectares e uma população de quase vinte e três (23) mil habitantes em 5667 domicílios, representando mais de 40% das pessoas instaladas em áreas de interesse social no município (PMF, 2007).

A dinâmica de ocupação do Maciço está intimamente associada ao crescimento desordenado da cidade, caracterizando-se em um assentamento com problemas de natureza social e ambiental. A partir dos anos 80, com a crescente migração de pessoas em busca de melhores condições de vida gerou um crescimento desordenado de muitas cidades no país.

Em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, a população passou de 138.337 habitantes em 1970 para 396.723 habitantes no ano 2007. De acordo com IBGE, o crescimento da cidade, desde 1996 até 2007 é de 4,20% ao ano, enquanto a média brasileira é de 1,56% ao ano. Verifica-se, portanto, que nos últimos 40 anos a população quase triplicou, prejudicando, principalmente, as pessoas com baixa renda e pouca qualificação profissional, que acabam vivenciando com maior intensidade os problemas de saneamento, acesso aos serviços de saúde, violência urbana, entre outros.

Esse crescimento populacional desordenado, aliado ao descaso do poder público com as camadas mais desprivilegiadas da sociedade, gera um cenário de baixa qualidade de vida, pobreza e violência. Nesse panorama, devido à baixa renda e não acessibilidade à infraestrutura básica, essas pessoas acabam se submetendo às condições de vida inadequadas.

Submete-se ao confinamento a espaços inadequados para a implantação de assentamentos urbanos, gerando grandes comunidades sem qualquer vínculo ou apoio do poder público. Tais populações são compostas, na maior parte das vezes, por pessoas com baixo nível de educação e renda, agravando ainda mais a situação, principalmente pela falta de esclarecimento sobre seus direitos e deveres como cidadãos.

Conforme apresentado pelo Centro de Estudos Cultura e Cidadania (CECCA), se comparamos o município de Florianópolis com outros municípios brasileiros de igual porte, possuímos uma posição destacada nos rankings de qualidade de vida, como vem sendo afirmado. Chama atenção, nesta avaliação da construção de indicadores de qualidade de vida na região de Florianópolis, organizada pelo CECCA, como a qualidade de vida florianopolitana é construída com o preço da falta dela em outras regiões. Pois Florianópolis, além de drenar recursos de todo o Estado de Santa Catarina em função de sua condição de capital, concentrando equipamentos especializados de saúde e educação, empurra sua população trabalhadora empobrecida para municípios vizinhos; atrai e concentra a população de alta renda entre outros fatores (CECCA 2001).

É notório que a capital recebeu, ao longo dos anos, uma demanda superior as suas condições de suprimento no que se refere à infra-estrutura, bem como, muito maior do que a oferta de serviços de educação e emprego frente à necessidade crescente. Assumindo uma política urbana, bastante comum em nosso país, de investimento quase que restrito ao centro da cidade, acabou por se dividir em duas realidades opostas dentro de um espaço em comum: uma com regiões desenvolvidas e com infra-estrutura satisfatória; e outra ocupada pela população de baixa renda, em terrenos irregulares e sem nenhum tipo de planejamento. Uma “cidade paralela”: ilegal, precária e sem infra-estrutura (ROLNIK, 2002).

A partir de tal realidade, forma-se uma situação de exclusão territorial que “é muito mais do que a expressão da desigualdade de renda e das desigualdades sociais: é o causador de reprodução dessa desigualdade” (ROLNIK, 2002, p.54). Os efeitos vão muito além da falta de infra-estrutura, saneamento básico, água tratada, moradia precária, reproduzindo em meio a essa população uma falta de oportunidades de trabalho, educação, ou seja, formas de superar as desigualdades e construção de um futuro melhor.

É nesse contexto que acerca de 40 anos vem crescendo a comunidade da Serrinha (Figura 1), localizada no bairro Trindade, área central da cidade de Florianópolis, denominada Maciço do Morro da Cruz, consolidada como comunidade de baixa renda. Encontra-se no entorno da Universidade Federal de Santa Catarina, e é circundada também por bairros de classe média e outras comunidades populares.

A área é de declividade acentuada e as vias internas não são pavimentadas, inexistente qualquer forma de manutenção, o que dificulta a mobilidade dos moradores, sobretudo em dias de chuva. Em função da ausência de sistema de drenagem, o esgoto é lançado a céu aberto, escoando diretamente para os córregos (PMF, 2007).

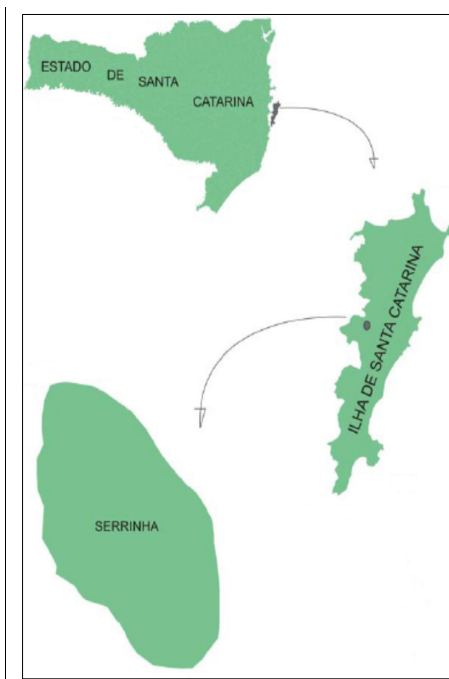


Figura 1: Localização da comunidade da Serrinha, área central de Florianópolis

Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC 2006

Cabe assim, identificar que a Serrinha, por ser um bairro composto basicamente pelas classes subalternas, tem como principal característica a pobreza, e esta segundo Yazbek (1993, p.63),

É a expressão direta das relações sociais vigentes na sociedade e certamente não se reduz às privações materiais. Alcança o plano espiritual, moral e político dos indivíduos submetidos aos problemas da sobrevivência. [...]. A pobreza é uma fase do descarte de mão-de-obra barata, que faz parte da expansão do capitalismo brasileiro contemporâneo.

Desta maneira, identifica-se que a condição de pobreza não perpassa apenas o âmbito material, mas sim todos os elementos que estabelecem as condições de saúde dos sujeitos. Tais expressões de pobreza foram observadas na comunidade da Serrinha, e através de levantamento sócio-econômico realizado junto aos moradores² (Anexo A), no intuito de uma melhor descrição das condições de vida desta comunidade, em especial das mulheres.

Portando, utiliza-se neste trabalho, visando descrever os aspectos que contribuem para

² É com base em alguns dados do levantamento de 204 questionários, realizado pelos bolsistas do programa Conexões de Saberes em 2006, em parceria com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) – dados esses, ainda não publicizados a comunidade - entre outras pesquisas junto as outros órgãos públicos, que se caracterizara a comunidade da Serrinha nesse trabalho. O estudo realizado pelo programa, está delimitado pela região, com o Marco Zero na Casa São José, situada à rua Marcos Aurélio Homem, até a divisa com o bairro da Carvoeira e o Morro da Caieira e foram respondidos na sua grande maioria pelas mulheres. Dado a ser analisado do decorrer do trabalho.

a análise do objetivo proposto, pesquisas de dados que abordam as seguintes temáticas: faixa etária, composição familiar, migração, educação e lazer, grau de escolaridade, trabalho, infraestrutura e saúde.

2.1.1 Faixa etária

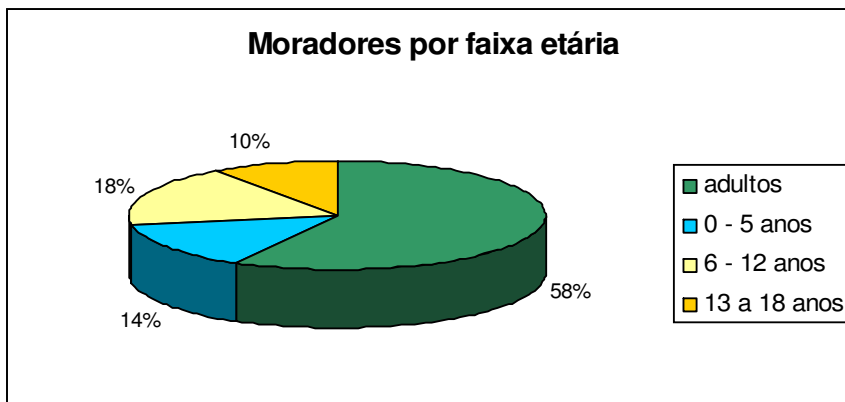


Gráfico 1: Moradores por faixa etária

Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

Observa-se que o número apresentado pela pesquisa é predominantemente de adultos, foi considerando jovens acima de 18 anos, dado que caracteriza esta população como jovem. Uma vez que é composta por 58% de adultos, 10% adolescentes de 13 a 18 anos, 18% criança de 6 a 12 anos e apenas 14 % recém nascidos e crianças de 0 a 5 anos. Ainda, segundo Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres (CEPED) – 2006, a Serrinha possui uma população de 2000 habitantes e 500 famílias.

2.1.2 Composição familiar

O número de moradores por família na comunidade da Serrinha (Gráfico 2) tem uma média de 4,2 por residência. Considera-se predominante o numero de famílias que possuem quatro moradores uma vez que está representa 37% da comunidade. Destas, segundo dados da CEPED (2006), 36,5% das famílias são chefiadas por mulheres, com renda de 1,34% do salário mínimo.

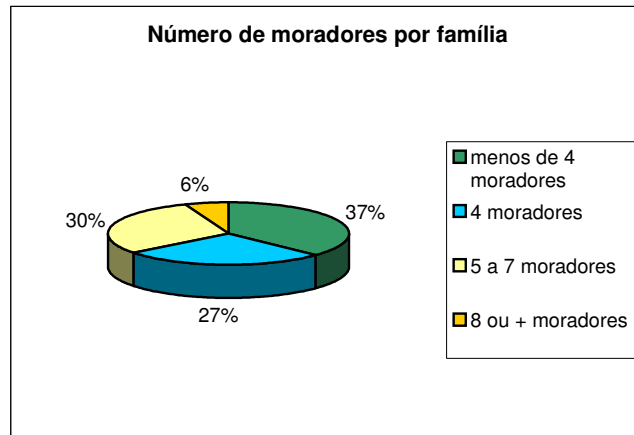


Gráfico 2: Número de moradores por família
Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

2.1.3 Migração

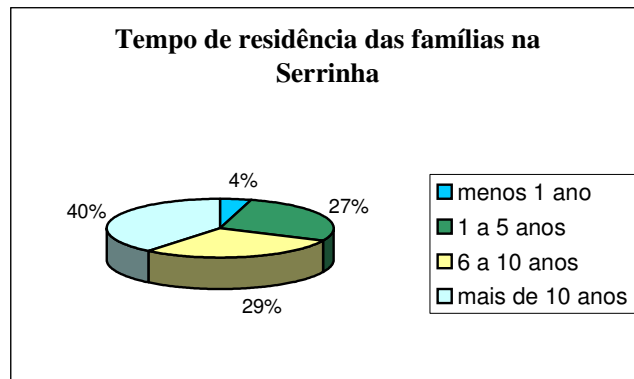


Gráfico 3: Tempo de residência das famílias na Serrinha
Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

Analisando o tempo de residência dessas famílias na comunidade da Serrinha (Gráfico 3), sua predominância é de 40% de famílias que estão a mais de 10 anos residindo nesta comunidade. É notório, portanto, como o fenômeno da migração marcou suas vidas em algum momento. Uma vez que a procedência destes moradores é, sobretudo, de municípios com base agropecuária (Gráfico 4), atividade que vem perdendo prioridade no setor econômico. O processo de industrialização e desenvolvimento do país resultou em um movimento de migração interna, sobretudo a partir da década de 70 e que persiste até hoje (ROLNIK, 2002).

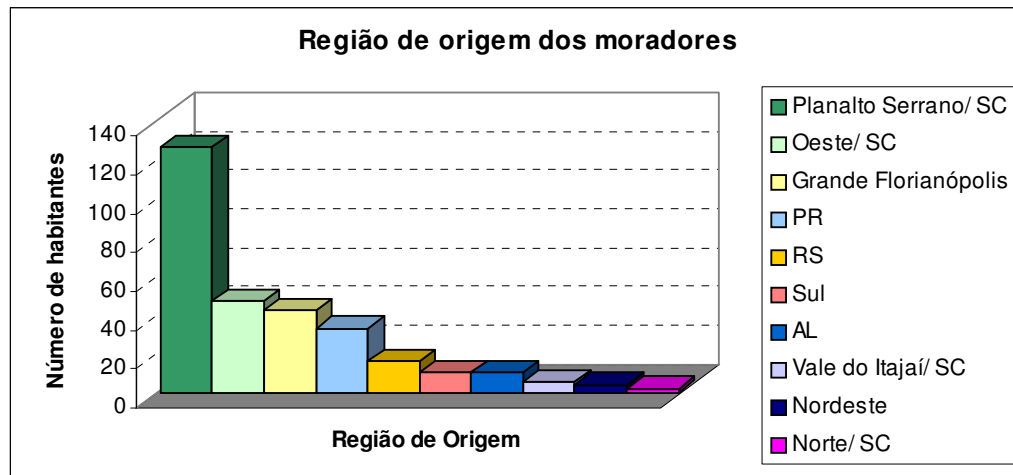


Gráfico 4: Região de origem dos moradores

Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

É uma comunidade composta predominantemente por moradores originários do Planalto Serrano (42,3%), Oeste Catarinense (15,4%), Grande Florianópolis (13,4) e Paraná (10,5). Seguindo essa tendência, os moradores de cidades interioranas tendem a procurar cidades maiores, com a expectativa de encontrar novos espaços de trabalho.

O número dos 42,3% dos moradores do Planalto Serrano é uma das consequências da crise madeireira dos anos 80 nesta região. Uma vez que, em 1950, com o aparecimento das serrarias na região de Lages, se constituiu na única oportunidade de emprego e renda de muitas famílias e tantas outras que chegavam às cidades para aproveitar o surto da madeira. Porém, com a decadência deste ‘ciclo’ nos anos 80, a alternativa dessas famílias é competir uma colocação na cidade, que, além disso, estava totalmente esquecida economicamente. Tendo em vista que esses trabalhadores, em sua maioria, moravam em vilas operárias com baixos salários, não conseguiram sequer comprar um pedaço de terra, ou mesmo uma casa na cidade, conseqüentemente, ficam em situação de extrema necessidade econômica, acarretando na busca por melhores condições de vida em outras regiões.

2.1.4 Educação e lazer

Constata-se, conforme apresentado no gráfico 5, que o número de crianças que freqüentam a escola é de 87% das que moram na casa, sendo que, não se pode analisar se estas estão em idade escolar ou não, tendo em vista que o questionário utilizado para pesquisa analisa o número de crianças das famílias que estão na escola. Portanto, compete analisar, que estes 13% que se refere às crianças que não estão na escola, podem ser consideradas crianças

abaixo da idade escolar mínima exigida, uma vez que o questionamento desta pesquisa limitou-se em indagar as famílias no sentido das crianças estarem ou não na escola. Não permitindo desta forma uma análise apurada no que tange a idade das crianças que residem na casa.

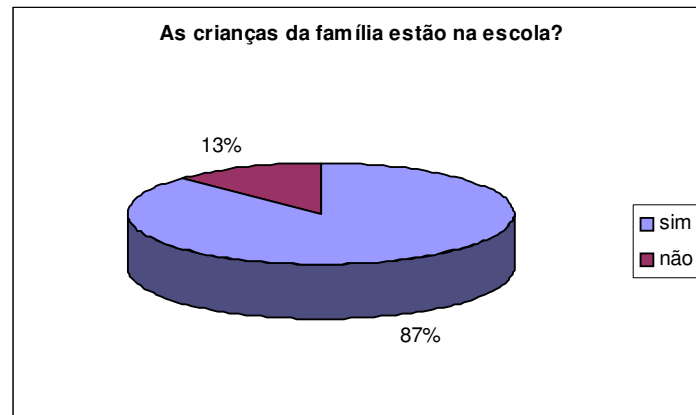


Gráfico 5: As crianças das famílias, que estão na escola
Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

Conforme se apresenta no gráfico 6, apenas 30% das crianças desta comunidade participam de atividades diferenciadas no período contraposto a escola e 70% permanecem em casa. Número preocupante, uma vez que a comunidade da Serrinha não possui espaços de lazer, conforme dados do gráfico 7, onde 37% dos moradores entrevistados demandam praça, 23% quadra de esportes e 15 % campo de futebol.

A comunidade da Serrinha conta apenas com os seguintes equipamentos comunitários:

- Escola municipal com ensino regular da 1ª à 4ª série do ensino fundamental – Escola Desdobrada José Jacinto Cardoso – que atualmente é espaço também para o núcleo de Educação para Jovens e Adultos (EJA);
- Creche São Francisco de Assis, mantida por entidades não governamentais;
- Associação de moradores criada em 1989 - verifica-se que atuação desta, ocorre de forma mais efetiva em algumas gestões do que em outras, sendo que a atual tem tido papel fundamental de mobilização e envolvimento em diversos projetos para a promoção da cidadania na comunidade.
- Casa São José – projeto social, para crianças e adolescentes, sob organização da Arquidiocese Trindade.

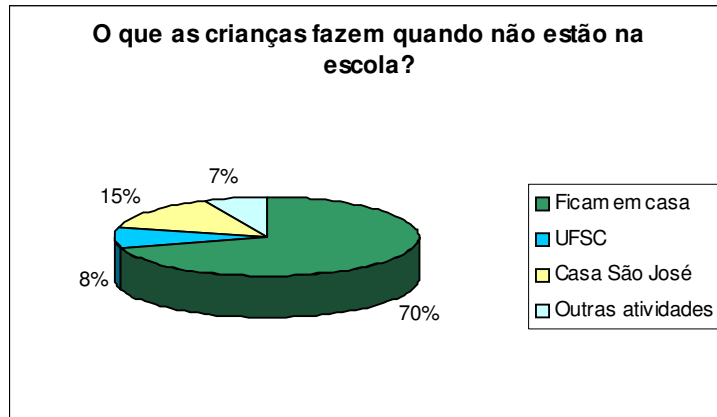


Gráfico 6: O que as crianças fazem quando não estão na escola
Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

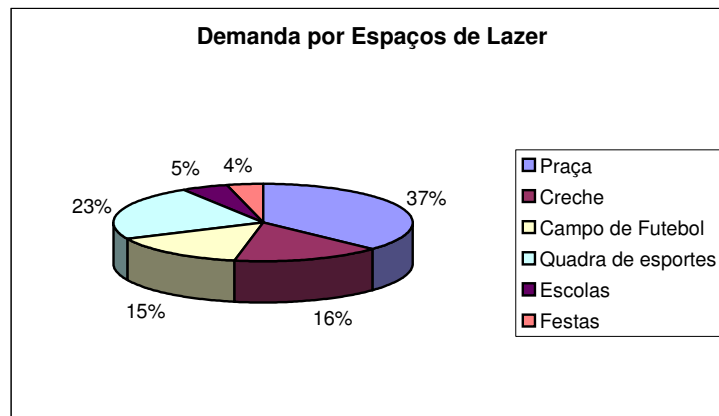


Gráfico 7: Demanda por espaços de lazer
Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

2.1.5 Grau de escolaridade

Dados que reafirmam as características já apresentadas e nos possibilitam uma maior análise desta realidade, refere-se ao grau de escolaridade destes moradores. Sendo que 72% da população, conforme gráfico 8, concentra-se no ensino fundamental incompleto, 14% com fundamental completo e 29% sem escolaridade. Ou seja, encontra-se aqui um numero significativo de pessoas que possuem até quatro anos de estudo.

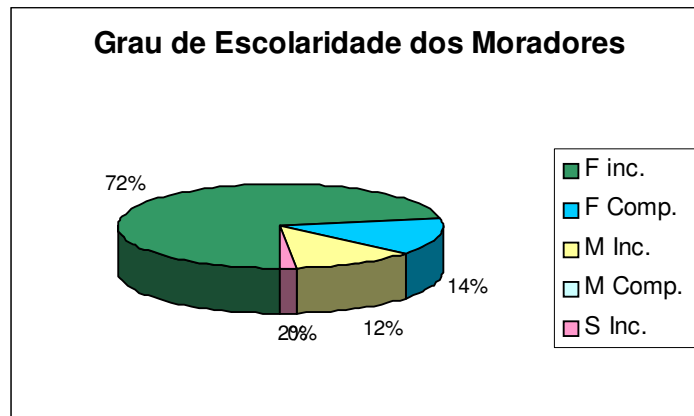


Gráfico 8: Grau de Escolaridade dos Moradores
Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC 2006

Segundo IBGE (2005), pessoas com menos de quatro anos completos de escolaridade são consideradas analfabetas funcionais, ou seja, apesar de alfabetizadas, não são suficientemente familiarizadas à escrita, leituras, interpretação de informações e operações elementares. Contudo, esse é um dado relativo dependendo muito mais de como se deu esse processo de escolarização. Pode-se verificar a existência de analfabetos funcionais que passaram de quatro anos na escola ou de alfabetos funcionais que nunca a frequentaram.

Porém, não se pode negar que as pessoas que fazem parte das famílias aqui apresentadas possuem um baixo nível de instrução, que traz implicações como, por exemplo, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Reflexo do número de desemprego e da característica das profissões exercidas, sendo grande parte, construção civil, domésticos e limpeza, conforme gráficos a seguir.

2.1.6 Trabalho

Os três gráficos a seguir, apresentam as características referentes às profissões e condições de trabalho, este o provedor da renda destas famílias. 79% dos trabalhadores que possuem carteira assinada são contribuintes da previdência social e passam a ter garantias sociais. Já os demais, 21% que não possuem carteira assinada, tem conseqüências e prejuízos no curto e longo prazo, privando-as do acesso a direitos como afastamento por motivos de doença ou maternidade, além de prejuízo referente à aposentadoria por tempo de contribuição.

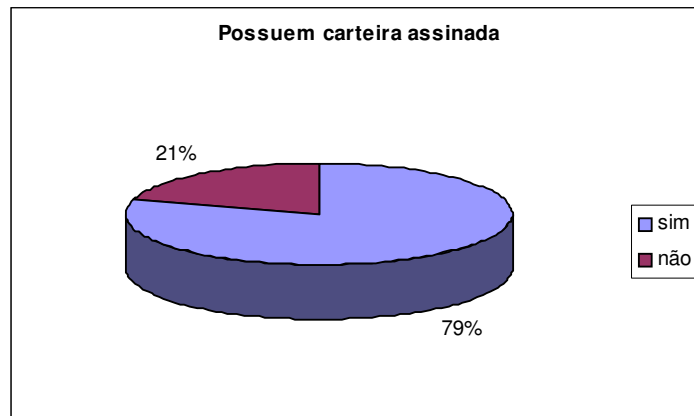


Gráfico 9: Possuem carteira assinada
Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

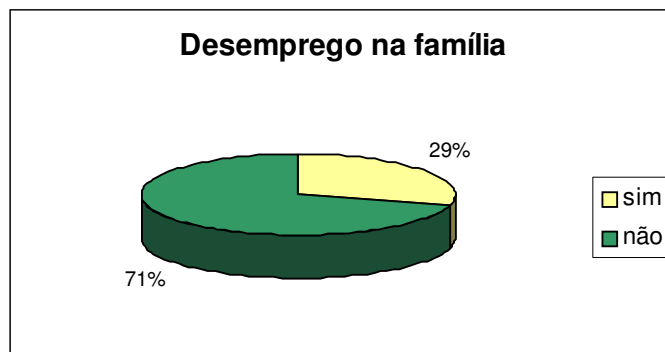


Gráfico 10: Desemprego na família
Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

Conforme gráfico 11, em comparativo com o grau de escolaridade já apresentado, cabe referenciar Silva e Barbosa (2004), que dizem que, a partir dos anos 90, o país passou por consideráveis transições econômicas e tecnológicas, fruto da reestruturação produtiva e organizacional, que trouxeram grandes implicações no mercado de trabalho. Considera-se que esse avanço tecnológico vem exigindo capacitação dos trabalhadores e constrói um descompasso entre o perfil da maior parte da população ativa brasileira e a imposição do mercado de trabalho, se expressando em um crescente contingente de desempregados e sub-empregados. Tal panorama resulta no contínuo crescimento do trabalho informal, que surge como recurso de sobrevivência, já que se referem a atividades que não exigem níveis elevados de escolaridade.

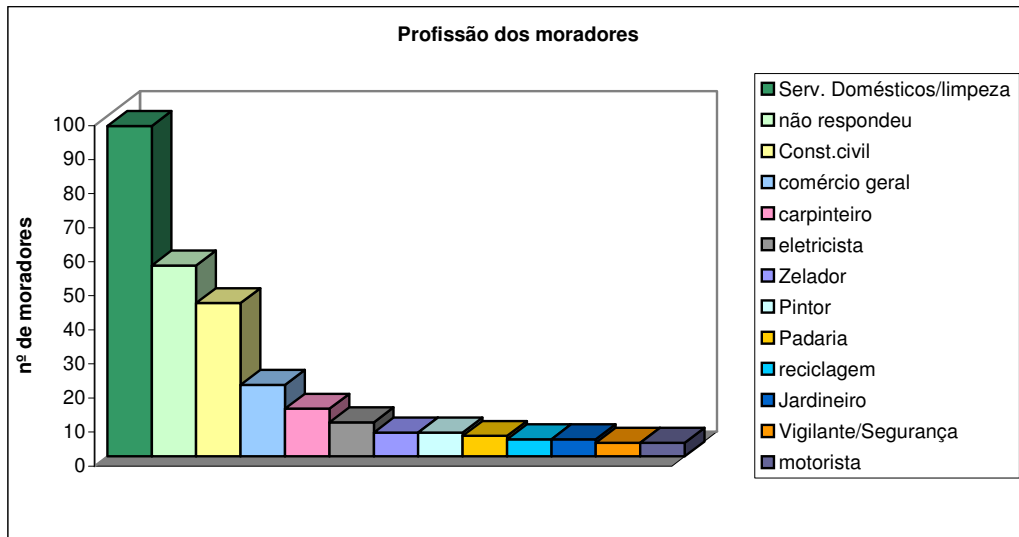


Gráfico 11: Profissão dos moradores
Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

Analisando isoladamente o número de servidores domésticos e de limpeza, podemos afirmar que grande percentual ou sua maioria é assumida pela parcela feminina. Número que se reafirma com a característica das profissões exercidas pelas mulheres, acompanhadas no grupo de gestantes - foco desta pesquisa - e pelos 37% de famílias chefiadas por mulheres, dados esses que serão analisados no decorrer deste trabalho.

Verifica-se que tais empregos, chamados “bicos”, caracterizam-se pela informalidade, que no caso das mulheres como já mencionado, encontra-se prioritariamente entre faxinas diaristas e, no caso dos homens, entre os pedreiros, como mencionado construção civil, refletindo em uma renda mensal inconstante e baixa. Algo que se justifica ao compreender que se são pessoas com pouca oportunidade de acesso a educação e a qualificação profissional.

2.1.7 Infra-Estrutura

Segundo CEPED (2006), considera-se que 17% das moradias da comunidade da Serrinha, encontram-se em condições sanitárias inadequadas ou inexistentes, 21% tem acesso e uso da energia elétrica informal, 32% dos domicílios não possuem acesso a rede de água potável e 49% destas não têm acesso a rede de esgoto.

Esta última etapa permite concluir que se caracteriza em um grupo de pessoas vivendo com baixa qualidade de vida e em risco constante de deslizamentos, agravados pelas precárias condições das moradias, o desemprego, uma forte atuação no mercado informal, extenso

adensamento populacional e alto grau de vulnerabilidade social.

2.1.8 Serviços de saúde

Os atendimentos de saúde a comunidade da Serrinha são prestados no HU/ UFSC e a Unidade Básica de Saúde – Trindade (UBS). Conforme consta no gráfico 12, há uma preferência pelos serviços prestados pelo HU, uma vez que a comunidade da Serrinha não reconhece o UBS- Trindade como prestadora de serviços de saúde a essa população.

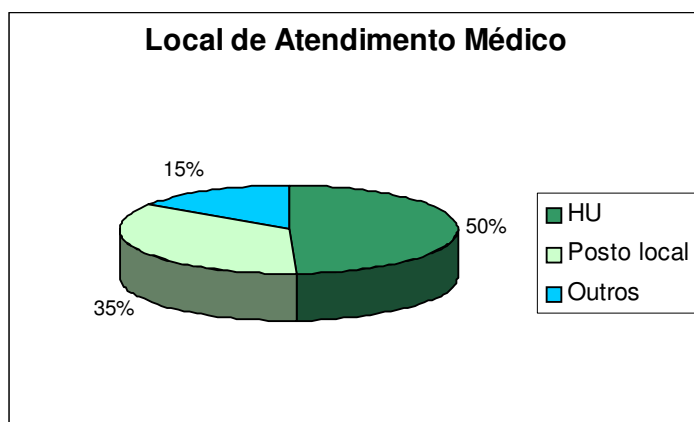


Gráfico 12: Local de Atendimento Médico
Fonte: Pesquisa – Conexões de Saberes / UFSC (2006)

Apesar da conquista da UBS – Trindade ser um marco da movimentação e organização dos moradores da comunidade da Serrinha - um processo acompanhado pelo Serviço Social do HU, que será resgatado no decorrer deste trabalho – observa-se um descontentamento e um não reconhecimento, tendo em vista, que o desejo destes moradores era a construção desta unidade nas proximidades da comunidade.

Sendo assim, percebe-se como a Serrinha acumula demandas por políticas públicas que se tornaram históricas. Encontra-se por toda a comunidade um cenário de falta de infraestrutura básica, insuficiência no atendimento dos serviços de educação, saúde, saneamento. As alternativas e espaços para manifestações culturais, artísticas, de esporte e lazer são inexpressivos, e neste contexto, aparece o tráfico de drogas como agravante dos problemas comunitários, cooptando e comprometendo o desenvolvimento livre e saudável das crianças e adolescentes da região.

Um dos principais desafios a se enfrentar, considerando a realidade da comunidade da

Serrinha, é a superação destas desigualdades sociais, da ausência de oportunidades e a segregação urbana.

A partir destas expressões da questão social entendemos a temática da saúde em seu sentido mais abrangente, como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde etc. Sendo assim, no próximo item buscaremos pontuar os principais dispositivos legais que direcionam a perspectiva da cidadania na área da saúde pública, em particular aquelas direcionadas para a mulher.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nas décadas de 70 e 80. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

O quadro de crise que caracterizou a realidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento neste período colocou uma série de desafios em termos do equacionamento dos problemas de saúde e da ampla variedade de situações que os originam.

No Brasil, há um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. A partir disso, apresenta-se nessa seção, os diversos dispositivos legais que reconhecem a saúde como um direito de cidadania³.

Pode-se dizer que o direito à saúde dentro do contexto histórico político do século XIX era praticamente inexistente. Eram escassos os hospitais e os serviços de vigilância sanitária, a doença nesta época era relegada ao campo místico, “uma desgraça das divindades”, não cabendo ao Estado interferir nesta questão.

Embora a preocupação com o campo da saúde não fosse atrelado às responsabilidades estatais, minimamente o Estado respondeu a esta demanda. Tal atendimento relaciona-se à economia brasileira, que esteve dominada por um modelo agroexportador, assentado na monocultura cafeeira. Exigindo desta forma, que o sistema de saúde fosse constituído,

³ Entende-se aqui cidadania tomando por base Sposati (1997) que a expressa como condição inerente a todos indivíduos, como direito universal de todos ao desenvolvimento no plano político, civil e social. Opondo-se ao conceito de cidadania regulada, destacado por Santos (1994), onde são considerados cidadãos apenas aqueles indivíduos que possuem algum tipo de vínculo empregatício, ou seja, os trabalhadores formais.

sobretudo, como uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias de exportação e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar esse mercado (MENDES, 1999).

Para tal erradicação desenvolveu-se o Movimento Sanitarista Brasileiro, o qual pode destacar a luta pela transformação do sistema de saúde até então vigente, procurando discutir as relações entre saúde-sociedade-Estado, assim como denunciar a mercantilização da saúde no Brasil. Este movimento, iniciado em pleno regime ditatorial propunha a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor (MOREIRA, BARREIROS, 2006).

No início da década de 80 ampliou-se o debate sobre melhores condições de saúde, o que abre campo para movimentos reivindicatórios. Tais reivindicações foram abordadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, cujo tema voltava-se para Serviços Básicos de Saúde, tendo como temática central a discussão da saúde como um direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, integrando aspectos orgânicos-institucionais, descentralização, universalização e participação, redefinindo os papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, município e territórios) na prestação de serviços de saúde (Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987). Ainda, na Conferência Nacional de Saúde fica estabelecida a concepção ampliada de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Assim, podemos dizer que a situação da saúde no Brasil é discutida e reformulada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final faz recomendações acerca de mudanças no setor de saúde, no sentido de torná-lo acessível, democrático, universal e equitativo. Tais recomendações passaram a constituir o Projeto da Reforma Sanitária, já então plenamente legitimado pelos movimentos sociais (BRAVO, 2004).

Considera-se, conforme apontado por Bravo (2004), que no final da década de 80, já haviam algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a

reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988.

Com a nova Constituição Federal, foram incorporadas propostas do movimento sanitário. Surge na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendida como um atributo da cidadania sem qualificações, ao que deve corresponder, como direito, não como concessão. Reconhecendo o direito de igualdade entre homens e mulheres tanto na esfera pública quanto na esfera privada (o Contrato Conjugal).

Nesse momento,

a efetivação do Estado de Bem-Estar Social inaugurou um novo capítulo na esfera da proteção social. Pela primeira vez na história da humanidade, o Estado foi impelido a assumir a proteção social com uma responsabilidade pública, operacionalizada por meio de políticas sociais. Ela deixou o “status” de caridade e benevolência para torna-se direito de todo cidadão (ã) (LIMA, 2006, p. 51).

Nesse contexto, os direitos sociais passaram a expressar necessidades sociais essenciais, que implicavam na provisão de bens e serviços à população por parte do Estado, no que concerne à proteção social. Garantido no capítulo II, seção II da Constituição de 1988, que trata da saúde como direito fundamental do cidadão. Os artigos 196 a 198 afirmam que a saúde é considerada direito de todos e dever do Estado, as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público a sua regulamentação, fiscalização e controle, assim como ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único de saúde.

A referida perspectiva presente na constituição sobre a dimensão da política de saúde, contrapõem a corrente hegemônica neoliberal, que busca o fim das políticas públicas, pois além de contemplar em seus princípios doutrinários o acesso igualitário e integral de toda a população brasileira aos serviços públicos de saúde, também defende como um dos itens de seus princípios organizativos, a participação e o controle social, através de entidades como os conselhos de saúde, que são instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos e necessidades sociais dos usuários do sistema.

Essa nova condição foi regulamentada em 1990, com as Leis nº 8.080/90 (dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, SUS) e nº 8.142/90 (trata da participação popular e da transferência intergovernamental de recursos financeiros para a área), que detalham o novo

conceito e os princípios de universalidade, equidade e integralidade, além de fixar parâmetros organizativos: regionalização; hierarquização, descentralização; comando único; participação popular e complementaridade do setor privado (BRASIL, 2001).

A exigência em criar um Sistema Único de Saúde⁴ se prende à luta em torno da garantia efetiva de direitos de saúde a todos os cidadãos. Rompendo assim com o sistema anterior que discriminava previdenciários e não previdenciários, trabalhadores urbanos e rurais, tanto no acesso aos serviços quanto ao nível de atenção à saúde que recebiam

É portanto, considerado um espaço privilegiado de construção de cidadania e conquista da sociedade como instrumento de inclusão social, só podendo exercer esse papel na sua plenitude quando apoiado por ações de políticas públicas que privilegiem a prevenção de doenças, especialmente as facilmente evitáveis.

Como instrumento tático para a regulação do processo de descentralização e repasses dos recursos financeiros intergovernamentais e operacionalização do Sistema, o Ministério da Saúde adotou as Normas Operacionais Básicas – NOBs, editadas pelo Ministério da Saúde, as quais ditam o processo de organização e normatização da implantação deste sistema.

Complementado pelo artigo 198 e Lei Orgânica da Saúde (LOS) no cap. II art.7º, definem que as ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas, e que a assistência à saúde deve se organizar em níveis crescentes de complexidade onde o acesso da população à rede dar-se-á através dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis de maior complexidade tecnológica - secundário e terciário⁵(BRASIL, 1988).

Portanto, o nível primário ou atenção básica, é representado pelas unidades básicas, postos de saúde, que servem de “porta de entrada” para os usuários. Tem como eixo a ampliação do acesso, através da identificação do conjunto de responsabilidades e de atividades a serem assumidas e desenvolvidas por todo o município nas seguintes áreas estratégicas: controle de tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão

⁴ Cabe ressaltar que a consolidação e legitimação dos princípios do Sistema Único de Saúde foram decorrentes de um processo de construção coletiva, tendo os movimentos sociais que participaram da Reforma Sanitária, desde a década de 1970, como importantes catalisadores.

⁵ O nível secundário de atenção ou de média complexidade corresponde às policlínicas ambulatoriais ou consultórios especializados e a pequenos hospitais (tecnologia intermediária). É composta por procedimentos que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja complexidade da prática demande disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio e diagnóstico e terapêutico que não são disponibilizados em todos os municípios. Pelo nível terciário de atenção ou de alta complexidade, constitui-se por grandes hospitais gerais e especializados que concentra a tecnologia compatível com as subespecialidades médicas (profissionais e recursos tecnológicos) que atendem aos problemas não resolvidos nos demais níveis e serviços de saúde.

arterial, controle da diabete mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança, ações de saúde do idoso, *ações da saúde da mulher e a promoção de saúde* - temas com centralidade neste trabalho.

Para ampliar as estratégias de ação dos serviços prestados pela atenção básica, cria-se o Programa Saúde da Família⁶ (PSF), fortalecendo os princípios da integralidade, equidade, universalidade, participação popular e prioridade a ações de prevenção e promoção, reorganizar os níveis de maior complexidade assistencial e obter indicadores mais favoráveis.

Conforme Ministério da Saúde (1997) tanto o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) quanto o PSF, que foram implantados no Brasil, nos anos de 1991 e 1994, respectivamente, visavam, entre outros objetivos, substituir o modelo de saúde tradicional que privilegiava o complexo médico-industrial; com adoção de medidas de promoção da saúde para toda a população.

O Ministério da Saúde, em publicação do ano de 1997, entendia o PSF como:

[...] um modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumido o desafio do princípio equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude.

Compreendido desta maneira, o PSF deveria então desenvolver um trabalho voltado para ações coletivas de promoção e proteção à saúde e para colaborar decisivamente na organização do SUS e na descentralização e municipalização da saúde, tornando-se esse o seu principal objetivo.

Recentemente, a portaria 648/2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, vindo a formalizar a mudança do PSF para Estratégia em Saúde da Família, possibilitando uma maior liberdade de aplicação dos recursos financeiros da atenção básica, e incluiu como estratégia de Atenção Básica, a promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

Atualmente, a implantação da estratégia saúde da família depende da decisão política da administração municipal, com o consentimento do Conselho Municipal de Saúde, do projeto apresentado e da discussão com as comunidades a serem beneficiadas. Porém, independente do porte dos municípios, as equipes de Saúde da Família devem estar

⁶ Conforme Política Nacional de Atenção Básica (2006) integram uma equipe do programa de saúde da família: uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros.

capacitadas para atender as demandas das áreas de sua abrangência (BRASIL, 2005a).

Aproximando-se da realidade e funcionamento das UBS de Florianópolis, limita-se em observar apenas a UBS – Trindade, por atender a comunidade da Serrinha e estar diretamente relacionada com objeto deste trabalho. A referida UBS é composta por três equipes de saúde da família, sendo assim, dividida em três grandes áreas (Trindade, Serrinha e Morro da Penitenciária). Os serviços prestados são: Clínica Geral, Odontologia, Programa Capital Criança, Vacinação, Teste do Pezinho, Enfermagem, Pediatria, Preventivo do Câncer.

Verifica-se, conforme visita institucional⁷, que a região da Serrinha é considerada uma grande área, atendida, portanto, por uma equipe de saúde da família. Tal área é dividida em 10 micro-áreas, o que requer uma agente comunitária de saúde responsável por cada uma destas micro-áreas. Entretanto, a equipe responsável pela abrangência da região da Serrinha atualmente é composta por apenas três agentes comunitárias de saúde, ou seja, 70% desta região encontram-se descoberta.

Diante deste panorama, e toda realidade da Serrinha já apresentada, observa-se que a nova abordagem de saúde apresenta fragilidades em sua concretização, uma vez que essa requer uma atuação ampliada. Para tal, tem se discutido estratégias com o objetivo de efetivar o ideário da Promoção da Saúde, o qual, cerca o debate de vários países nos últimos 20 anos, influenciando a implementação de suas políticas públicas.

2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Um dos primeiros autores a utilizar a expressão “promoção da saúde” foi Henry E. Singerist, em 1945, ao relatar as quatro grandes tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde; a prevenção da doença; o restabelecimento dos enfermos e a reabilitação (MOREIRA, BARREIROS, 2006).

Em 1958, ao desenvolverem o modelo de história natural de doença, Leavell & Clark incluem a promoção de saúde como sendo parte da prevenção primária, integrada por ações como a boa nutrição, o atendimento a necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas condições de moradias, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde.

⁷ Realizamos visitas institucionais a UBS –Trindade, com os seguintes objetivos: verificar o funcionamento e serviços prestados pela UBS; solicitar dados junto à enfermeira coordenadora do PSF responsável pela Serrinha; e conhecer como ocorre o acesso ao pré-natal. No período de outubro e novembro de 2008. Relatório disponível no setor da Maternidade do HU.

Porém, observa-se que, até o princípio dos anos 1970, as políticas públicas em saúde, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, estiveram dominadas pelas orientações que concentram ações de saúde em grandes hospitais com especialistas, ou seja, a cura dos indivíduos que manifestassem alguma doença (WESTPHAL, 2007).

Westphal (2007) destaca ainda, que foi somente com a crise que se instalou no setor da saúde neste período, em virtude dos custos elevados da medicina curativa que utilizava alta tecnologia e também porque pesquisas evidenciaram que os gastos não estavam tendo reflexos equivalentes na qualidade de vida da população, que se inicia a construção de novas estratégias baseadas em novos conceitos, o que resultou na chamada “nova saúde pública”.

Nas últimas décadas, principalmente a partir do Informe Lalonde, que se considera o primeiro documento político de saúde pública neste contexto – “Uma nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses” ou “Informe Lalonde” – publicado em 1974 pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar canadense, Marc Lalonde, deu início ao movimento do conceito moderno da promoção de saúde, sendo decisivo para questionar o papel exclusivo da medicina. Definiu o campo da saúde como constituinte de quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde.

De acordo com Almeida Filho e Andrade (2003, p. 97):

Este movimento baseia-s na noção de ‘campo de saúde’ composta por quatro pólos: a ‘biologia humana’, que inclui crescimento, maturidade e envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética; o ‘sistema de organização dos serviços’, contemplando os componentes de recuperação, curativo e preventivo; o ‘ambiente’, que envolve o social, a psicologia e o físico; e, finalmente, o ‘estilo de vida’ no qual podem ser consideradas as participações no emprego e os riscos ocupacionais, os padrões de consumo e os riscos das atividades de lazer.

Seu impacto foi de tal ordem, que foi considerado como responsável pelo início de uma nova era de interesse social e político pela saúde (ASHTIN, 1993 *apud* WESTPHAL, 2007). Essa surge então do reconhecimento de que tudo que existe é produto da ação humana, exceto o que poderia chamar de natureza intocada, em contraposição à hegemonia terapêutica, que se considera a solução para todos os males que poderiam atingir o corpo do homem.

Westphal (2007) observa ainda que não foi a partir da cunhagem do documento, elaborado no Canadá por Lalonde, que teve início a Promoção da Saúde como a “nova saúde pública”, mas sim, em 1978, na Conferência de Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, onde essa área do conhecimento e de práticas definiu um marco teórico, localizando o processo saúde e doença, sua causalidade e as práticas decorrentes, no eixo da

história social, econômica, política e cultural.

A conferência trouxe como proposta de atenção primária de saúde: a reafirmação da saúde como direito humano fundamental; a proposição de que as desigualdades são inaceitáveis; de que os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos, e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde (BUSS, 2000). Resultou assim, em um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986.

Foi na consolidação da referida conferência, como mencionado, que os profissionais reunidos em Ottawa, em 1986, propuseram mudanças conceituais semelhantes às que foram inscritas na Constituição Federal brasileira (Promoção da Saúde, 1996).

A declaração da referida conferência apresenta a Promoção da Saúde como:

O nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo e que para atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio-ambiente (OTTAWA, 1986).

A Carta identifica também que qualquer melhora na saúde deve ser embasada nos pré-requisitos para a mesma: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade. Para isso, são necessários ações intersetoriais e, portanto, não exclusivas do setor de saúde. Propõem então cinco campos de ações: políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis; ação comunitária; habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde.

Várias declarações e cartas que sintetizam as conclusões e recomendações de outras Conferências Internacionais de Promoção de Saúde foram produzidas nos últimos vinte anos. Portanto, a partir da concepção de Saúde definida na Carta de Ottawa firmaram-se compromissos para a implementação da Promoção de Saúde, que extrapolam o setor e exigem parcerias com outros setores do governo e da sociedade. Tendo como exigência, convocar outras forças sociais para participarem desse movimento de ampliação da Promoção da Saúde. Sendo necessário assim, fortalecer a capacidade de convocação do setor saúde para mobilizar recursos na direção da produção social da saúde e na responsabilização sobre ela. (WESTPHAL, 2007)

Observa-se que algumas conferências internacionais cumpriram com o objetivo de

demonstrar o papel das políticas públicas na resolução dos problemas de saúde, são elas: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), e Jacarta (1997), que desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Já na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional durante a ECO 92 (BUSS, 2000).

Por conseguinte, na Conferência do México, no ano de 2000, observou-se que os compromissos assumidos durante as Conferências anteriores pelos representantes dos países, não haviam sido realizados. Desta forma, como estratégia optou-se em modificar a metodologia dos trabalhos durante a realização da referida conferência. Sendo assim, realizou-se discussão em grupos, e após cada ministro, assinou a Declaração Presidencial, afirmando reconhecer a contribuição das estratégias em promoção de saúde em nível local, nacional e internacional, e comprometendo-se a elaborar Planos Nacionais de Ação para monitorar o progresso da incorporação das estratégias de Promoção da Saúde na política nacional e local (WESTPHAL, 2007).

No Brasil, considerando a necessidade de implantar e implementar ações para o Promoção da Saúde, o Ministério da Saúde aprovou, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, reconhecendo na promoção da saúde uma parte fundamental para busca da equidade, qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2006a).

A construção da referida política baseou-se nos princípios de intersetorialidade, integralidade e participação, para que as pessoas e comunidades desenvolvam toda a potencialidade da vida. Ademais, enfatizou que não deve ser um nível de atenção nem deve corresponder às ações que antecedem a prevenção, não devendo constituir-se num programa, mas em estrutura organizacional, revelando-se como uma estratégia que articula o setor com os demais setores, devendo estar a serviço do desenvolvimento humano (BRASIL, 2005b).

É, portanto, uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade.

Considera-se a promoção da saúde uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país. Assinala a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade

e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Segundo Ministério da Saúde (2006a),

no esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes.

Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

Portanto, cada um dos níveis de prevenção e recuperação requer medidas eficazes que visem a evitar a ocorrência de doenças e reduzir os danos à saúde. Pensar Promoção de Saúde significa ampliar o padrão de bem estar e a capacidade de autonomia dos cidadãos.

Considera-se outro ponto crucial a ser abordado, a necessidade da diferenciação entre os conceitos de promoção, prevenção e educação em saúde que muitas vezes são utilizados simultaneamente como se fossem sinônimos, ocasionando confusões até mesmo entre os profissionais de saúde. Uma compreensão de fundo importante no contexto do debate e das ações de promoção da saúde da mulher.

2.3.1 Diferenciação entre Prevenção, Promoção e Educação em Saúde

A principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde. Na prevenção a saúde é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto na promoção a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando desta maneira em um modelo participativo de saúde na promoção em oposição ao modelo médico de intervenção (FREITAS, 2003).

Além disto, como observa Czeresnia (2003), a compreensão adequada do que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações; buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência.

Para que se perceba a diferença entre educação em saúde e promoção da saúde faz-se necessário o esclarecimento de tais conceitos, mesmo se reconhecendo as dificuldades inerentes a tal esclarecimento. Resumidamente, pode-se afirmar que se entende por educação em saúde qualquer combinação de experiências de aprendizagem delineada com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, enquanto a promoção da saúde é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997).

Desse modo, a relação entre Educação em Saúde e Promoção da Saúde está em que:

A educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto que a promoção da saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa a provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente, porém não exclusivamente, por meio da legislação (CANDEIAS, 1997, p.3).

Assim, percebe-se que a Educação em saúde não é diferente da Promoção da Saúde, mas pelo contrário, ela se insere na promoção, na medida em que o desenvolvimento de habilidades pessoais é um campo de ação da promoção da saúde e para tanto "é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos" (BUSS, 2000, p. 171). Deste modo, pode-se pensar a Educação em Saúde como instrumento de promoção, essa educação é dirigida a grupos e comunidades, mais do que aos indivíduos.

Identifica-se, portanto, que profissionais da maternidade do HU, pensando em promover a promoção da saúde para além da estrutura hospitalar e entendendo a importância da educação em saúde, a somam ao papel de prestador de serviços de saúde na área materno-infantil. Desenvolvem um trabalho educativo junto à comunidade da Serrinha, através do projeto de extensão: Promoção da Saúde das Mulheres Gestantes e Puérperas, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. É portanto, um trabalho sócio educativo, fundamentado na educação popular, que oportuniza acesso a informações entre profissionais e mulheres gestantes e puérperas, contribuindo para a criação de uma cultura de cuidados na assistência à saúde no ciclo gravídico-puerperal e aleitamento materno; Entendidos portanto, no âmbito da saúde reprodutiva.

Afinal, é diante da necessidade de enfatizar a importância dos trabalhos com perspectivas de educação em saúde, e por este trabalho ter como estudo de caso uma

experiência junto ao grupo de mulheres desta comunidade, que se apresenta a seguir considerações sobre a saúde da mulher e seus direitos sexuais e reprodutivos.

2.4 A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

A história da saúde da mulher no Brasil é igualmente marcada pela contribuição de conferências internacionais⁸, uma vez que o Brasil ratificou importantes tratados internacionais de direitos humanos e elaborou leis que ampliaram e consolidaram os direitos das mulheres.

Nas últimas duas décadas, dando um passo à frente, o Brasil foi signatário de vários acordos internacionais voltados - direta ou indiretamente - à defesa dos direitos humanos das mulheres e ao combate à violência contra as mulheres, seja física, sexual ou de gênero (FURNALETTO, SANTOS, 2006). Porém, cabe evidenciar que no Brasil como nos demais países, ditos países em desenvolvimento, consolida-se profunda desigualdade social e uma enorme lacuna que separa a realidade dos direitos conquistados tão arduamente.

Tendo em vista que a história clássica da assistência à saúde da mulher no Brasil apresenta o cuidado médico concentrado prioritariamente no ciclo gravídico-puerperal, reduzindo a saúde reprodutiva ao seu aspecto procriativo, sem levar em consideração aspectos igualmente importantes em seu contexto de vida, fossem eles sociais, políticos, culturais, etc. É somente entre as décadas de 70 e 90 que, 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 transformações de práticas sociais ainda problemáticas, que emperravam o exercício da cidadania.

A década de 80 foi benéfica 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) 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 a Saúde da Mulher (PAISM).

Portanto, somente em 1983, se consolida um amparo legal com a criação do PAISM,

⁸ Cabe referenciar em âmbito acadêmico, o trabalho de TERRES, Bárbara Monguilhot (2005), uma vez que está aborda a contribuição das Conferências Internacionais para o reconhecimento dos direitos da mulher.

um programa do Governo que reconhece a necessidade de ações e serviços de saúde dirigidos especialmente às mulheres. Anuncia uma nova e diferenciada abordagem sobre a saúde da mulher, tem como ideário ir muito além da regulação reprodutiva, por incorporar e divulgar o conceito da integralidade⁹, como ícone de sua base doutrinária.

Aquino e Costa (2000) descrevem que, através do PAISM, pela primeira vez e prioritariamente as ações destinavam-se à promoção da saúde das mulheres e não apenas à saúde de seus filhos.

Segundo Costa:

O PAISM constitui-se de um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres das distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais, nas suas necessidades epidemiologicamente detectáveis - incluindo as demandas do processo produtivo. Compreende ainda todo o conjunto de patologias e situações que envolvam o controle do risco à saúde e ao bem-estar da população feminina [...] e a adoção desses princípios/orientações para todo o atendimento da rede de saúde, incluindo ações de emergências, internações hospitalares, ações de saúde mental, atenção clínica, cirúrgica e nas especificidades ligadas à mulher trabalhadora [...], complementadas pelas ofertas de ações educativas, promocionais, preventivas de diagnóstico e de recuperação da saúde (COSTA, 2000).

Formaliza-se uma atenção em saúde diferenciada, direcionada à mulher, permitindo uma compreensão maior da proposta, que as ações previstas façam parte de um programa global de assistência primária à saúde da população. Considera-se que o princípio da integralidade tenha se aproximado da concretização através do PAISM, nos anos 80.

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.

Cabia, portanto, a todos os municípios, além de implantar o PAISM, organizar o programa e ofertar os serviços de forma gratuita à população feminina, oferecer às mulheres atendidas: ações de Planejamento Familiar (incluindo casais que não conseguem ter filhos); de controle de doenças como o câncer, diabetes, pressão alta, doenças mentais e outras;

⁹ Integralidade, uma das diretrizes do SUS, instituída pela Constituição de 1988, que em seu texto constitucional, não utiliza a expressão integralidade, refere-se em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, art. 198).

oferecer opções de métodos contraceptivos¹⁰ para evitar uma possível gravidez, se este for o desejo da mulher atendida.

Outras importantes conquistas no Brasil consolidam-se, entre as quais a realização da Conferência Nacional "Saúde e Direitos da Mulher", entre 10 e 13 de outubro de 1986, que trouxe para o fórum de debate as propostas consolidadas nas pré-conferências realizadas em suas respectivas regiões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987). A discussão das questões específicas a respeito da saúde da mulher orientou-se pela compreensão de que a saúde está associada à existência de um trabalho estável e condignamente remunerado, assim como moradia, educação, alimentação, saneamento básico e meio ambiente livre de contaminação.

Os movimentos em defesa dos direitos da mulher foram se ampliando e, ao acompanhar as mudanças políticas brasileiras dos anos 80, tiveram participação nas legislações e ações que seguiram a Constituição Federal de 1988. Exemplo disto foram as duas principais bandeiras levantadas pelo Movimento Feminista¹¹ na década de 80: a violência e a saúde da mulher (SCHAIBER, D'OLIVEIRA, 1999).

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

A Constituição Federal brasileira de 1988 fortaleceu e aprimorou a proteção dos direitos políticos e estabeleceu, pela primeira vez, a igualdade entre os gêneros como direito fundamental. Com sua promulgação, as conquistas das mulheres ganharam impulso. Neste sentido, pode-se dizer que, com relação à saúde da mulher, a cidadania plena é um processo em construção, que historicamente vem adquirindo novos contornos.

É o que se verifica nas ações governamentais relacionadas à temática da mulher atualmente. Hoje estruturada no Brasil a partir da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), da Presidência da República, que foi criada através da Medida Provisória 103. A SPM desenvolve ações conjuntas com todos os Ministérios e Secretarias Especiais

¹⁰ 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. Ressalta-se, 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, p. 168).

¹¹ O movimento de feminista é guiado por vertente política de cunho feminista, e traz em sua pauta de reivindicações, dentre outros temas, assuntos referentes à gestação, à maternidade, à saúde da mulher, direitos sexuais e reprodutivos.

tendo como desafio à incorporação das especificidades das mulheres nas políticas públicas e o estabelecimento das condições necessárias para a sua plena cidadania (BRASIL, 2006).

Conforme documento oficial da SPM, suas principais competências são assessorar direta e imediatamente o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres; elaborar e implementar campanhas educativas e não discriminatórias de caráter nacional; elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e das demais esferas de governo; promover a igualdade de gênero; articular, promover e executar programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação de políticas para as mulheres; promover o acompanhamento da implementação de legislação de ação afirmativa e definição de ações públicas que visem ao cumprimento dos acordos, convenções e planos de ação assinados pelo Brasil, nos aspectos relativos à igualdade entre mulheres e homens e de combate à discriminação, tendo como estrutura básica o CNDM, o Gabinete e três Subsecretarias (BRASIL, 2006 a).

Realizou-se, em 2004, a I Conferência Nacional de Política para as Mulheres, convocada pelo Presidente da República Luis Inácio Lula da Silva e Coordenada pela SPM e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM).

Um marco importante de ação da referida Secretaria, foi a elaboração do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, implementado pelo MS, através da Área Técnica da Mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Proposta que se constitui inicialmente em 2004, definindo um conjunto de princípios, diretrizes e ações previstas até 2007, e um segundo plano em 2008 definindo ações até 2011.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), de 2004, foi construído com base nos resultados da I CNPM que indicou as diretrizes da política nacional para as mulheres, na perspectiva da igualdade de gênero, considerando a diversidade de raça e etnia. Este Plano vem expressar “o reconhecimento do papel do Estado como promotor e articulador de ações políticas que garantam um Estado de Direito, e o entendimento de que cabe a ele, e aos governos que o representam, garantir políticas públicas que alterem as desigualdades sociais existentes em nosso país” (BRASIL, 2004a).

Cabe ressaltar, portanto, que o processo de Conferência envolveu também os governos Estaduais e Municipais, entendendo que para que o PNPM 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.” (PNPM, 2004, p.11).

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 gênero¹².

Da primeira Conferência, emergiram quatro eixos estratégicos de atuação que são: 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. Nestas áreas estão contempladas as políticas e ações que devem ser desenvolvidas ou aprofundadas para que mudanças qualitativas e quantitativas se efetivem na vida das mulheres brasileiras.

Em agosto de 2007 ocorre o processo de revisão do PNPM, durante a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, resultado da mobilização de quase 200 mil brasileiras. Definindo para este segundo plano o acréscimo de seis novos eixos: participação das Mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável no meio rural; direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano; cultura, comunicação e mídia igualitárias, democráticas e não discriminatórias; enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia. Para cada eixo, há objetivos, prioridades e metas que se concretizam em 394 ações propostas (BRASIL, 2008a).

Segundo documento Oficial, este não é um Plano da SPM, é um Plano de Governo, apresentando não somente benefícios exclusivos para as mulheres e sim toda a sociedade. Torna-se fundamental que a sociedade civil, em especial as mulheres, tenham conhecimento das ações propostas para que possam acompanhar sua execução. São dezenove ministérios e secretárias especiais trabalhando juntos para assegurar direitos e melhorar a qualidade de vida das mulheres brasileiras em toda a sua diversidade (BRASIL, 2008 a).

O II PNPM é orientado pelos seguintes princípios, aprovados nas I e II Conferências Nacionais: Igualdade e respeito a diversidade; Equidade; Autonomia das Mulheres; Laicidade do Estado; Universalidade das Políticas; Justiça Social; Transparências dos Atos Públicos; Participação e Controle Social.

¹² Segundo Lisboa e Manfrini (2005), Transversalidade de Gênero nas diversas políticas públicas envolve o entendimento 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 de 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 e colegiados e posições de poder significa também, prever a equidade de gênero.

Segundo o II PNPM, no eixo da saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos, define-se como objetivo geral:

Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, em todas as fases do ciclo vital, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos, e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação de saúde integral em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie e resguardando-se as identidades e especificidades de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual.”(PNPM, 2008, p. 14).

Este objetivo geral é acompanhado por outros três objetivos específicos, dez prioridades e doze metas.

Tem como objetivos específicos: a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; a diminuição do índice de mortalidade materna; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral a saúde da mulher no SUS.

Entretanto, as iniciativas da atual gestão política na esfera Federal, que além de contar com a presença de mulheres em cargos importantes, também recebe 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 a 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, à maternidade do Hospital Universitário é um destes serviços. Que com a constante preocupação pela integralidade da assistência a saúde das mulheres de sua área de abrangência, desenvolve um importante papel educativo junto ao grupo de mulheres gestantes e puérperas da comunidade da Serrinha.

Portanto, entendendo a relevância de trabalhos com este cunho educativo que propicie às mulheres a garantia de direito na área da maternidade, irá ser abordado, na seção a seguir, o resgate histórico do envolvimento do HU com a comunidade da Serrinha.

3 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PARA ALÉM DA ESTRUTURA

HOSPITALAR¹³

Na primeira seção abordaram-se os aspectos da realidade social e econômica da Serrinha e os dispositivos legais de saúde no Brasil, voltados à promoção da saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, almeja-se, nesta segunda seção, retratar, com base em pesquisa documental e bibliográfica, uma sistematização da trajetória do trabalho sócio-educativo desenvolvido pelo HU junto às mulheres desta comunidade.

É através da prática desenvolvida para além da estrutura institucional que profissionais do HU/UFSC construíram ao longo dos anos uma relação de participação e convivência com a comunidade da Serrinha. A história mostra que o Hospital Universitário sempre se fez presente nesta comunidade, uma vez que, na década de 80, a implantação de postos de saúde, ocorreu sob a responsabilidade da Divisão de Saúde Pública do HU/UFSC e nos anos 90 a rede de apoio às mulheres, gestantes e puérperas, teve seu início com a abertura da Maternidade do HU em 1995.

Identificando, portanto, a relevância deste trabalho educativo junto a esta comunidade, apresenta-se a seguir um breve resgate histórico desta trajetória, com ênfase nas ações desenvolvidas pelo antigo Grupo 'Amigas do Peito', hoje formalizado pelo projeto de extensão: Promoção da Saúde das Mulheres Gestantes e Puérperas, no âmbito da saúde reprodutiva. Projeto este que, ininterruptamente, se faz presente nesta comunidade há 12 anos e é o foco desta pesquisa.

3.1 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) foi fundado em maio de 1980, após intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração.

É uma instituição pública federal vinculada à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Ministério da Educação e da Cultura (MEC), foi concebido com o objetivo de ensino, assistência à pesquisa e extensão. Como serviço público e gratuito, atende exclusivamente pelo SUS, atuando nos três níveis, primário, secundário e terciário de assistência – priorizando os níveis secundários e terciários.

¹³ Esta pesquisa documental teve como base, os seguintes documentos: livros, atas, registros de reuniões, correspondências encaminhadas ao poder público, relatórios técnicos, localizadas junto aos arquivos da Maternidade e Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) do HU, muitos destes não publicizados.

O HU tem por missão: “Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social” (HU, 2008).

E por visão: “Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho.” (HU, 2008).

Tem como objetivos a prestação de assistência cirúrgica, ensino, pesquisa e extensão, visando a formação profissional de qualidade dos alunos ligados aos cursos na área de saúde, oferecidos pela UFSC, bem como de outras instituições. Também preconiza a prestação de serviços à comunidade e o aumento do nível de saúde da população.

Baseado nos princípios do SUS, integralidade, universalidade e equidade, atende a população usuária da Grande Florianópolis, assim como, a população advinda de outros municípios do estado de Santa Catarina, oferecendo atendimento de emergência, ambulatorial e de internação nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Maternidade, Pediatria e Tocoginecologia.

Ao longo dos anos, o HU consolidou sua atuação nos três níveis de assistência do SUS, ou seja, no primário, secundário e terciário, sendo referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, JUNTO A COMUNIDADE DA SERRINHA

A relação do HU com a comunidade da Serrinha teve início na década de 80. No Brasil, um período histórico, marcado decisivamente pela queda das ditaduras militares, assim como, da consolidação de demandas de populações que mais fortemente alcançavam a cidadania e lutavam por sua ampliação. Para os movimentos sociais, um momento de desfrute de um ambiente de liberdade política e social, permitindo que a aflição dos problemas de várias ordens fossem substituídas por ações em busca da consolidação de um amplo estado de direito.

Em tal contexto histórico, marcado pela exploração econômica e ideológica geradora de uma sociedade, onde a maioria da população sobrevive em condições sócio-econômicas de miséria e, considerando que a reversão deste processo é possível, através da organização popular, acredita-se que a comunidade da Serrinha é um amplo espaço para tal realização. (SANTOS, 1987).

Nessa conjuntura, durante o período de 1983 a 1989, a Divisão de Saúde Pública do HU/UFSC, manteve em funcionamento um Posto de Saúde na região. Reflexo da mudança curricular do curso de medicina na década de 70, que inicia nos anos 80, em vários pontos do Brasil, visando ampliar as horas de permanência dos alunos em ambulatórios. Sendo assim, frente a essa mudança, um grupo de professores da UFSC se organiza com o objetivo de criar trabalhos em ambulatórios periféricos. Estes, incentivados pela Pró-Reitoria de Extensão, iniciam um processo de discussão sobre o trabalho ambulatorial, buscando a instalação de ambulatórios para campo de estágio e de trabalho na área da saúde.

A proposta específica do posto de saúde na Serrinha, parte do interesse de um grupo de estudantes de medicina que moravam na comunidade e pretendiam vivenciar uma experiência de medicina comunitária. Prática essa que propiciasse ao aluno um parecer clínico, fazendo uso de um mínimo de equipamentos diagnósticos e terapêuticos sofisticados, bem como, uma visão integral do paciente enquanto pessoa, com uma situação de vida particular e coletiva socialmente determinada (LÜCHMANN, 1985).

Em maio de 1984 aluga-se uma casa, sendo que, uma parte dos alunos juntamente com alguns professores, elaboraram o projeto, não mais vinculados ao Departamento de Ensino e sim a Divisão de Saúde Pública do HU.

Sendo assim, o primeiro posto de saúde na Serrinha inicia seu funcionamento em abril de 1985, com uma série de dificuldades tais como, problemas administrativos e falta de recursos humanos e materiais. Esta situação exigia novas discussões e uma redefinição acerca do trabalho. Trabalho esse que se desenvolvia no sentido de implementar três programas básicos: saúde da mulher, saúde da criança e vigilância epidemiológica.

Conforme documentos elaborados pelas estagiárias do Serviço Social da Pediatria do HU dos anos 1985 a 1990, verifica-se que o Serviço Social teve participação em algumas ações junto aos profissionais e alunos do referido posto, mas na ausência da integração dos trabalhos, como inicialmente era proposto, a atuação profissional do Serviço Social voltou-se à comunidade.

Segundo Souza (1985), a proposta de trabalho do Serviço Social junto à comunidade da Serrinha, tem, portanto, seu início no ano de 1985, com atuação da Assistente Social responsável pelo setor da Pediatria, juntamente com duas estagiárias. Inicialmente intitulado 'Projeto de Extensão: HU – Serrinha', define como objetivo inicial refletir junto aos pacientes e seus familiares as situações de saúde, visando o crescimento e a capacitação para que se tornem sujeitos transformadores de sua história.

Sendo assim, o processo de trabalho inicial do Serviço Social, foi realizado através de

visitas domiciliares às famílias cujas crianças haviam sido internadas no HU, sendo estas, na sua maioria, identificadas como provenientes da Serrinha.

Através deste contato direto com a comunidade, o Serviço Social da Pediatria do HU, identificou inicialmente a necessidade de reunir moradores e iniciar um processo coletivo de mobilização e organização da comunidade, na perspectiva de discutir em conjunto seus problemas. Esse processo de trabalho estabeleceu a criação de comissões responsáveis pelas reivindicações coletivas - coleta de lixo, saneamento básico, escola – que proporcionaram resultados rápidos e efetivos¹⁴. O objetivo primordial deste trabalho era o fortalecimento e capacitação das pessoas, na busca da transformação da realidade, bem como a sociedade mais ampla.

Segundo Souza (1985), o entendimento sobre saúde, discutido junto ao profissional do serviço social, era definido como “saúde não só como bem estar físico e mental e sim, como o direito de melhores condições de vida.”. Assim, o projeto de extensão HU-Serrinha visava atuar junto à comunidade pela conquista coletiva dos direitos sociais, implicando no processo de educação popular, ação-reflexão do cotidiano e em caráter preventivo.

Ainda, segundo documento elaborado por Souza (1985), acreditava-se que a prática do profissional do Serviço Social da pediatria do HU junto ao projeto Serrinha tinha um vínculo voluntário, uma vez que não possuíam horas disponíveis dentro do plano de trabalho para o acompanhamento deste trabalho na comunidade.

Dentre as intencionalidades da prática profissional, definidas pelo Serviço Social neste período, destaca-se:

- Acompanhar o processo de saneamento básico, refletindo com os moradores as causas das doenças sociais;
- Conhecer a realidade da comunidade da Serrinha numa perspectiva de investigação – ação;
- Participar da implantação do projeto de investigação- ação;
- Proporcionar espaços para a manifestação do saber e poder criador dos grupos populares da Serrinha, na construção de uma sociedade menos desigual e autoritária;
- Relacionar o saber acadêmico com a prática, identificando suas contribuições e limites para atuação;

¹⁴ LUCKMANN, Ligia Hahn, 1985, foi uma das estudantes protagonista deste processo de mobilização e muito bem descreve essa trajetória em seu trabalho de conclusão de curso.

- Contribuir para o fortalecimento da organização comunitária como processo de conquista pelos direitos sociais e cidadania;
- Instrumentalizar a população para o enfrentamento de suas lutas na área da saúde, da educação, da infra-estrutura e da habitação;
- Assessorar os moradores da Serrinha na sua articulação com outros grupos e movimentos populares, possibilitando-lhes troca de experiências e lutas conjuntas;
- Vivenciar uma formação profissional mais crítica e comprometida com a realidade.

Considerava-se que, para atingir tais objetivos era fundamental ao exercício da prática do fazer profissional do Serviço Social a utilização de instrumentais, entre eles destaca-se: visitas domiciliares, reuniões comunitárias, contatos e reuniões de articulação com outras comunidades e assessoria.

Através destes instrumentais, principalmente reuniões comunitárias e visitas domiciliares, em articulação com as comissões já citadas, consolidou-se o processo coletivo de organização dos moradores. Porém, paralelamente, verifica-se que outras situações dificultaram o andamento do processo de manutenção do posto, como: as seleções de estudantes para o próximo semestre, o término do contrato com a casa e o pouco respaldo do HU no que diz respeito ao sistema de referência e recursos humanos na área administrativa, ocasionando assim sua desativação.

Conforme Araújo (1999), devido à saúde ser fator fundamental na vida das pessoas e a existência do posto de saúde na comunidade até março de 1989, estimularam a intenção de luta dos moradores nos anos 90, pela construção de um posto de saúde. Dessa forma, a comunidade¹⁵ passou a se organizar e solicitar junto a Secretaria de Saúde verba para a execução da obra.

Com a recente implementação do SUS, os recursos passavam a ser administrados no âmbito municipal, sendo assim, os moradores encaminharam ofício a Secretária de Saúde reivindicando um posto de saúde junto à comunidade. Como resposta, obtiveram apenas a promessa da disponibilidade de verba para o terceiro trimestre de 1990.

Esse foi um período marcado pela burocracia dos órgãos públicos, reuniões com secretários de saúde, recebimento de promessas de “estudo do caso”, e pela persistência dos moradores. Entre outros, os empecilhos apresentados pela Secretaria de Saúde giravam em torno da escolha do terreno para construção, tendo em vista que, inicialmente, a universidade havia disponibilizado um dos seus terrenos para comunidade. A discussão girou em torno de

¹⁵ Verifica-se nos documentos pesquisados, a ausência de referência as ações desenvolvidas pela Associação de

interesses políticos e da impossibilidade de uma construção estadual ser realizada em terreno Federal (ARAÚJO, 1999).

Segundo Araújo (1999), o posto de saúde não era considerado apenas um benefício para a comunidade, mesmo sendo os moradores os únicos engajados nesta luta. Assim como, no início, a UFSC também teria interesses no posto, uma vez que este seria utilizado para a formação de alunos de diferentes cursos, tendo uma proposta de extensão universitária, servindo para o HU como ambulatório escola.

Após a desativação do referido Posto em 1989, o Departamento de Enfermagem da UFSC, juntamente com o Serviço Social do HU e lideranças comunitárias, desenvolveram visitas domiciliares às famílias de crianças internadas, bem como, participaram dos movimentos reivindicatórios na comunidade por escola, ônibus, creche, calçamento e desenvolvendo o projeto de extensão: TRANSCRIAR¹⁶, que consistia em uma proposta de atendimento interdisciplinar, desenvolvido até 1995.

Observa-se que, mesmo havendo uma retirada dos Serviços de Saúde da comunidade, e lentamente também dos estudantes e profissionais que acompanhavam as famílias das crianças internadas, o Serviço Social do HU manteve uma relação com a Serrinha. Relação mantida através de um serviço voluntário prestado pelas líderes comunitárias Isabel e até os dias atuais prestado por Maria Valenza, de hospedagem nos seus domicílios, para os acompanhantes de pacientes vindo do interior do estado para internação.

E, foi através da abertura da Maternidade que o Serviço Social juntamente com a Enfermagem, iniciam um novo trabalho, com perspectivas e objetivos de criar uma rede de apoio às mulheres na comunidade da Serrinha. Sendo assim, apresenta-se a seguir como ocorreu o processo de implantação da maternidade do HU e as ações do Serviço Social.

3.2.1 A Maternidade do Hospital Universitário

A história da Maternidade é marcada pelo desenvolvimento de uma comissão “pró-implantação”, em 1984, formada por docentes do Departamento de Enfermagem e Pediatria da UFSC e enfermeiras da área materno-infantil do HU. Segundo registro e documento do HU, no período compreendido entre 1986 e 1987, a parte física da maternidade foi construída

Moradores da Serrinha, uma vez que foi fundada em 1989.

¹⁶ Este financiado pelo Centro Brasileiro para a Infância e Adolescente (CBIA), mantém um pequeno posto de Enfermagem, com objetivo de realizar procedimentos curativos. Segundo contato com profissional da Enfermagem do HU, verifica-se que através das visitas domiciliares desenvolvidas pelas alunas de enfermagem, identificou-se que as mulheres moradoras da Serrinha, não realizavam exames preventivos, por vergonha de ser realizado por médicos Homens. Busca-se através deste projeto, realizar a coleta dos exames preventivos por esta profissional junto a este posto de enfermagem, sendo levado apenas para análise no laboratório do HU. Os casos

com recursos externos, provenientes do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo inaugurada em 1987. Neste mesmo ano, foi realizado um concurso público com a finalidade de ativar esta unidade, no entanto, não houve contratação de pessoal para este fim.

Em 1988, outra comissão foi designada pela direção do HU, composta por várias áreas profissionais, entre elas, o Serviço Social. Esta comissão atuou até 1989, quando se desfez, e os trabalhos foram interrompidos durante quatro anos, devido a razões político-administrativas.

Sob o comando de uma nova direção geral, em 1992, a instituição assume como meta prioritária à ativação da maternidade e nomeia uma nova comissão de implantação. A comissão iniciou um trabalho de arrecadação de fundos e de sensibilização da necessidade da ativação da maternidade junto à mídia, em forma de denúncia, mostrando a área física vazia. A Secretaria de Estado da Saúde financia, então, toda a implantação.

Em novembro de 1994 foi realizado concurso público e iniciava-se a contratação de pessoal para a ativação da maternidade e, finalmente, no dia 24 de outubro de 1995, após 11 anos de trabalhos interrompidos em vários momentos, a Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina é ativada.

A Comissão de Implantação da Maternidade se transforma no Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (GIAM), onde eram discutidos os objetivos e metas do trabalho a ser desenvolvido. Desde que começaram a pensá-la, tinham como proposta o desenvolvimento de um trabalho diferenciado, indo muito além do atendimento puramente técnico e obstétrico.

Neste sentido, é definido como princípio básico de trabalho uma filosofia humanizada, capaz de garantir assistência adequada nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais à mãe, ao recém-nascido e à família, durante a gravidez, parto e puerpério.

A Maternidade é composta por cinco unidades: Unidade de Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico (CO), Unidade de Internação Neonatológica (NEO), Unidade de Internação Obstétrica (AC) e Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM). E conta com uma equipe multiprofissional, composta por médicos obstetras, neonatologistas, anestesistas, enfermeiras, técnicos de enfermagem, nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social, atendentes e auxiliares administrativos, além da participação de alguns departamentos de ensino.

que apresentassem alterações seriam encaminhados para atendimento no hospital.

A equipe da maternidade do HU/UFSC procura dar um atendimento personalizado às gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascido e família, oferecendo formas diversas de parir, como o parto de cócoras, promove a humanização do atendimento ao prematuro de baixo peso através do Método Canguru visando assim, aprimorar a assistência perinatal. Possibilita, também, a participação do pai ou outro acompanhante escolhido pela gestante, desde a triagem obstétrica até a alta do alojamento conjunto ou na unidade de internação neonatológica, procurando resgatar o papel da mulher como protagonista do processo de nascimento.

A Maternidade do HU segue as mesmas diretrizes do hospital, ainda subordina-se a 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 relacionadas ao trinômio mãe, recém-nascido (RN) e família.

Os profissionais da equipe multiprofissional da maternidade, têm como outros objetivos de trabalho, promover a amamentação, fortalecendo assim a filosofia de atendimento de Hospital Amigo da Criança. Descreve-se a importância da criação desta Comissão Interna de Pró-Aleitamento Materno da Maternidade do HU e suas principais ações junto à comunidade da Serrinha.

3.2.2 A Comissão Pró-Aleitamento Materno da Maternidade do Hospital Universitário

Essa história é construída por um grupo de profissionais do HU que, com objetivos comuns de trabalho, tinham como preocupação a promoção do Aleitamento Materno. É através da portaria nº04/DG-HU/96, em abril de 1996, que se formaliza a Comissão Pró-Aleitamento Materno do Hospital Universitário.

Comissão essa formada por uma equipe interdisciplinar, aberta à participação de todos os membros da maternidade, assistentes sociais, enfermeiras, nutricionistas, obstetras, pediatras e psicólogas, desde sua formação tem sua presidência regida pela enfermeira Ingrid Elisabete Bohn Bertoldo.

Visavam, entre outros objetivos, assegurar ao Hospital Universitário o título de “Hospital Amigo da Criança”, concedido pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

O título de “Hospital Amigo da Criança” somente é concedido às instituições que, tecnicamente, cumprirem a mulher e ao recém nascido os requisitos considerados necessários

para uma adequada assistência técnica e humana aos recém-nascidos. Dentre os requisitos postos pelo UNICEF/ OMS, o aleitamento materno aparece como um dos principais, pois se entende que são inúmeros os benefícios que a prática do aleitamento materno proporciona tanto para o crescimento e desenvolvimento de lactentes, como para a mãe, criança e família, do ponto de vista biológico e psicossocial.

Conforme documentos desta comissão, inicialmente definiu-se um regimento interno (Anexo B), definindo uma dinâmica de reuniões quinzenais a serem realizadas todas as segundas-feiras às treze horas, na sala de reunião da tocoginecologia do HU.

Formalizou-se assim, uma proposta de trabalho inicial, que se constitui em:

- coordenar a campanha Hospital Amigo da Criança, para maior estímulo ao aleitamento materno na maternidade do HU;
- elaborar as normas escritas sobre o estímulo ao aleitamento materno no HU;
- programar e administrar o treinamento dos funcionários, nas atividades de incentivo ao aleitamento materno;
- controle das atividades de estímulo e das práticas do aleitamento materno no HU;
- avaliações periódicas das etapas ao programa Hospital Amigo da Criança;
- elaboração do questionário de avaliação do HU, controle do seu preenchimento e aprovação de seu resultado para ser encaminhado à UNICEF;
- incentivar a criação de grupos de estímulo ao aleitamento materno na maternidade e na comunidade.

Os registros dessas reuniões apresentam a fase de preparação das estratégias de fiscalização e organização para a implementação dos chamados “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno” (Anexo C). Em cada reunião buscava-se discutir a avaliação de cada passo e a organização das ações a serem desenvolvidas junto aos serviços prestados pela Maternidade. Atividades essas como: levantamento do número de funcionários que realizaram curso de aleitamento materno, necessidade de incluir enfermeira no ambulatório de pré-natal, orientações quanto à posição do recém-nascido, e a necessidade de criar um grupo de mães na área de abrangência, entre outras.

No decorrer do processo de consolidação das normas, realizou-se reunião junto aos representantes da UNICEF e, em 16 de outubro de 1997, buscaram junto ao Ministério da Saúde e Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, a realização da avaliação global do Hospital Universitário, para tornar-se referência à iniciativa de Hospital Amigo da Criança, esta desempenhada em 07 de novembro de 1997.

Diante da atuação de estratégias que visam à humanização, a maternidade do HU foi reconhecida com o título de Hospital Amigo da Criança oferecido pelo UNICEF, em 17 de dezembro de 1997 e, em outubro de 2000, o Prêmio Galba de Araujo¹⁷ por desenvolver uma filosofia voltada para a humanização do atendimento ao parto e nascimento, tornando este hospital referência em humanização na região sul do Brasil.

Considerando a necessidade de estimular os profissionais na prestação de serviços de excelência de atenção ao parto, com vistas à humanização do atendimento e incentivo ao parto natural e a promoção do Aleitamento Materno, segundo Bertoldo (2003), as práticas humanizadas dos profissionais da maternidade são reforçadas através dos cursos de Manejo e Promoção do Aleitamento Materno¹⁸; Aconselhamento em Amamentação; Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru; Discussões sistemáticas com os funcionários da maternidade em seus respectivos plantões; Reuniões quinzenais da Comissão do Aleitamento Materno, Maternidade Segura, do Grupo Interdisciplinar da Maternidade; e da Comissão de Implementação da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso; enfim, várias estratégias de trabalho para fortalecer a filosofia de atendimento e de trabalho.

Nesta perspectiva, a equipe interdisciplinar, desde a implantação da maternidade, vem atuando através de diversas estratégias que visam a promoção, proteção e o apoio do aleitamento materno. Entre as diferentes ações desenvolvidas pela referida comissão com o objetivo de dar visibilidade à importância da promoção ao Aleitamento Materno, enfatiza-se as realizadas durante a Semana Mundial do Aleitamento Materno.

A Semana Mundial é considerada um veículo para a promoção da amamentação. Ocorre em 120 países e, oficialmente, é celebrada de 1 a 7 de agosto. A Aliança Mundial para a Ação em Aleitamento (WABA)¹⁹ define a cada ano o tema a ser trabalhado na Semana, lançando materiais que são traduzidos em 14 idiomas. Entretanto, a data e o tema podem ser adaptados em cada país, a fim de que seja obtido mais e melhores resultados do evento.

No Brasil, o Ministério da Saúde em parceria com Secretária Brasileira de Pediatria,

¹⁷ O prêmio foi instituído para reconhecer estabelecimentos de saúde integrantes da rede do Sistema Único de Saúde - SUS, que se destaquem no atendimento obstétrico e neonatal. Instituído através da [Portaria MS/GM nº 2.883](#), de 04 de junho de 1998.

¹⁸ O HU já realizou vinte e dois cursos, com objetivo de capacitar profissionais da área da saúde do todo o estado de Santa Catarina.

¹⁹ O trabalho da WABA consiste nas ações desenvolvidas pela Secretaria da WABA, que coordena e mantém o fluxo de informação entre os grupos de trabalho e todas as outras organizações que fazem parte da Assembléia da WABA. Seu pequeno escritório também tem como função facilitar as ações durante a Semana Mundial da Amamentação.

coordenam a Semana Mundial de Aleitamento Materno desde 1999, sendo responsável pela adaptação do tema em nosso país e elaboração e distribuição de cartazes e folders. Conta com o apoio de Organismos Internacionais, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Hospitais Amigos da Criança, Sociedades de Classe e ONG's.

Portanto, pode-se apresentar um breve resgate das campanhas e seus temas abordados pela WABA e adaptados no Brasil. Para uma melhor visualização destes, optou-se pela sistematização destas informações em forma de tabela:

ANO	WABA	BRASIL
1992	Baby-FriendlyHospital Initiative	Amamentação – Hospitais Amigos da Criança
1993	Mother-Friendly Workplace Initiative	Amamentação - Direito da Mulher no Trabalho
1994	Protect Breastfeeding: Making the Code Work	Amamentação Fazendo o Código Funcionar
1995	Breastfeeding - Empowering Women	Amamentação Fortalece a Mulher
1996	Breastfeeding - A Community	Amamentação Responsabilidade de Todos

	Responsibility	
1997	Breastfeeding Nature's Way	Amamentar é um Ato Ecológico
1998	Breastfeeding The Best Investment	Amamentação: O melhor Investimento
1999	Breastfeeding Education for Life	Amamentar: Educar para a Vida
2000	Breastfeeding It's Your Right!	Amamentar é um Direito Humano
2001	Breastfeeding in the Information Age	Amamentação na Era da Informação
2002	Breastfeeding: Healthy Mothers and Healthy Babies	Amamentação: Mães Saudáveis, Bebês Saudáveis.
2003	Breastfeeding in a Globalised World for Peace and Justice	Amamentação: Trazendo Paz num Mundo Globalizado
2004	Exclusive Breastfeeding: the Gold Standard Safe, Sound, Sustainable	Amamentação Exclusiva: Satisfação, Segurança e Sorrisos
2005	Breastfeeding and Family Foods	Amamentação e introdução de Novos Alimentos a partir dos 06 meses de Vida
2006	Code Watch - 25 Years of Protecting Breastfeeding	Amamentação: Garantir este direito é responsabilidade de todos
2007	Breastfeeding: The 1 st Hour Save One Million Babies!	Amamentação na Primeira Hora, Proteção sem Demora

Tabela 1: Temas abordados na Semana Mundial da Amamentação da Aliança Mundial para Ação em Aleitamento (WABA) adaptados no Brasil

Fonte: Adaptado da Fiocruz (2007)

O tema definido em 2008 foi Amamentação: Participe e apóie a mulher, e está será abordada com ênfase no decorrer deste trabalho.

Observa-se que, a maternidade do HU tem registro de diferentes ações desenvolvidas durante as Semanas Mundiais, entendendo a contribuição destas para a promoção do Aleitamento Materno, destaca-se, a seguir, somente as ações desenvolvidas junto à comunidade da Serrinha, durante as programações da Semana Mundial, de 1996 à 2002.

Essas também sistematizadas em forma de tabela:

ANO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
1996	Evento sobre aleitamento materno, junto a líderes e comunidade da Serrinha.
1997	Junto a Escola Municipal Desdobrada José Jacinto Cardoso com exposição de mural com fotos sobre alunos e o Aleitamento Materno; elaboração de redação “Minha Amamentação”; encontro com os alunos e professores da 3ª e 4ª Série com objetivo de discutir: Anatomia, Sexualidade e Aleitamento Materno, Sexualidade, Reprodução e Aleitamento Materno;
1998	Expostas faixas pela Serrinha com dizeres: “Amamentar... é o maior investimento” “Amamentar é um barato” “Amamentar é muito barato!”; realizou um encontro na

	Escola Municipal Desdobrada José Jacinto Cardoso com casal da Escola de Pais, sobre a questão da Maternidade e Paternidade; foi apresentado vídeo para os pais sobre o aleitamento materno.
1999	Junto a Escola Municipal Desdobrada José Jacinto Cardoso, abordado tema sobre Maníferos-animais e homens e exposição dos trabalhos e desenhos; entrevistas com os pais sobre como foi a amamentação; encontro dos profissionais do HU, junto às professoras da escola, para conversar sobre a pesquisa realizada pelas crianças. Junto à creche, conversa com os pais, sobre mamadeiras, bicos e vantagens da amamentação; Encontro Festivo com gestantes e mães, acompanhadas pelo grupo de gestantes.
2000	Junto a Escola Municipal Desdobrada José Jacinto Cardoso, desenvolveram diferentes atividades com os alunos, sobre o tema da Amamentação: exposição de esculturas de massinhas confeccionadas pelos alunos; entrevistas com os pais; realização de mural com desenhos e fotos; elaboração de redações; Junto a Creche, um encontro com professores, para uma conversar sobre a amamentação.
2001	Junto a Escola Municipal Desdobrada José Jacinto Cardoso, exposição de trabalhos sobre amamentação realizado pelos alunos; participação da creche da Serrinha num encontro realizado no HU, com apresentação de musica; Encontro com gestantes e mães, acompanhadas pelo grupo de gestantes, na casa de uma das integrantes do grupo.
2002	Apresentação de musicas e danças da Escola Municipal Desdobrada José Jacinto Cardoso, no auditório de HU; Encontro com gestantes e mães, acompanhadas pelo grupo de gestante, com o tema: “Mães saudáveis, bebês saudáveis.”

Tabela 2: Atividades realizadas na Semana Mundial da Amamentação na comunidade da Serrinha

Fonte: Adaptado de Bertoldo (2002)

Todas essas atividades educativas consolidam a importância destes espaços comunitários, como escolas e creches, para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Uma vez que, o objetivo da prática profissional é a promoção da saúde, essa requer o desenvolvimento de um conjunto de ações preventivas mais gerais que visem à saúde e ao bem-estar, ou seja, uma intervenção intersetorial, que permita a articulação entre comunidade e profissionais de áreas específicas.

Em especial o ano de 2008, as ações junto à comunidade restringiram-se ao encontro semanal do grupo de gestantes, abordando a Importância da Amamentação, as demais ações terão ênfase no decorrer deste trabalho.

Dando seqüência aos objetivos da Comissão Pró-Aleitamento Materno do HU e estabelecendo relação com o objetivo deste trabalho monográfico, realiza-se um resgate histórico das ações para a implementação do 10º Passo da norma para o Sucesso do Aleitamento Materno. Tendo em vista que esta é definida como: “Encorajar o estabelecimento

de grupos de apoio, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório”.

Conforme atas de reuniões da referida comissão observa-se que, inicialmente, organizou-se um levantamento dos grupos existentes, para assim definir a comunidade da Serrinha dentro da área de abrangência do HU, para construir uma rede de apoio às mulheres.

Segundo Bertoldo (2003), no Brasil, ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são utilizadas como estratégias fundamentais para a redução da mortalidade infantil e a melhoria da qualidade de saúde das crianças brasileiras. O atendimento Humanizado e também o incentivo ao aleitamento materno perpassam todos os trabalhos desenvolvidos na maternidade do HU, exemplificada nos seguintes trabalhos de grupos:

- Grupos de Gestantes e/ou Casais Grávidos;
- Encontro de Gestantes do Terceiro Trimestre;
- Projeto de extensão: Promoção da Saúde das mulheres gestantes e puérperas, no âmbito da saúde reprodutiva.

Portanto, é através de atividades educativas, que extrapolam o ambiente institucional, que o HU mantém grupos de apoio ao Aleitamento Materno. Cabe evidenciar que, por se tratar de uma experiência comunitária, o projeto de extensão junto a Serrinha é centralidade neste trabalho.

Observa-se, através dos registros destas ações, a atuação e comprometimento dos profissionais da Comissão Pró-Aleitamento Materno do HU em garantir a promoção do Aleitamento Materno junto à sua área de abrangência. Considera-se que, a partir da relação construída pelos profissionais da enfermagem e do serviço social da referente comissão se estabeleceu uma parceria com a Pastoral da Criança e lideranças comunitárias da Serrinha.

Tal parceria origina-se em 1996 com a formação do Grupo Amigas do Peito²⁰. Cabe ressaltar, portanto, que Grupos de Amigas do Peito é uma experiência comunitária de incentivo à amamentação, onde um grupo de mulheres da própria comunidade, em conjunto com alguns profissionais de instituições, são capacitadas para apoiar e divulgar o aleitamento

²⁰ Em 08 de novembro de 1996, a Assistente Social da Maternidade do HU Viviane Bergler Fernandes, recebeu uma correspondência do Grupo de Mães Amigas do Peito da cidade do Rio de Janeiro (Anexo D), esse fundado em 1980. Relatando que tal grupo está constituído juridicamente, possuindo registro de patente deste nome. Solicitando assim, resguardar o direito ao grupo Amigas do Peito do Rio de Janeiro, para uso exclusivo do nome. Diante da solicitação desta correspondência, Assistente Social Viviane apresentou em reunião a comissão pró-aleitamento materno a necessidade de repensar um novo nome ao grupo da comunidade da Serrinha. A partir desta data, verifica-se em documentos a menção por grupo de “Promoção da Saúde através do Aleitamento Materno” ou projeto da Serrinha.

materno na comunidade. Atualmente, na comunidade da Serrinha, a experiência acontece através do projeto de extensão: Promoção da Saúde das Mulheres Gestantes e Puérperas, no âmbito da saúde reprodutiva.

Sendo assim, apresenta-se a seguir a trajetória desta parceria, uma vez se faz presente ininterruptamente há doze anos junto à comunidade da Serrinha, acompanhando a saúde das mulheres gestantes e puérperas e desenvolvendo um trabalho de educação popular junto a mesma.

3.3 A TRAJETÓRIA DO PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES GESTANTES E PUÉRPERAS NA SERRINHA

Inicialmente, é a valorização da importância do aleitamento materno que aproxima os profissionais da Comissão Pró-Aleitamento Materno da Maternidade do HU de lideranças comunitárias, para juntas iniciar a construção de uma parceria que se delinea na história e cenário da saúde das mulheres da comunidade da Serrinha. A UFSC, através de cursos afins, também participou junto a atividades de ensino, extensão e pesquisa, em especial através de estágios curriculares.²¹

Conforme apresentado, a relação já estabelecida entre comunidade e HU vem desde os anos 80, bem como os objetivos dos profissionais do HU, com a abertura da Maternidade em 1995. Identifica-se que, além da associação de moradores, fundada em 1989, uma das primeiras entidades atuantes na comunidade foi a Pastoral da Criança, essa uma organização não-governamental, vinculada a Igreja Católica desde 1992, que inicia junto às famílias uma prática social.

Cabe evidenciar que no Brasil a Igreja Católica é a instituição civil com maior penetração junto à população e aos seus vários grupos e movimentos. Na maioria das regiões

²¹ Como fonte de registros, se encontra os seguintes trabalhos de conclusão de curso: LUCKMANN, Ligia Helena Hahn. A educação popular enquanto prática de saúde: uma proposta do Serviço Social. 1995 CAMARGO, Rosilene Gameiro de. Serviços Social e educação popular: uma experiência na comunidade Serrinha. 1985 BACK, Ericka Norberta. Movimento popular urbano: uma experiência de Serviço Social. 1986; SILVA, Edi da. O Serviço Social uma perspectiva de educação popular: sistematização da experiência vivenciada com a comunidade da Serrinha. 1987; SANTOS, Ana Paula Balthazar dos. A cotidianidade da Serrinha e a construção do ser comunidade. 1988; MOSER, Liliane. Movimento popular urbano: espaço de luta e confronto com o Estado. 1988; SOUZA, Silvia Helena de. O processo saúde – doença do trabalhador da Serrinha em sua cotidianidade. 1989; SCHEFER, Eloísa Ceres. Religiosidade e Serviço Social: possibilidade de intervenção na comunidade da Serrinha. 1990; GERMER, Rúbia Luiza. A participação popular no processo de organização comunitária da Serrinha. 1990; ARAÚJO, Márcia Adriana. A população organizada da Serrinha na conquista do seu direito de morar. 1992

é impossível fazer um trabalho comunitário em saúde sem se relacionar com as várias organizações populares ligadas à Igreja e com os seus agentes. Eles podem ser importantes aliados e, por isso, é preciso conhecê-los (VASCONCELOS, 1991).

Na comunidade da Serrinha, o trabalho da Pastoral da Criança desenvolvido, consistiu-se no acompanhamento de gestantes e crianças até seis anos de idade, realizado por agentes que residem na própria comunidade. Em suas atividades na Serrinha, a Pastoral da Criança priorizava o atendimento aos moradores da zona alta da comunidade, por entender que estes eram mais necessitados de cuidados.

Em 1996, quando se inicia a parceria com os profissionais do HU, a Pastoral da Criança contava com cinco líderes cadastradas, trabalhando em caráter voluntário, sendo que cada líder comunitária acompanhava um determinado número de famílias, de acordo com sua disponibilidade de tempo. O trabalho destas líderes consistia em distribuir complementos alimentares e orientar as famílias em relação aos cuidados com a saúde, higiene e alimentação, além de incentivar o aleitamento materno.

Observa-se que os primeiros diálogos com a comunidade sobre a possibilidade de formação de um Grupo de Amigas do Peito ocorreu através do contato da líder da Pastoral da Criança – coordenadora da região da Trindade Maria Valenza²² – com os profissionais da maternidade do HU – assistente social Viviane Bergler Fernandes e enfermeira da Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) Ingrid Elisabete Bohn Bertoldo.

A partir de então, o Serviço Social CIAM, juntamente com as demais lideranças comunitárias da referida Pastoral, passaram a se encontrar e propor ações conjuntas na comunidade no sentido da construção de uma rede social de apoio ao aleitamento materno, iniciando a organização de encontros com as mulheres desta comunidade. Sendo assim, o convite e divulgação das reuniões a todas as mães e mulheres da comunidade era realizado pelas agentes da pastoral, durante suas visitas domiciliares.

A programação inicial foi de um encontro mensal (segundo sábado do mês), realizado na casa das gestantes e mães acompanhadas pela pastoral da Criança, com objetivo de levantar temas relacionados à gestação e a amamentação.

O princípio que fundamentou essa relação entre profissionais e lideranças comunitárias foi a relação educativa. Todas as discussões realizadas tinham como base a

²² Cabe assim evidenciar, a referida líder Maria Valenza, antiga moradora, já foi presidente da associação local de moradores e líder comunitária da Pastoral da Criança e sua relação se mantém na trajetória das organizações da comunidade da Serrinha, até o momento.

vivência destas mulheres. O objetivo era a realização de encontros conduzidos com uma linguagem adequada à realidade sócio-cultural local destas, passando a promover uma problematização dos assuntos abordados. Algo que proporcionou a construção de vínculos consistentes, capazes de promover transformações mobilizadoras.

Além das reuniões mensais, nas quais também participam outros profissionais da Divisão Materna Infantil do HU, conforme as demandas trazidas pelas gestantes e mães, o projeto de Promoção da Saúde, a partir de 1998, ampliou seu trabalho para outros espaços sociais da comunidade. Esse diálogo com a população local vai se intensificando, os encontros vão se desdobrando em compromissos do grupo com a comunidade e desencadeando novas ações, em novos espaços. Sendo assim, para uma melhor visualização, pontua-se o envolvimento e organização com algumas ações específicas, como: Posto de Saúde, atuação junto a Escola, projeto Galpão Cultural, Capacitação de lideranças e ACS.

3.3.1 Posto de saúde

Considera-se que este processo de organização dos moradores é continuidade do apresentado anteriormente - acompanhado pelo Serviço Social da Pediatria do HU – o que foi primordial na organização e mobilização das reivindicações coletivas da comunidade e ainda se fazem presente. Afinal, a associação de moradores ainda permanece na comunidade, entre outras lideranças comunitárias locais que participaram das reivindicações nos anos 80.

Observa-se que, entre as lutas e reivindicações, o acesso à saúde é centralidade, tendo em vista que, após o fechamento do posto de saúde em 1989, os atendimentos passaram a serem prestados no posto de saúde do bairro Agrônômica, o qual não apresentava estrutura suficiente para atender. Pois, conforme dados dos ACS de janeiro de 2001, as regiões do Pantanal, Trindade Sul e Norte, representavam um total de aproximadamente 36.420 pessoas, que necessitavam de atendimento.

Na documentação existente, há registros de reuniões organizadas junto a lideranças locais das comunidades: Agrônômica, Pantanal e Córrego Grande, se constituindo em uma comissão local de saúde, que organizavam algumas ações como: documentos enviados e reuniões junto ao poder público. Verifica-se, no período de 2000 a 2003, a existência de registros de cerca de 23 reuniões, acompanhadas pelo Serviço Social, algumas dessas, foram reuniões comunitárias apenas com os moradores da Serrinha, outras com as demais

comunidades – Agrônômica, Pantanal e Córrego Grande – e ainda junto ao Secretário Municipal de Saúde, Reitor da Universidade e o Vereador Marcio de Souza.

Contata-se que, junto a Prefeitura Municipal de Florianópolis, a aprovação do orçamento da construção da UBS – Trindade, ocorreu em 2001, pela comissão de orçamento, emendas ao projeto de Lei nº 9.453, como proposta apresentada pelo Vereador Marcio Souza, orçada no valor de R\$175.000,00 (Anexo E). No entanto, a UBS- Trindade foi fundada somente em 2003.

Até a sua inauguração, a organização das reuniões comunitárias persistiram e o Serviço Social, conforme registros de reuniões, buscou discutir a importância da organização de um Conselho Local de Saúde, essa discussão se perdeu e até os dias atuais não efetivou. Pode-se destacar três matérias de jornais locais (Anexo F) que retratam as reivindicações, bem como o descontentamento dos moradores pela possível localização próxima ao terminal ou terreno ao lado do corpo de bombeiros, uma vez que este privilegiaria em termos de proximidade somente a comunidade do Morro da Penitenciara e moradores do bairro da Trindade.

Entretanto as discussões foram permeadas pela necessidade de ser construído em terreno plano, de fácil acesso para ambulâncias e ônibus, condições essas, que os terrenos irregulares da Serrinha não apresentam. Sendo assim, a localização foi definida pela gestão da prefeita Ângela Amim, fato que conforme apresentado na primeira seção, leva 50% da comunidade, utilizar os serviços prestados pelo HU, não reconhecer os serviços prestados pela UBS-Trindade e a construção de um posto de saúde junto à comunidade, ser promessa de campanha política em 2008.

3.3.2 Educação Sexual junto a Escola Municipal Desdobrada Dom José Jacinto

Foi através da escuta junto às mulheres gestantes e mães, bem como dos profissionais, que se percebe um “universo vocabular”, carregado de sentido e vivências das famílias, que refletia no dia-a-dia da escola a questão da gravidez e adolescência, sexualidade, doença, lixo e saneamento na comunidade.

Conforme registros de Fernandes (2001), foi refletindo sobre esta realidade, que repercute no cotidiano do Hospital Universitário e sobre as atividades de extensão realizadas com o grupo de promoção da saúde, que se percebeu a importância de elaborar um projeto pedagógico no espaço da escola, visando a construção de novas relações de gênero, mais saudáveis, mais emancipadas e culturalmente bem adaptadas. Este trabalho visava extrapolar as orientações biologistas, fundamentadas nas diferenças anatômicas e sexuais.

Ainda, segundo Fernandes (2001), visava-se que as ações profissionais fossem guiadas:

Para além dessas orientações sobre diferenças sexuais, e ter por base uma educação 'por esclarecimento', cujo objetivo seja o desenvolvimento de uma razão crítica sobre modelos e papéis sexuais, de forma que se supere juízos preconceituosos e contribua para a formação de uma juventude na Serrinha, mais saudável do ponto de vista de sua sexualidade e saúde reprodutiva (FERNANDES, 2001).

As ações junto à escola envolviam profissionais da área da saúde e educação, tendo como público alvo as crianças e jovens vinculados a Escola Municipal Desdobrada José Jacinto Machado, e os grupos esportivos e culturais vinculados à Associação de Moradores da Serrinha. Sendo assim, desenvolveram-se ações junto à escola, durante período de 1999 e 2004, através de oficinas realizadas com professores e alunos de 1ª a 4ª Série.

A partir destas atividades, teve-se o objetivo de fomentar espaços comunitários de convivência para crianças e jovens, através de processos educativos, iniciando-se em 2004, a organização do "Clube da Camisinha", que envolveu crianças e jovens em reuniões educativas. Porém, este teve duração somente até o final do mesmo ano.

Verifica-se que não há registros no período de 2004 a 2007 do desenvolvimento de oficinas educativas do referido projeto de extensão junto à escola, uma vez que a profissional da área da Enfermagem que acompanhava esse processo se afastou do trabalho para realizar seu doutorado.

Porém, durante o ano de 2008, por solicitação da escola, o projeto se fez presente, através da participação das profissionais da Enfermagem do ambulatório C e do Serviço Social da Maternidade, juntamente com a estagiária, onde inicialmente realizaram reuniões com duas professoras e diretora, com o objetivo de conhecer suas demandas e programar novas atividades. Uma vez que esta ocorreu no mês de outubro, definiu-se a realização de uma oficina direcionada a capacitação dos professores, tendo em vista que os mesmos estavam encontrando dificuldades em lidar com algumas situações de sexualidade precoce presentes no dia-a-dia da escola.

3.3.3 Projeto Galpão Cultural

Conforme documento elaborado por Fernandes (2006) o projeto Galpão Cultural na comunidade da Serrinha, nasceu da união de algumas ações já consolidadas e de novos projetos que surgiram após a UFSC ter disponibilizado um terreno junto à comunidade. A elaboração desse projeto, consolida uma parceria entre UFSC, Comunidade (Escola, Creche, Pastoral da Criança e PACS), Associação de Moradores, Ateliê Modelo de Arquitetura/ UFSC, Engenharia Civil PET/ UFSC, Engenharia Sanitária e ambiental e HU/ UFSC.

Conforme folder de divulgação, sua proposta consolidava a criação de um espaço de lazer, cultura e convivência para a juventude e demais moradores, respondendo ao anseio de grupos organizados da comunidade. Este tinha como propósito ser um incentivo às atividades de extensão no Bairro e assim melhorar as relações da comunidade universitária com este local. O projeto visava também a preservação de um bosque em torno da construção do Galpão.

Os recursos para a construção deste deveriam ser buscados junto à iniciativa privada, instituições públicas e na própria comunidade, promovendo assim, a capacitação de profissionais para a mão de obra.

Através dos registros de reuniões realizadas no período de 2003 a 2006, essas junto ao reitor da universidade e alguns representantes da parceria, identifica-se que a construção do Galpão Cultural era de interesse da Universidade. Conforme observações registradas em ata, e declaradas pelo reitor, a construção do Galpão, era uma possibilidade de frear a ocupação por moradores nos terrenos pertencentes a UFSC, bem como, a comunidade poderia contar com força política para conseguir recursos.

Porém, entre os empecilhos registrados, havia a necessidade de elaborar projeto civil e projeto descritivo, uma vez que só existia a elaboração do projeto arquitetônico. Verifica-se que, a partir do momento que as ações começaram a depender de recursos financeiros, exclusivamente, a parceria se enfraqueceu, alguns interesses particulares acabaram sobrepondo-se ao interesse coletivo e este projeto não se consolidou.

3.3.4 Capacitação de lideranças da Pastoral da Criança

As lideranças da Pastoral da Criança como já apresentada, realizavam uma prática

social junto às famílias e acompanhavam as gestantes da comunidade. Desta forma, os profissionais da maternidade envolvidos com o projeto de promoção da saúde, juntamente com lideranças da pastoral, desenvolveram cerca de 19 capacitações. Essas eram voltadas para a educação sexual e reprodutiva, bem como principalmente para o apoio a promoção do Aleitamento Materno. Além das agentes da Pastoral da Criança da Trindade, outras pastorais participavam das capacitações, desenvolvidas no período de 2000 a 2002.

3.3.5 Encontro de Gestantes²³

Paralelo ao desenvolvimento das atividades apresentadas, os encontros com as mães e gestantes, continuaram a se realizar ininterruptamente, realizando seus encontros em alguns outros espaços como, dependências da creche da comunidade, e da casa São José. Desta forma, manteve-se o diálogo com as mulheres - através do acompanhamento nas casas e reuniões mensais – no decorrer dessas reuniões outros temas vão emergindo, como: pré-natal, gestação e adolescência, planejamento familiar, sexualidade, doenças e etc.

No ano de 2003, o grupo passou por algumas modificações, os encontros começaram a serem realizados, junto às dependências da Paróquia da Santíssima Trindade²⁴, - onde desenvolve suas atividades até os dias atuais – e seus encontros passaram a serem semanais. Estas mudanças ocorreram, com objetivo de proporcionar a participação das gestantes de outras comunidades da área de abrangência do HU.

A partir dos encontros semanais, adotou-se como organização, de esses serem ministrados alternadamente entre as lideranças da Pastoral da Criança e profissionais do HU. Sendo assim, a cada semestre elabora-se um cronograma²⁵ definindo-se os temas a serem abordados e os profissionais envolvidos.

Uma vez que os encontros passaram a acontecer nas instalações da Paróquia, a participação de outros profissionais além da enfermeira obstétrica e Assistente Social tornou-se efetiva. Sendo assim, os encontros passaram a ser ministrados pelas seguintes áreas e tema: Psicóloga – Fases da Gestação; Nutricionista – Alimentação Saudável na Gestação;

²³ Diante da proposta, público-alvo e dinâmica das atividades semanais a autora desse trabalho optou por referenciar o grupo de gestantes, por encontros com gestantes. Por entender que a discussão sobre o processo de grupo, permeia área da Psicologia.

²⁴ O registro da primeira reunião realizada junto à paróquia é nos dia treze de março de 2003.

²⁵ A definição dos assuntos a serem abordados durante os encontros do semestre, foram definidos, através de oficina de sondagem com as gestantes conduzida pelo Serviço Social.

Enfermeira pediátrica - Cuidados com o bebê; Socióloga – Trabalho de Parto (prática vivencial de exercícios), Assistente Social – Maternidade e Paternidade- Os Direitos Sociais; Enfermeira Obstétrica – Amamentação, Trabalho de Parto e Parto.

Além da equipe de profissionais do HU e da Pastoral da Criança, esses encontros foram acompanhados por estagiários do Serviço Social e, a partir de 2006, por um bolsista de extensão do Programa Conexões de Saberes. Uma nova parceria que veio a somar no desenvolvimento do trabalho, tendo em vista que se pode contar com apoio na aquisição de recursos materiais e com a dedicação de um aluno durante 16 horas semanais, na realização deste trabalho.

A cada término de semestre as líderes da pastoral e profissionais de enfermagem e serviço social do HU envolvidos na organização dos encontros realizam uma reunião de avaliação do trabalho desenvolvido.

Tendo em vista que já se apresentou a dinâmica organizacional deste trabalho, buscou-se caracterizar o perfil dessas mulheres, para uma melhor identificação das demandas que norteiam a prática profissional do serviço social neste espaço.

3.3.5.1 Perfil das integrantes do encontro de gestantes

Assim, podemos apresentar, conforme cadastro preenchido pela Pastoral da Criança no período de 2002 a 2008, um total de 331 gestantes que participaram dos encontros semanais, entre outros dados que caracterizam o perfil das gestantes atendidas. Dados esses sistematizados em forma de tabela:

Ano	Participação (nº de gestantes)	Média Idade (anos)	Amplitude Idade (anos)	Média Gestacional (meses)
2002	25	22,53	15 a 37	4 a 8
2003	53	23,35	14 a 38	2 a 9
2004	63	23,08	15 a 37	3 a 9
2005	45	22,69	13 a 37	1 a 9
2006	56	24,89	14 a 39	1 a 9
2007	44	22,56	14 a 44	3 a 9
2008	45	22,93	14 a 38	1 a 9

Tabela 3: Dados obtidos da participação de gestantes no programa, no período de 2002 a 2007
Fonte: Adaptado do Cadastro da Pastoral da Criança (2008)

Das 45 gestantes acompanhadas durante o ano de 2008, pode-se apresentar, conforme

dados sistematizados em quadro, as comunidades participantes e seu respectivo número de gestantes que participaram dos encontros:

Comunidade	Numero de Gestantes
Serrinha	27
Saco Grande	4
Morro da Penitenciara	4
Pantanal	3
Itacorubi	2
Armação do Sul	1
Saco dos Limões	1
Agronômica	1
Trindade	1
Morro do Quilombo	1

Tabela 4: Comunidades e número de gestantes participantes em 2008

Fonte: Adaptado do Cadastro da Pastoral da Criança (2008)

Observa-se que o número de participantes junto aos encontros é, predominantemente, da comunidade da Serrinha. Entretanto, há participação de gestantes da sua área de abrangência (proximidades do HU), mesmo que em menor número, atendendo assim o objetivo do projeto.

Identifica-se que as integrantes dos encontros, na sua maioria, não exercem trabalhos remunerados, conforme apresentado no gráfico 13.

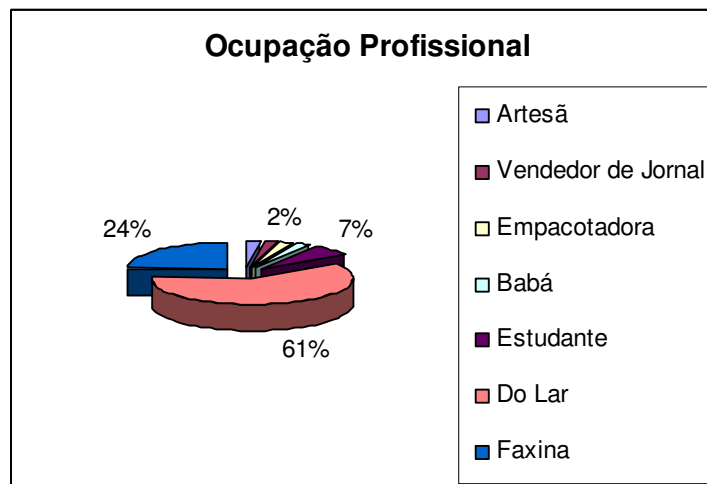


Gráfico 13: Ocupação Profissional
Fonte: Cadastro da Pastoral da Criança

De acordo com os dados expostos, concorda-se com Nogueira (2004) quando esta afirma que no mundo produtivo contemporâneo um dos setores que mais absorve a força de trabalho feminina é o de serviços. Setor esse que permite evidenciar que, frequentemente, a força de trabalho feminina tem como característica a atribuição de tarefas monótonas, repetitivas e estressantes, etc; informação comprovada junto ao grupo, 24% exercem a ocupação de faxinas, ou seja, com uma remuneração reduzida, sempre próxima a um salário mínimo, apresenta-se ainda 61% dessas remuneração na ocupação de “Do Lar”.

Nesse contexto, é possível afirmar que a discriminação nos valores dos salários pago às mulheres no mundo do trabalho, porque se encontram diretamente articuladas às relações de poder presentes na história, afirmação que o trabalho feminino tem menos valor que o masculino em virtude prioritariamente de suas especificidades “naturais” de mãe e esposa.

Reafirmado por Silva (2008):

o trabalho doméstico sempre foi tido como um trabalho exclusivo das mulheres. Se antes era tratado como “ajuda” às donas-de-casa, hoje é determinante na vida de homens e mulheres que trabalham fora. Nenhuma categoria profissional expressa tão claramente a discriminação no mercado de trabalho como a do trabalho doméstico [...] Sintetizando, assim, os efeitos da dupla discriminação, de gênero e de raça, presente no mercado de trabalho brasileiro.

Categoria não reconhecida que se submete na sua maioria, a péssimas condições de trabalho e nos dias atuais, garante a renda de muitas famílias chefiadas por mulheres.

Ampliando o perfil das mulheres gestantes, participantes dos encontros semanais, identifica-se que essas mulheres gestantes caracterizam-se como um grupo jovem, predominantemente adolescentes, tendo em vista que a média de idade do grupo é de 23 anos, e 45% delas estão entre os 14 a 20 anos. O grupo apresenta ainda uma média de gestação de 2,6 para cada participante, sendo 44% primíparas (primeira gestação).

Portanto, a gravidez na adolescência constitui de grande relevância na realidade social brasileira e seu enfoque tradicional relaciona a gravidez como indesejada e decorrente da desinformação sexual das jovens. Contrapondo-se a esse enfoque, observa-se a importância do significado individual da gravidez para cada mulher, que corre paralelo ao desejo comum de ter ou não ter um filho, bem como a noção de uma “gravidez social” determinada por fatores culturais e psicológicos que particularizam o significado da maternidade em adolescentes de classes populares.

São inúmeros os fatores que acompanham a gravidez na adolescência, como a

exposição exacerbada do corpo da mulher, influência da mídia, a banalização do afeto. Concordando com Câmara (2000) “A gravidez e o parto, são acontecimentos que se distanciam de atos meramente biológicos, visto serem processos sociais que refletem valores culturais de uma sociedade, imersa em aspectos políticos-econômicos.” (CAMARA, 2000, p.5). e culturais.

Sant’Ana (2006), ressalta entre eles, a escolaridade e renda, tendo em vista que a escolaridade é um fator de considerável importância no que tange ao afastamento e à dificuldade de retorno às atividades escolares das mães adolescentes. Ainda, segundo Sant’Ana (2006), ao referenciar um estudo realizado por Gama (2001), relata que as mães adolescentes apresentam um pior grau de escolaridade em relação às mães adultas, quando se compara proporcionalmente o grau de escolaridade por faixa etária. E os piores índices de escolaridades, encontram-se no grupo de mulheres entre 20 e 24 anos que foram mães pela primeira vez quando eram adolescentes. Considera-se portanto, que tal situação contribui para uma pior qualificação profissional, e apesar de estarem envolvidos outros fatores sociais e econômicos que interferem no grau de escolaridade, a tendência a proles numerosas e precoces contribui para a manutenção do ciclo de pobreza e miséria.

Por outro lado, há perspectivas positivas na direção do exercício da maternidade consciente, quanto cerca de 30% dessas participantes demandaram encaminhamento para planejamento familiar, muitas delas decididas por fazer laqueadura.

O fluxo da organização local de acesso a esses serviços, requer o encaminhamento e orientação inicial, realizada na Atenção Básica, ou seja, UBS. A assistência em planejamento familiar deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, de acordo com a Lei do Planejamento Familiar, Lei n.º 9.263/1996.

Ainda, compondo o perfil das integrantes que participam do grupo de gestantes, e na intenção de convergir com os objetivos do projeto, questiona-se como ocorre o acesso aos serviços de saúde a essas mulheres, em qual local costumam buscar tal acesso.

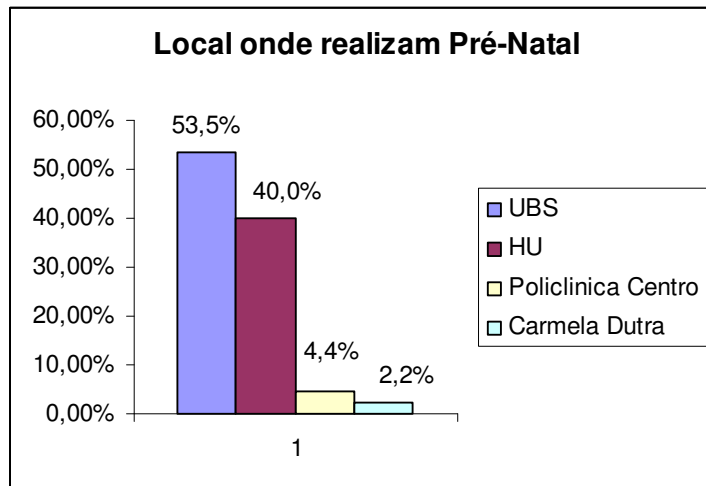


Gráfico 14: Local onde realizam Pré-Natal
Fonte: Adaptado do Cadastro da Pastoral da Criança (2008)

Conforme o gráfico mostra, 53,5% buscam as UBS de sua área de abrangência para realizar o Pré-Natal. Pode-se ainda afirmar que os 40% de atendimentos realizados no HU, representam, na sua maioria, as gestantes da comunidade da Serrinha. Tendo em vista que essas, em suas participações junto ao grupo, relatam preferência²⁶ pelos serviços do HU pela facilidade de acesso (proximidade).

Comprovando, desta forma, o descontentamento e a não identificação da comunidade com os serviços prestados pela UBS – Trindade, corroborando assim, com os dados levantados anteriormente, na primeira seção deste trabalho, que faz referência à insatisfação – não identificação – dos moradores como sujeitos integrantes da área de abrangência da UBS – Trindade.

Neste contexto, o Serviço Social tem como funções principais à prestação de serviços sócio-assistenciais e ampliação da saúde afim de viabilizá-la como um direito universal, resgatando os princípios norteadores da garantia de saúde física e autonomia destas mulheres, na direção da construção histórica enquanto cidadãs, seguindo as diretrizes do SUS, que dispõe a saúde no seu sentido mais amplo, com serviços e ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação.

É a partir da vivência nos encontros semanais que se identificam elementos da realidade destas mulheres, que permitem ao Serviço Social ampliar um olhar mais reflexivo e teórico sobre suas demandas, desenvolvendo uma intervenção profissional que tenha como

²⁶ Conforme relato de acolhimento realizado no dia 16 de outubro de 2008, durante o encontro com grupo de gestantes.

propósito a promoção de saúde, na busca por uma vida social justa e alteradora da desigual e exclusão social.

4 AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA DE GESTANTES

A partir dos aspectos abordados nas seções anteriores sobre a realidade da comunidade da Serrinha, bem como toda descrição da trajetória do envolvimento dos profissionais do HU, desenvolvendo ações que extrapolem o âmbito institucional, verifica-se que o Serviço Social sempre se fez presente neste movimento, contribuindo com sua especificidade profissional, utilizando seus diferentes processos teóricos e metodológicos.

Sendo assim, esta terceira seção busca estabelecer uma relação mais aprofundada com a prática profissional do Serviço Social na Saúde, no contexto da extensão universitária, apresentando seus processos de trabalho nos encontros das gestante. Finalizando, destacamos as principais ações realizadas durante o ano de 2008, as perspectivas para o desenvolvimento

desse trabalho.

4.1 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A política pública de saúde é o setor que, historicamente, mais tem absorvido profissionais de Serviço Social. O Conselho Nacional de Saúde - CNS, através da resolução nº 218/1997, reconheceu o assistente social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior - junto com o biólogo, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

O Conselho Federal de Serviço Social - CEFESS, através da resolução 338/1999, reafirma o assistente social como profissional de saúde, pautado na resolução anteriormente citada, no novo conceito de saúde inaugurado pela Constituição de 1988, na própria formação do assistente social e no seu compromisso ético-político expresso no Código de Ética da profissão de 1993, ao colocar que um dos principais fundamentos do Serviço Social é o “posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”.

Portanto, a partir do reconhecimento da saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, o Serviço Social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença. Outro fato que vem contribuir para a ampliação da inserção do assistente social no campo foi à mudança no processo de gestão da política de saúde, tendo na descentralização político e administrativa a principal estratégia (PACHECO, 2007).

Ainda, conforme Pacheco (2007), os assistentes sociais vêm assumindo novas funções no setor, como participar do processo de gestão da saúde, atuação nos conselhos de saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política, distanciando-se das antigas funções rotineiras e burocratizadas, restritas à execução de ações subsidiárias ao saber médico.

Porém, Bravo (2004), ao estudar as atividades desenvolvidas pela profissão na área da saúde no período compreendido entre 1940 a 1960, faz referências a muitas atividades desenvolvidas atualmente pelos profissionais. Entretanto, cabe analisar que o fato das

atividades desenvolvidas pelos profissionais hoje constituírem-se em atividades já desenvolvidas na década de 40, necessariamente não significa estagnação. Verifica-se que muitas outras profissões vivem essa realidade (psicologia, medicina, enfermagem, etc.) Sendo assim, não são as atividades historicamente assumidas pelo Assistente Social que determinam a contemporaneidade do seu fazer profissional, e sim sua postura profissional, na perspectiva metodológica do agir profissional. O sujeito age independente da consciência da repercussão de suas ações e dos conhecimentos teóricos apreendidos. O que de novo se coloca na inserção atual do assistente social na área de saúde é o fato de que essa “prática” não é mais mediada pela ideologia da ajuda e sim pela perspectiva da garantia de direitos sociais (BRAVO, 1996).

São muitos os desafios, uma vez que os assistentes sociais se inserem no processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os níveis do SUS com as demais políticas sociais, sendo que o principal objetivo de seu trabalho no setor é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações. Cabe ainda, ao assistente social desenvolver atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença.

Entretanto, os profissionais de Serviço Social, trabalham como categoria profissional assalariada, ou seja, vendem sua força de trabalho. Cabe refletir criticamente pois, muitas vezes estão subordinados às decisões da estrutura hierárquica. Não participando do processo decisório, e restringindo-se na sua grande maioria as funções de execução de tarefas e não de decisão, “o Assistente Social é um trabalhador de linha e não de *staff*, como se diz hoje na moderna teoria organizacional” (FALEIROS, 1993, p. 20).

O Assistente Social, pelo fato de não possuir poder de decisão num aspecto mais amplo, utiliza-se de pequenos recursos (informação de pacientes, emergenciar atendimento, fornecer transporte, etc.) para reforçar seu próprio poder pessoal diante da clientela. Assim, o Assistente Social se coloca, “frente a uma população dividida e carente de poder sobre sua vida” (FALEIROS, 1993, p. 24).

Conforme Witiuk (2003), percebe-se que o Serviço Social se constitui, muitas vezes, como o único elo entre família/hospital/médico. Viabilizando assim o acesso da população a procedimentos, normas, rotinas e informações da instituição hospitalar, facilitando ou amenizando o processo difícil e muitas vezes traumático que é o de estar internado, ou ser familiar de alguém que está em atendimento hospitalar, bem como nas situações de óbitos/morte.

Portanto, atua justamente nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam a exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica curativa e individual. É nesse contexto que surgem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS, e que determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social, qual seja, nas contradições presentes no processo de racionalização e organização do Sistema (PACHECO, 2007).

Requer portanto, dentro da relação de dever/direito à saúde que o trabalho dos assistentes sociais se desenvolva a cada dia, se tornando uma “prática” necessária para a promoção e atenção à saúde. Sua intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente, e reforçado pelo conceito de saúde que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais.

Entendendo que a saúde é construída a partir de necessidades históricas e socialmente determinadas, que o assistente social a defende como direito de todo cidadão e dever do Estado, propondo-se a contribuir para essa garantia através do fortalecimento de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

É importante destacar também que essas atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais na área da saúde, historicamente visavam suprir as deficiências da estrutura, da política pertinente à área. Não se verifica mudança visando a superação das deficiências detectadas ao longo dos anos. Com o crescimento populacional houve, isso sim, a deterioração da situação, reforçando a atribuição do Serviço Social no papel de mediador entre o usuário e o sistema.

Portanto, na busca de romper com a rotina hospitalar e desenvolver atividades sócio-educativas, o Serviço Social da Maternidade do HU, realiza, através do projeto de extensão, uma melhor compreensão dos desafios impostos a prática profissional, frente à realidade da saúde pública, particularmente da saúde materna.

4.2 O SERVIÇO SOCIAL JUNTO AOS ENCONTROS DE GESTANTES

Durante o ano de 2008, o Serviço Social desenvolveu o referido projeto de extensão, coordenado por uma assistente social da Maternidade do HU e uma bolsista de extensão do programa Conexões de Saberes, que através desta bolsa realizou seu estágio obrigatório do curso de Serviço Social, no período de março a novembro.

As ações referente a prática do Serviço Social realizada junto as gestantes vão ao encontro das ações realizadas no Hospital Universitário, identificando-se, principalmente, com a atuação desenvolvida no âmbito da promoção da saúde da Mulher na maternidade.

Durante os encontro semanais de Gestantes, as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, têm como objetivos proporcionar, um espaço público de expressão de suas demandas sócio assistenciais e de cidadania, garantindo a essas mulheres um cuidado de qualidade no pré-natal, parto, nascimento e no apoio à amamentação nos serviços de saúde, na perspectiva de garantia de direito na área da maternidade.

Deve-se observar, conforme apontado por Bertoldo (2003), que um trabalho com gestantes e mulheres requer compreender o nascimento como um fenômeno dinâmico que envolve vários aspectos. Concordando com Santos (apud BERTOLDO, 2003, p.20) ao descrever o nascimento como,

[...] um momento que tem início na concepção, gradativamente se desenvolve, continuando durante a gravidez. Culmina com o momento do parto e no puerpério inicia uma nova fase de adaptação, em decorrência da ampliação 'real' da família. Tem-se, portanto, uma visão ampliada quando se compreende nascimento como um processo, não apenas como um evento.

Compreende portanto esse, como um processo pelo qual a mulher necessita ser amparada para desempenhar seu papel de mulher, mãe e nutriz e este apoio será mais eficaz, quanto maior for a capacidade de lidar com os conflitos, as ambigüidades que se colocam à mulher. Assim como no caso das mulheres que vivenciam os encontros, afim de sentirem-se preparadas para vivenciarem esse processo de gestação de uma forma saudável, lhe proporcionado um parto seguro, face as informações circuladas a cada encontro.

Destacaremos a seguir, a ação profissional do Serviço Social, buscando ser norteadas por dois processos específicos e articulados: os processos político-organizativos e os processos sócio-assistenciais.

4.2.1 Processos de intervenção nos encontros com Gestantes

Para Nogueira e Miotto (apud MORAES et al., 2007), as ações do Assistente Social estão alicerçadas nestes dois eixos: processos político-organizativos e os processos sócio-assistenciais, que devem direcionar a atuação profissional e são caracterizados pelos seguintes aspectos:

As discussões que cercam os **processos político-organizativos** perpassam a esfera pública, com foco na construção participativa dos sujeitos, podendo ser projetada a médio e a longo prazo em espaços de construção de demandas coletivas. Para a concretização desse processo utiliza-se dos instrumentais técnicos-operativos: entrevistas e reuniões. No caso específico do referido grupo, tal construção acontece nos encontros semanais - espaço coletivo, discutindo demandas individuais junto as participantes e levando tais demandas a esfera pública como uma demanda coletiva. Essas se tratam principalmente do acesso aos cuidados do pré-natal na atenção básica.

Os **processos sócio-assistenciais** correspondem a um conjunto de práticas profissionais desenvolvidas diretamente com os usuários nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. Tem como lógica atender o usuário como sujeito para responder demandas/necessidades particulares. Incluem ações de diferentes naturezas, mas em constante interação. Fazem parte dos processos sócio-assistenciais as ações: periciais, sócio-terapêuticas, sócio-emergenciais e sócio-educativas.

Dessas ações, destaca-se junto à atuação profissional no grupo as **ações sócio-terapêuticas** as quais, têm por finalidade “o apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal de vidas pelos usuários e ou familiares, particularmente em momentos críticos como morte, recebimento de diagnósticos, acidentes” (NOGUEIRA & MIOTO, 2006, p. 13). Exemplificando junto as participantes, tais situações relacionam-se as dificuldades e fragilidades vivenciadas nas dinâmicas familiares, uma vez que, diante do perfil já apresentado, uma significativa parcela dessas famílias encontram-se em situação de vulnerabilidade social. Bem como, fragilidades no sentido do enfrentamento das questões que norteiam a sociedade, como: preconceitos com gravidez na adolescência, discriminação de gênero, violência sexual, física e psicológica.

As **ações sócio-emergenciais** procuram “atender às demandas relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos usuários e de suas famílias” (NOGUEIRA & MIOTO, 2006, p. 13). Tais ações atendem as necessidades das participantes, referente ao fornecimento de cestas básicas, auxílio transporte, encaminhamentos, enxoval, entre outras.

As ações sócio-educativas são realizadas com ênfase pelo serviço social. Essas “consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda do usuário” (NOGUEIRA & MIOTO, 2006, p. 13). Portanto, são definidas junto aos encontros através da trocas de saberes com as gestantes e puérperas, debatendo alternativas e resolutividade para suas demandas, relacionadas às questões dos seus direitos de mulheres e gestantes e suas

questões familiares, trabalhistas, previdenciárias, de planejamento familiar, dentre outras.

Em relação às ações sócias-educativas, Lima (2006) define:

as ações sócias-educativas acontecem nos espaços institucionais, através da intervenção direta entre o Assistente Social e usuário. Estas ações se caracterizam com um processo de ensino aprendizagem na relação dialética entre profissional e usuário cuja finalidade é contribuir para que as condições geradoras dos problemas sociais sejam superadas.

Nesse sentido, os encontros semanais se caracterizam como intervenção direta entre o Assistente Social e usuário, pois esse é espaço de trocas entre as participantes e os profissionais envolvidos na dinâmica deste processo educativo.

Entendendo que as ações sócio-educativas, tendem a uma consciência reflexiva, que oportuniza ao usuário uma compreensão efetiva da sociedade onde vive e dos direitos que possui nesta sociedade. Portanto, junto aos encontros, realiza-se uma abordagem ampla desses direitos conquistados. Devido a tal ação sócio-educativa ser tratada com ênfase pelo Serviço Social em suas atuações junto ao grupo, cabe destacar os principais direitos discutidos com o público alvo.

Dentre tais direitos podemos elencar os direitos reprodutivos, que 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 indivíduos 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. O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

Para Ávila (1999), “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”.

No campo do trabalho, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) vigora desde o dia 10 de maio de 1943, através do Decreto Lei 5.452, que dispõe sobre a saúde materna da seguinte maneira:

- O art. 10, garante à empregada, durante a gravidez, quando a saúde exigir, sem prejuízo do salário, a transferência de função e a dispensa de horário de trabalho para a realização do pré-natal (no mínimo 6 consultas médicas e demais exames complementares). A gravidez, com exceção do período de experiência e por justa

causa, não é motivo para rescisão do contrato de trabalho. Se o contrato de trabalho firmado pela gestante e seu empregador forem por prazo determinado, este não tem obrigação de mantê-la empregada, quando o prazo acabar (art. 445).

- O art. 391 dispõe que casamento ou gravidez não são motivos de dispensa de empregada, sendo assim, proíbe que sejam criadas normas ou regulamentos em empresas, convenções ou contrato individual de trabalho, que restrinjam os direitos da mulher ao emprego por estes motivos.

Ainda, de acordo com as leis trabalhistas, as mães trabalhadoras de recém-nascidos têm direito a dois intervalos de meia hora durante a jornada de trabalho para amamentação, até que a criança complete seis meses de idade (artigo 396 da CLT). O período de amamentação estipulado pela lei é de 6 meses, no entanto, este prazo pode ser aumentado em benefício da criança, desde que haja recomendação médica.

Considera-se, segundo Bertoldo (2003), que amamentar é um direito humano muito discutido atualmente, e necessita portanto, mostrar aos setores públicos a necessidade de se oferecer condições que respeitem e cumpram, em sua totalidade, o direito da mulher de amamentar, e o direito da criança de mamar. Isso requer informar aos empresários, mulheres lactantes, enfim, o público em geral, sobre os mecanismos jurídicos nacionais e internacionais, que protegem a amamentação e a saúde da mulher e da criança. Neste sentido, a parceria entre governo e sociedade é fundamental para que a iniciativa tenha êxito, pois as mães precisam de conhecimento e apoio na reivindicação dos seus direitos.

Licença maternidade (ou licença-gestante) é benefício de caráter previdenciário, garantido pelo art. 7, XVII da Constituição Brasileira, que consiste em conceder à mulher que deu a luz licença remunerada de 120 dias, podendo ser ampliado por mais 15 dias conforme necessidade. A mulher tem como garantia 30 dias de estabilidade após seu retorno.

Em 13 de agosto de 2008, foi aprovado projeto de lei que poderá ampliar para mais 60 dias a licença maternidade. O benefício adicional, que é opcional, só vale para funcionárias de empresas que optarem pelo programa 'Empresa Cidadã'. Isso porque, os dois meses extras de salário-maternidade serão pagos pelos empregadores e deduzidos do Imposto de Renda a ser pago pela empresa, portanto, as trabalhadoras autônomas e empregadas domésticas não terão direito aos dois meses adicionais. O projeto só deverá entrar em vigor para a iniciativa privada em 2010.

A Licença-paternidade direito do pai do bebê para afastamento do trabalho por 5 dias, sem prejuízo no salário. O trabalhador deve apresentar a Declaração de Nascimento e/ou Registro do Nascimento da Criança na empresa onde trabalha, o empregador não pode negar a

licença, pois a não concessão do direito pode implicar em reclamações trabalhistas, como, por exemplo, o direito do empregado em receber o pagamento dos dias da licença que não usufruiu. Contudo, é importante, ressaltar que não é autorizado ao empregado faltar injustificadamente ao trabalho alegando posteriormente que estava em licença paternidade, sem que o empregador tenha ciência inequívoca do nascimento.

Algumas discussões atuais, incentivadas pelo Instituto do Papai, perpassam na busca pela ampliação de 15 dias de afastamento, bem como neste dia 05 de dezembro de 2008, a câmara aprovou projeto de lei que proíbe a demissão de funcionário cuja mulher ou companheira esteja grávida. Pela proposta, o trabalhador não poderá ser dispensado durante o período de 12 meses. O prazo passa a ser contado a partir da concepção presumida a comprovação da gravidez precisa ser feita por laudo de médico vinculado ao SUS.

O Salário-maternidade é o benefício a que tem direito as seguradas empregada, empregada doméstica, contribuinte individual e facultativa, por ocasião do parto, da adoção ou da guarda judicial para fins de adoção. A Previdência Social não exige carência para conceder esse benefício.

O Auxílio-Natalidade que, com a nova organização do SUAS, compete aos municípios destinar recursos financeiros para custear os pagamentos dos auxílios natalidade para famílias que possuem renda baixa. Renda essa, definida pelas diretrizes nacionais, com o valor de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, porém, o Conselho Municipal de Assistência Social de Florianópolis, definiu o valor de até $\frac{1}{2}$ do salário mínimo. Para isso é preciso procurar o Serviço Social da prefeitura do município, em âmbito local, na Secretaria de Assistência Social, localizada na Rua Mauro Ramos.

O aborto, esse quando involuntário, comprovado por atestado médico oficial, a mulher tem direito a um repouso remunerado de duas semanas. O pagamento do salário é integral durante este período, podendo em seguida voltar às suas funções.

Portanto, as ações sócio-educativas possuem um caráter pedagógico, que sinaliza o processo de construção de uma pedagogia emancipatória. Afinal, uma vez que as trocas contribuem para uma consciência crítica, possibilitando o alcance da autonomia do pensamento na busca pela conquista de direitos. Desenvolve sua especificidade profissional, através de alguns procedimentos específicos do Serviço Social, abordados a seguir.

4.2.2 Procedimento de Intervenção do Serviço Social nos encontros semanais de Gestantes

Descrevendo brevemente, o Serviço Social junto aos encontros utiliza-se dos seguintes

procedimentos:

- Como atividade sócio-educativa, realiza juntamente com a Pastoral da Criança os encontros semanais com as gestantes e seus acompanhantes, instigando reflexões sobre a questão da saúde sexual e reprodutiva.
- Acolhimento das participantes;
- Cadastro das participantes;
- Visita domiciliar;
- Realiza encaminhamentos aos recursos comunitários;
- Visitas institucionais, com objetivos: de conhecer como ocorre o acesso aos serviços de saúde e desenvolver uma prática profissional intersetorial.

Acompanhar todo o processo dos encontros com as gestantes, permite ao Serviço Social entender o cotidiano dessas mulheres. Esse, definido por Pinheiro (2001) como lócus onde se expressam não somente as experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas, como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados.

Já Milton Santos amplia essa visão, afirmando que “o cotidiano representa os aspectos de um lugar, que é compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições, em uma relação dialética de cooperação e conflito, sendo essas as bases da vida comum (SANTOS, 1999 *apud* PINHEIRO).

Cabe, ao profissional do Serviço Social o desafio do desvelamento do cotidiano e dos autores envolvidos, construindo seu cotidiano de maneira dinâmica, resultante de uma ação social que tanto pode incluir a objetividade e/ou subjetividade de seus atores, quanto suas falas e práticas, identificando o conjunto de fragilidades e potencialidades, que cada usuário traz consigo.

Sendo assim, podemos ressaltar alguns desses procedimentos como: Acolhimento, entrevistas, encontros semanais e visita domiciliar:

Acolhimento: a prática junto as gestantes participantes, proporciona uma atuação voltada ao acolhimento, entendendo que entre o profissional e as mulheres, se constitui, neste momento, um espaço de trocas, com a identificação das necessidades das mesmas e de sua família, bem como a produção de vínculos entre estes sujeitos. Portanto, através de uma

abordagem sempre intencional, a partir da realidade dessas mulheres.

Implica na recepção da mulher, desde sua chegada junto ao grupo, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, quando necessário.

Cabe ao profissional, não somente do Serviço Social, ao entrar em contato com uma mulher gestante, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente. O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano.

Observa-se que é cada vez mais freqüente a participação do pai no acompanhamento do pré-natal de sua companheira, e durante o ano de 2008, cerca de quatro pais se fizeram presentes durante alguns encontros. Cabe ressaltar que, sua presença deve ser estimulada durante as atividades não somente de grupo, como em consultas, possibilitando assim, um maior preparo do casal para o parto e maternidade.

Segundo Ministério da Saúde (2006): o benefício da presença do(a) acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos, nacionais e internacionais, evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Foram reduzidos o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Além disso, alguns estudos sugerem a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto.

Considera-se que o acolhimento junto aos encontros de gestantes é um instrumento imprescindível para o Serviço Social, nas execuções de suas ações profissionais com perspectivas educativas, uma vez que permite ao profissional entender a particularidade de cada indivíduo/família.

A entrevista: é o momento em que o acolhimento do Assistente Social se efetiva junto as participantes. O Serviço Social inicia sua aproximação com o usuário resgatando algumas informações referente aos cuidados do pré-natal, ou alguma situação que tenha identificado junto ao relato gestante durante os encontros. Estes dados subsidiam parte da entrevista do Serviço Social, sua coleta prévia possibilita o estabelecimento de um clima favorável ao

diálogo que irá se dar durante a entrevista.

Portanto, a entrevista é um instrumental técnico-operativo que ao longo da prática profissional permite um contato pessoal, de caráter confidencial, entre Assistente Social e usuário, envolvendo uma relação íntima e sutil. Dessa forma, “é através dela que se estuda o cliente e seus problemas e ainda, se aplica o tratamento social.” (SARMENTO, 2005, p. 33).

Encontros semanais com as gestantes: trata-se de uma atividade onde o Serviço Social, utilizando este espaço, desenvolve um processo sócio educativo, direcionado ao estabelecimento de vínculos de aprendizagem sobre a saúde da mulher e efetivação de sua cidadania.

Os encontros semanais, são entendidos como uma ferramenta que explora de forma positiva os relacionamentos, e que pode ser utilizada nos mais diferentes contextos, para promover a formação e o desenvolvimento de pessoas mais conscientes e críticas, que tenham condições de identificar e propor soluções para os próprios conflitos e problemas e relacioná-los ao contexto social mais amplo.

Nesse sentido, o papel do assistente social deverá ser o de orientador, facilitando e realizando leituras críticas não só do desenvolvimento da dinâmica, mas também dos demais processos que o circunscrevem (WIGGERS, 2006).

O Serviço Social, além das abordagens individuais e coletivas sobre os direitos sociais da maternidade e paternidade, conduz durante a programação semestral, de um a dois encontros, com objetivo de realizar levantamento dos assuntos de interesses das participantes, bem como discussão sobre os direitos relacionados à maternidade.

Desenvolve uma didática diferenciada, seja através de técnicas de dinâmica de grupo ou oficina, construindo uma relação horizontal entre profissionais e mulheres gestantes.

Considerando que esse é um espaço de discussão, proporciona um resgate dos conhecimentos existentes, permitindo a manifestação de sentimentos relativos à vivência, facilitando a expressão e comunicação intergrupais e resultando em uma discussão de conteúdos e situações cotidianas.

Observa-se ainda, através da experiência vivenciada junto aos encontros com as gestantes, que as mulheres são levadas à participação através da motivação pela aprendizagem. Alternam momentos de ensino e de aprendizagem, organicamente sustentados pelo conhecimento científico e pelas próprias histórias e experiências de vida.

Visitas domiciliares: é um dos procedimentos utilizado pelo Serviço Social, diante da identificação de situações de vulnerabilidade social de algumas gestantes participantes, bem como de situações que requerem uma atenção maior e acompanhamento sócio-assistencial.

O Serviço Social, entende que a realização dessa, ocorra somente em situações que demandem necessidade, tendo em vista que se realiza o acompanhamento semanal das mesmas, através da dinâmica dos encontros já apresentada.

Portanto, seguindo as diretrizes políticas do Hospital Universitário: assistência, ensino, pesquisa e extensão, que o Serviço Social busca conhecer a realidade sócio-econômico-cultural das mulheres participantes, refletindo com as mesmas sua situação de saúde relacionada às condições de vida, para a transformação do seu cotidiano. Os Assistentes Sociais têm como compromisso a defesa do SUS, de forma a representar, de maneira significativa, sua contribuição em torno da conquista da saúde como bem público.

Para Yasbeck (1996, p, 24), o Assistente Social tem o papel de viabilizar o acesso das pessoas aos serviços sociais, previstos em programas ligados a saúde, educação, trabalho e outros, pois é um profissional que transita no campo das políticas sociais e assistência, torna-se assim, um mediador dos serviços sociais via política pública e seus usuários.

Portanto, diante da sistematização da trajetória desse projeto de extensão, bem como a aproximação com a prática do Serviço Social, requer situar brevemente as ações desse projeto nos dias atuais.

4.2.3 O projeto de promoção da saúde das mulheres gestantes e puérperas, resultados e perspectivas

Com a sistematização e apresentação da trajetória do projeto de extensão de Promoção da Saúde das Mulheres Gestantes e Puérperas, bem como da realidade social da comunidade da Serrinha, destacam-se as seguintes ações desenvolvidas durante o ano de 2008:

- Realização dos encontros semanais das gestantes, mantendo uma média de 5 a 7 gestantes participantes por semana. Demandando do Serviço Social, realizar acompanhamento sócio-assistencial das gestantes participantes.
- Possibilitou a participação de acadêmicos para práticas de cidadania através do projeto de extensão, bem como estabelecendo relação interdisciplinar entre o ensino, a assistência e a pesquisa.
- Visitas institucionais a UBS – Trindade e Secretaria Municipal de Saúde, junto ao Programa de Saúde da Mulher.

- Diante da solicitação da escola, realizou uma reunião com objetivo de realizar levantamento e identificar as demandas a serem trabalhadas sobre sexualidade, junto a este espaço.
- Identificadas demandas, o Serviço Social e Enfermagem planejaram e executaram oficina sobre sexualidade, junto ao grupo de professores da escola, com objetivo de capacitá-las para lidarem com as situações cotidianas apresentadas.
- Ações da Semana Mundial do Aleitamento Materno de 2008, inicialmente, voltou-se a reuniões de planejamento das ações. Discutiu-se a possibilidade de resgatar ações junto às creches e capacitar os agentes comunitários de saúde da área de abrangência do HU. Por entender que a creche é um importante espaço de apoio às mães na definição da continuação do aleitamento materno ou não, uma vez que, a separação inicial da mãe com o filho, ocorre na sua grande maioria neste local. E as agentes comunitárias de saúde, por estarem em contato constante com as gestantes. Sendo assim, considera-se o apoio e orientações prestadas por estes profissionais às mães, imprescindível na definição da nova alimentação do bebê.

Portanto, esta atividade teria como objetivo realizar uma sensibilização e capacitação junto aos profissionais das creches e ACS, sobre a importância do Aleitamento Materno. Porém, após realizado contato com as coordenadoras das creches da área de abrangência e coordenadoras do PSF da Trindade, organizou-se uma reunião, com objetivo de sondar como a Amamentação vem sendo abordada nos referidos espaços. Entretanto, após levantamento e avaliação junto a Comissão de Pró-Aleitamento Materno da Maternidade, e frente ao desinteresse das coordenadoras e impossibilidade da participação das ACS neste período, por estarem envolvidas com campanha de vacinação. Definiu-se pelo cancelamento da atividade, uma vez que esta envolveria outros profissionais.

Sendo assim, a programação da Semana Mundial da Amamentação de 2008 do HU, consistiu em reunir parcerias institucionais como: Maternidade Carmela Dutra, Hospital Regional de São José, Sociedade Catarinense de Pediatria, Secretária Estadual de Saúde, Programa Capital Criança da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Clínica Jane e Clínica Santa Helena, com objetivo de discutir a realização de ações conjuntas. Durante as reuniões realizadas no HU, definiu-se a elaboração do banner patrocinado pela Sociedade Catarinense de Pediatria, com objetivo identificar e possibilitar maior visibilidade ao Aleitamento Materno durante a Semana Mundial, nos ambientes institucionais.

Como programação interna, realizou-se: encontro com o Grupo de Gestantes, com o tema a importância da Amamentação, ministrado pela Enfermeira Ingrid Elisabeth **Bol**

Bertoldo e evento sobre os Bloqueios Emocionais da Amamentação, ministrado pela Psicóloga Zaira Custódio e Enfermeira Ingrid Elizabeth Lonh Bertoldo, no auditório do HU.

Por fim, tem-se o intuito de realizar apontamentos que demonstram as compreensões obtidas com a realização desse processo. Tendo como objetivo contribuir com a ampliação do trabalho desenvolvido pelos profissionais do HU, bem como, enfatizar a importância de trabalhos educativos que extrapolem o ambiente institucional. Frente ao cenário da política pública de saúde da mulher e da realidade social da Serrinha, essa sistematização torna-se fundamental na busca pela recuperação das ações, propostas e atividades. Oportuniza avaliar as ações desenvolvidas com vistas a aprimorar, divulgar e ampliar a atuação do referido projeto, buscando desenvolver uma prática intersetorial, efetivar parcerias que contribuam para o processo de capacitação de todos os profissionais envolvidos, em especial do assistente social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho proporcionou enriquecimento profissional e uma aproximação com as expressões da questão social e os desafios teóricos práticos do Serviço Social, conforme delineado nas primeiras seções do presente trabalho.

O foco dos objetivos propostos foi com base na sistematização e resgate da trajetória da relação do Hospital Universitário com a comunidade da Serrinha, bem como na relação com os serviços prestados pelo Serviço Social. Sendo que a aproximação junto à comunidade se deu a partir de um primeiro contato com os encontros de gestantes.

Portanto, evidencia-se que a sistematização da trajetória dessa relação, contribui para um novo momento e direcionamento do trabalho desenvolvido pelo projeto de extensão: *Promoção da Saúde das Mulheres Gestantes e Puérperas, no âmbito da saúde reprodutiva*. Direcionada portanto, não somente aos profissionais já envolvidos na equipe atual do projeto, e sim para todos os demais profissionais das categorias ali representadas.

Considera-se que os fatores que levam profissionais a desenvolver uma prática de promoção da saúde das mulheres, junto à comunidade da Serrinha, parte conforme

VASCONSELOS apud CARVALHO (1978), por entender-se que a maioria dos problemas de saúde que sofrem as populações pobres deve-se à sua situação de vulnerabilidade social em relação ao consumo de certos bens (alimentos, vestuário, moradia, etc.) e serviços (abastecimento de água, canalização de esgotos, atenção médica, etc.). Esta situação faz parte de um quadro de carência geral que leva aquela população a ter uma baixa qualidade de vida, em particular de saúde.

Os fatores desencadeadores deste projeto, são enriquecedores, à medida que se utiliza ao longo da sua trajetória, de espaços sociais da própria comunidade (escola, creche, Associação de Moradores, Casa São José) e envolve-se com as reivindicações das organizações comunitárias (posto de saúde, galpão cultural), buscando assim consolidação e efetividade das lutas sociais pelos direito à saúde e demais exigências à vida cidadã. Nesta direção o projeto de extensão de Promoção da Saúde das mulheres gestantes e puérperas, constitui-se para o Serviço Social, um espaço de trabalho de relevância, na relação com o projeto Ético Político da profissão.

O Serviço Social na área da política pública de saúde, é amparado por lei ministerial, esse reconhecimento é um dos pilares que possibilita a categoria profissional, ampliar sua atuação profissional e construir propostas educativas que consolidem as transformações sociais. Considera-se que os desafios do cotidiano profissional, não criam condições para que a reflexão seja priorizada, e rompa com uma atuação muitas vezes limitada, preocupada somente em dar respostas cotidianas e não reflexivas, reduzindo-se a minimizando das deficiências do Sistema de Saúde. Nesta direção, diante das dificuldades de operacionalização do SUS, uma vez que, mesmo sendo garantido em lei, seus princípios constitucionais ainda estão parcialmente efetivados e o controle social ainda continua incipiente e muito fragilizado, faz com que a assistência oferecida aos usuários continue respaldando-se prioritariamente ainda na atenção com a situação de doença.

Verificou-se que a prática do Serviço Social do HU junto ao projeto em questão, percorre um caminho embora de forma lenta e gradual, que busca pela construção de novas práticas de saúde, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais junto a maternidade do HU e seu entorno, o caráter sócio educativo da profissão, atualmente realizado junto as gestantes e puérperas, participantes dos encontros semanais. .

Sugere-se que o Serviço Social da Maternidade, amplie a discussão desse trabalho junto aos demais profissionais da categoria do Hospital Universitário, na construção de uma

prática articulada, refletida, comprometida com os princípios e prerrogativas de nosso projeto profissional para a consolidação do fazer crítico, criativo e criador. Através do reconhecimento da ampliação de trabalhos de extensão, que efetivem o caráter educativo do exercício profissional do Serviço Social do HU. Percebe-se que a atual estrutura organizacional ainda apresenta dificuldades de promover e executar projetos mais abrangentes na perspectiva da saúde pública que oportunizem concretizar as atribuições de ensino, pesquisa e extensão organicamente articulados. Requer, a introdução de procedimentos de gestão no HU que garantam, junto à equipe de profissionais da instituição, a construção de uma dinâmica de trabalho que favoreça um debate com periodicidade, publicização, condições de sistematização e reflexão crítica.

Outra questão fundamental é a relação com outros setores institucionais e da sociedade civil organizada, UBS, Escola, Creches, Associação de Moradores, Conselho Local de saúde, Conselhos de Direito em esfera Municipal, Estadual e Federal, para discutir e encaminhar uma agenda das necessidades de saúde ampliada. A manutenção e promoção da saúde não são de responsabilidade somente dos setores específicos da saúde, pois está relacionado, a outras ações intersetoriais, multidisciplinares e dos segmentos organizados da sociedade civil.

Portanto, a atuação profissional do assistente social, juntamente a outros setores da saúde, deve estar pautada em estratégias democráticas e participativas na efetivação das políticas públicas. Participar na implementação das ações de controle social com especial atenção as demandas relacionadas à saúde da mulher.

O desafio é complexo, entretanto, somente através de processos educativos que visem mobilizações coletivas, conquistará melhores dias no exercício do direito à saúde pública de qualidade.

O exercício do controle social, é portanto para os usuários uma das práticas para a realização de uma conquista da cidadania, um direito garantido na carta magna. Neste contexto a participação popular, conquista uma significativa expressão na diária tarefa de consolidação de controle social nas políticas públicas, através de ações locais como o projeto de extensão e os conselhos locais de saúde.

A presente experiência de estudo, me oportuniza sugerir a continuidade da reflexão crítica, através de ações de ensino, pesquisa e extensão, demarcando a presença da Universidade Pública, na promoção da saúde pública e na formação profissional competente e cidadã.

REFERÊNCIAS

A LUTA pela emancipação da mulher. Disponível em: <
<http://www.mulhercidadania.al.gov.br/artigos/a-luta-pela-emancipacao-da-mulher/>
Acesso em: 04 out. 2008.

ARAUJO, M. A. Relatório semestral de estágio. Florianópolis, 1999. Trabalho não publicado.

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

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005a.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.

BERTOLDO, I. E. B. **Uma trajetória com mulheres-puérperas: do alojamento conjunto ao**

domicílio vivenciando o modelo de cuidado de Carraro. 2003. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2003.

_____. Hospital Universitário. Central de aleitamento materno. **Relatórios de atividades da CIAM:** 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2001, 2003. Florianópolis. Trabalhos não publicados.

_____; FERNANDES, V. B. Promoção da saúde das mulheres gestantes e puérperas, no âmbito da saúde reprodutiva. Projeto de extensão, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

BRAVO, Maria. I. S. et.al. (Orgs.). **Saúde e serviço social.** São Paulo: Cortez : Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 08 set. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº648 de 28 de março de 2006** que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programs Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 25 out. 2008.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/portaria687_2006.pdf.> Acesso em: 15 set. 2008.

_____. Lei de Regulamentação do Planejamento Familiar - **Lei 9.263/1996.** Brasília, 1996.

_____. **Lei Federal n. 8.080,** de 19 de setembro de 1990. Rio Grande do Sul, 2000.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163-177, 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde:

mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, abr. 1997.

CAMARA, M.F.B., MEDEIROS M.; BARBOSA M. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 27 nov. 2008.

CARTA de Ottawa. In.: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1996, Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> . Acesso em: 02 ago. 2008.

CENTRO DE ESTUDOS CULTURA E CIDADANIA (Santa Catarina). **Qualidade de vida e cidadania**: a construção de indicadores sócio-ambientais da qualidade de vida em Florianópolis. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 216p.

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

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001. p. 193-200.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do Assistente Social**. 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf. Acesso em: 15 set. 2008.

COELHO, C. C. Breve história da mulher e seu corpo. In.: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. (Orgs.) **.Saúde da Mulher, um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. p.11-26.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In.: _____. FRETAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

EQUIPE TÉCNICA DO SERVIÇO SOCIAL DO HU. **A Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2. ed. Florianópolis:

EMYO: CRESS, 2007. 40 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Central de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Ata da reunião realizada no dia 11 de março de 1996**. Livro 1, p.2.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 22 de abril de 1996**. Livro 1, p. 4.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 18 de novembro de 1996**. Livro 1, p.13.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 11 de março de 1996**. Livro 1, p. 2.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 25 de agosto de 1997**. Livro 1, p.20

_____. **Ata da reunião realizada no dia 13 de outubro de 1997**. Livro 1, p.23.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 11 de março de 1996**. Livro 1, p. 2.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 27 de outubro de 1997**. Livro 1, p. 24.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 27 de abril de 1998**. Livro 1, p.31

_____. **Ata da reunião realizada no dia 09 de novembro de 1998**. Livro 1, p.36.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 17 de maio de 1999**. Livro 1, p.40

_____. **Ata da reunião realizada no dia 08 de novembro de 1999**. Livro 1, p.46

_____. **Ata da reunião realizada no dia 28 de maio de 2000**. Livro 1, p.52.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 09 de outubro de 2000**. Livro 1, p.56.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 04 de junho de 2001**. Livro 1, p.60.

_____. **Ata da reunião realizada no dia 19 de agosto de 2002.** Livro 1, p.70.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Grupo de Gestantes – Serrinha. **Ata da reunião realizada no dia 24 de abril de 2003.** Livro 1, p. 1.

LOS - **Lei Orgânica da Saúde:** Lei 8142, setembro 1990. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/leiorganicadasaude.htm>. Acesso em: 08 set. 2008.

LIMA, T. C. S. **As ações sócio-educativas e o projeto ético-político do Serviço Social:** tendências da produção bibliográfica. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

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

LÜCHAMANN, L. H. H. **A educação popular enquanto prática de saúde:** um proposta de serviço social. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1985.

MARTINELLI, T. **Diário de Campo.** Florianópolis, 2008. Trabalho não publicado.

MARTINELLI, T. **Relatório de estágio no setor da maternidade do Hospital Universitário:** projeto de extensão Serrinha. Florianópolis, 2008. Trabalho não publicado.

MINELLA, L. S. **Gênero e contracepção:** uma perspectiva sociológica. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005. 191p

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 55, p. 114-130, 1997.

_____; NOGUEIRA, V.M.R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da saúde. In.: MOTA, A. E. et al. (Org.) **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS/OMS/MS, Cortez, 2006.

MORAES, A. C. (Org.). **Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.** 2. ed. Florianópolis: EMYO: CRESS, 2007.

MOSER, L. **Análise da prática**. Hospital Universitário – Setor Pediatria. Florianópolis, 1987.

NEVES, T. P. Reflexões sobre a promoção de saúde. **Revista espaço acadêmico**, v. 4, n. 62, jul. 2006.

NOGUEIRA, V. M. **A Mulher e a sua luta contra a opressão e a exploração**. Disponível em: < <http://www.espacoacademico.com.br/058/58nogueira.htm> > Acesso em: 03 out. 2008.

_____. A importância da equipe interdisciplinar no trabalho de qualidade na área da saúde. **Revista Katályssis**, Florianópolis, n.3, p. 40.

PACHECO, V. **O Assistente Social como Profissional de Saúde**. 2007. Disponível em www.educacaofisica.org.br/joomla/index.php? Acesso em: 15 nov. 2008.

PMF - PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude>>. Acesso em: 10 ago. 2008.

_____. Programa de Aceleração do Crescimento-PAC. **Projeto Maciço do Morro da Cruz**: Plano de trabalho. Florianópolis, 2006. Trabalho não publicado.

PEREIRA, P. A .P. Desafios contemporâneos para a sociedade e a família. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 48, p. 103- 114, 1995.

_____. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

RELATÓRIO Final da conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher/2008. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNSD_mulher_parte_I.pdf > Acesso em: 04 out. 2008.

ROLNIK, R. É possível uma política urbana contra a exclusão? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.72, p. 53-61, 2002.

SANT'ANA, M. C. et. al. Adolescência e direitos reprodutivos: elementos para o debate sobre uma proposta educativa em saúde. In.: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. (Orgs.). **Saúde da Mulher, um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC,

2006. p.135-162.

SANTOS, W.G. **Cidadania e Justiça**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SANTOS, A. P. B. C. **Projeto de pesquisa**: o projeto de organização popular e a luta pelos direitos sociais. Florianópolis, 1987. Trabalho não publicado.

SARMENTO, H. B. M. Repensando os Instrumentos em Serviço Social. In.: STOCKINGER, S. C. (Org). **Textos de Teoria e Prática de Serviço Social**, Belém, v.5, n.1, 2005.

SILVA, S. V. **Os estudos de gênero no Brasil**: algumas considerações. 2000. Disponível em :< <http://www.ub.es/geocrit/b3w-262.htm> > Acesso em: 04 out. 2008.

SILVA, J. S.; BARBOSA, J. L. **O sentido do trabalho informal na construção de alternativas sócio-econômicas e o seu perfil no Rio de Janeiro**. 2004. Disponível em: http://www.iets.org.br/biblioteca/O_sentido_do_trabalho_informal_na_Construção_de_alternativas_socioeconomicas_e_o_seu_perfil_no_RJ.PDF> Acesso em: 30 set. 2008.

SOUZA, S. H. **Relatório de estágio no setor de pediatria do Hospital Universitário**. Florianópolis, 1985. Trabalho não publicado.

SPOSATI, A. Mínimos Sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 55, p.9-38, 1997.

TOMAZZI, L. **Projeto de pesquisa**: o cotidiano das famílias da Serrinha no cuidado com suas crianças. Florianópolis, 2000. Trabalho não publicado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, 1998.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e a qualidade de vida. In.: _____ **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Ed. Hucitec, 2007.

YAZBEK, M. C. O lugar social dos excluídos e subalternizados: seu perfil, sua versão. In.:
_____. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993. p.83-161.

ANEXOS

ANEXO A: Levantamento sócio-econômico



Conexões de Saberes

DIAGNÓSTICO DE FAMÍLIAS PARA ELABORAÇÃO DE PROJETO

1. Número de moradores na casa

Adultos: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais ()

Crianças 0 a 5 ano: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais ()

Crianças 6 a 12 ano: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais ()

Crianças/adolescentes 13 a 18 anos: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais ()

2. Qual a cidade de origem da família?

3. Há quanto tempo vive na Serrinha?

4. As crianças de sua família estão na escola? Qual? Quais séries?

5. Quando as crianças não estão em aula, quais atividades elas realizam?

6. Quais recursos/espacos você acha que faltam à comunidade da Serrinha para atender crianças, jovens e adultos nas suas atividades de lazer?

7. Quando você tem algum problema de saúde ou dentário, para onde você vai?

- HU
 Posto de saúde
 Outros, descreva:

8. Participa de algum grupo em sua comunidade?

- sim não

Se afirmativo, de qual grupo você participa e qual atividade você desenvolve? (Grupo religioso, lazer, saúde, esportivo, música)

9. Alguém de sua família já teve problemas com vermes?

- sim não

Se afirmativo, quem?

- crianças
 adulto

10. Quantas vezes por ano?

Crianças: 1 () 2 () 3 ou mais

Adultos: 1 () 2 () 3 ou mais

11. Fizeram exame de fezes alguma vez?

- sim não

Se afirmativo, quantas vezes:

12. Tomam remédios para vermes?

- sim não

Se afirmativo, com que frequência:

13. Você tem idéia de como se pegam os vermes?

- sim não

14. A família possui algum animal de estimação:

- sim não

Se afirmativo, qual?

- cachorro
 gato
 outros

15. Com que frequência você consome frutas:

- diária
- semanal
- mensal
- nunca

16. Com que frequência você consome verduras:

- diária
- semanal
- mensal
- nunca

17. Você tem uma horta em seu pátio?

- sim não

18. Você sabia que é possível construir uma horta utilizando vasos ou mesmo recipientes vazios encontrados em seu próprio pátio?

- sim não

19. Você sabia que é possível “compostar” os restos orgânicos de seu lixo e transformá-los em “adubo orgânico”

- sim não

Se negativo, gostaria de aprender esta técnica?

- sim não

20. Você tem o hábito de utilizar chás caseiros, feitos a partir de ervas, para curar pequenos males (dores de barriga, estômago, cabeça, etc...)?

- sim não

21. As crianças têm ou tiveram algum problema relacionado a baixo peso?

- sim não não sei

Se afirmativo com que idade, aproximadamente, e o que foi feito ou está sendo feito em relação ao problema?

22. A família tem ou teve problemas com obesidade (infantil/adulto)?

- sim não não sei

Se afirmativo, explique o que foi feito ou está sendo feito em relação ao problema?

23. As crianças e os adultos da família vão ou já foram ao dentista?

- sim não

Se afirmativo, por quais motivos vão ou já foram ao dentista? Explique:

24. De quanto em quanto tempo a escova dental é trocada?

3 meses 6 meses mais não sei

25. Quantas vezes e quando as crianças escovam os dentes? (após as refeições, ao deitar, etc...)

Explique:

26. Alguém em sua família usa ou precisa usar dentadura (chapa) ou outro tipo de aparelho na boca?

sim não

Se afirmativo, qual o motivo? Explique:

27. De onde vem a água utilizada em sua casa?

fonte na propriedade
 poço na propriedade
 CASAN com relógio sem relógio
 gato
 outro (explique)

28. Antes da água ser utilizada em sua casa você:

filtra, explique:

ferve
 adiciona um pouco de água sanitária
 outra ação, descreva: _____
 não faz nada

28. Sua casa possui caixa d'água?

sim não

29. Se afirmativo, ela possui tampa?

sim não

30. De quanto em quanto tempo esta caixa é limpa?

- a cada 6 meses
- a cada 1 ano
- mais de 1 ano
- não me lembro
- nunca

31. Como é o banheiro de sua casa:

- externo
- interno
- não tem

32. O esgoto de sua casa vai para:

- fossa no pátio comprada construída
- rede de esgoto municipal
- a céu aberto
- não sei
- outro, explique: _____

33. O que você faz com o lixo produzido em sua casa?

- coleta pública/aterro da COMCAP
- é queimado em seu pátio
- é colocado em um terreno próximo a sua residência
- outro, explique: _____

34. Quantas pessoas da sua família trabalham? Quais as atividades? Quantos desempregados?

35. Das pessoas que trabalham, quantas possuem carteira assinada?

36. Quais suas experiências profissionais?

37. Grau de instrução:

- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio incompleto
- Médio completo
- Superior incompleto

38. Já fez algum curso profissionalizante?

39. Que curso de qualificação profissional lhe interessa? (O que você gosta de fazer?)

40. Alguém usa o lixo como fonte de renda em sua família?

() sim () não

41. Quais os principais problemas da comunidade?

42. Como você acha que você poderia contribuir para melhorar a sua comunidade? Explique:

Nome: _____

Área: _____

Fone: (____) _____

Legenda para as questões: 2; 3; 8; 34; 35; 36; 37; 38; 39;

M = marido

E = esposa

F = filho I = irmão/irmã

ANEXO B: Regimento Interno

Regimento Interno

I – Da criação e dos objetivos:

1 – A comissão de estímulos ao aleitamento materno criada e designada pela portaria no. 05/DG - HU/96 tem por objetivo:

1.1 – coordenar a campanha “Hospital Amigo da Criança” para maior estímulo ao aleitamento materno na maternidade di HU.

1.2 – Elaborar as normas escritas sobre o estímulo ao aleitamento materno no HU.

1.3 – programar e administrar o treinamento do pessoal nas atividades de incentivo ao aleitamento materno.

maternidade e na comunidade.

1.5 – controle das atividades de estímulo e das práticas do aleitamento materno no HU.

1.6 – avaliação periódica das etapas ao programa “hospital amigo da criança”

1.7 – elaboração do questionário de avaliação do HU, controle do seu preenchimento e aprovação de seu resultado par ser encaminhado à UNICEF.

1.8 – submeter suas conclusões a diretoria.

II – Da composição e atribuições

2 – A comissão de estímulo ao aleitamento materno de caráter multiprofissional constitui-se dos seguintes membros (portaria anexo)

III – das atribuições.

3 – A coordenadora compete:

3.1 – coordenar as reuniões da comissão.

3.2 – agendar os assuntos da reunião com antecedência

3.3 – nominar tarefas para serem assumidas pelos membros da comissão.

4 – A secretária compete:

4.1 – fazer relatório (ata) das reuniões;

4.2 – controlar documentos que emanem ou que sejam recebidos pela comissão.

4.3 – elaborar relatórios dos trabalhos da comissão com apoio dos outros membros.

5 – A cada membro da comissão caberão atribuições que serão decididas em reunião devendo sempre constarem em ata.

III – Das reuniões:

6 – As reuniões serão semanais, em dia fixo, com local, datas e horários definidos na reunião, podendo em caso de necessidade, ter convocação extraordinária.

7- A agenda da reunião constará de:

7.1 – Leitura da ata e correspondências.

7.2 – Prestação de contas das tarefas distribuídas a cada membro.

7.3 – Estudo de propostas a serem assumidas e desenvolvidas.

7.4 – Programação da reunião seguinte.

8 – Sempre que necessário a coordenação ou qualquer membro pode sugerir que se convide pessoas de fora da comunidade para participar de reunião.

9 – As ausências à reunião precisam ser anunciadas com antecedência pelos seus integrantes que deverão repassar à coordenação os resultados de tarefas de que teriam ficado responsáveis.

IV – Disposições Gerais:

1 – Estas normas foram aprovadas pela comissão que as alterará sempre que necessário.

2 – Se necessário serão criadas subcomissões para assuntos específicos e maior alcance do trabalho pela comissão.

ANEXO C: Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Declaração Conjunta da OMS/UNICEF (1989)

Todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétrico e cuidados a recém-nascidos deveriam:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do aleitamento materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto- permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas as crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

ANEXO D: Correspondência do grupo de mães Amigas do Peito



GRUPO DE MÃES AMIGAS DO PEITO

Rua do Catete, 214 / 612 - Catete - CEP 22.220-001
Rio de Janeiro - Brasil - Tel.: (021) 205-7640
C.G.C. 28.181147/0001-44

Rio de Janeiro, 08 de novembro de 1996

A
Sra. Viviane B. Fernandes
Assistente Social da Maternidade do Hospital Universitário da UFSC
Florianópolis - SC

Prezada Senhora:

Durante o I Congresso do Cone Sul de Aleitamento Materno, realizado em 26 a 30 de outubro de 1996, na cidade de Joinville/SC, tomamos conhecimento da existência de um grupo denominado **AMIGAS DO PEITO**, do qual a senhora se apresentou como representante.

Tal fato, por um lado, nos deu muita satisfação ao constatar que mais um grupo no país está incentivando a amamentação e abraçando a causa com dedicação e empenho. Entretanto, por outro lado, causou-nos enorme preocupação uma vez que, em nenhum momento presente ou anterior, tivéssemos tido algum contato com V.Sa. ou outros representantes de sua organização, para que fosse concedido o direito de uso de nosso nome, que através de registro de patente no INPI, dá apenas ao **GRUPO DE MÃES AMIGAS DO PEITO**, o direito legal de usá-lo.

O **GRUPO DE MÃES AMIGAS DO PEITO**, ou simplesmente **AMIGAS DO PEITO**, assim denominado como nome fantasia no INPI, é um grupo formado por mães que incentivam, orientam e apoiam outras mães a amamentar, nosso trabalho é gratuito, voluntário, completamente independente de organizações políticas, religiosas, e governamentais. O grupo, fundado em 1980, está constituído juridicamente, possuindo CGC, registro de patente deste nome e de sua logomarca, é regido por um Estatuto e reconhecido por diversas entidades nacionais e internacionais, que comungam nesta mesma luta pela amamentação e com os quais mantemos intercâmbio.

Com o dever de resguardarmos o nosso grupo e o fiel cumprimento do nosso Estatuto e responsabilidades jurídicas, solicitamos à V.Sa. que adotem um outro nome, o qual estamos certa, irá igualmente dignificar o trabalho que tem sido por vocês executado.

Desejamos que muitos grupos mais, cada qual com suas características, lutem pelo resgate da amamentação no cotidiano das mulheres brasileiras, e estejam certas que vocês serão muito bem-vindas a este time.

Certas de contar com a sua compreensão e desejando manter mais contato, a fim de ampliar o crescimento mútuo, subscrevemos.

Atenciosamente,

Rosimar Macedo Teykal
Curadora do
Grupo de Mães Amigas do Peito

Marcia Pinheiro
Curadora do
Grupo de Mães Amigas do Peito

ANEXO E: Orçamento da construção da UBS

EMENDAS AO PROJETO DE LEI Nº 9.453
MENSAGEM Nº 49/01

ANEXO V

Em. Nº	Nome do Vereador	T	Or.	Um.	F.	Sub-F	Prog.	Discriminação	Bairro	Elem.	Valor
357	MAURO PASSOS	I	19	01	12	361	10	Manutenção Creche	Campeche	3.3.90.30.00.00	2.000,00
358	MAURO PASSOS	I	28	01	13	392	30	Implantação Centro Cultural de Música		4.4.90.52.00.00	140.000,00
359	MAURO PASSOS	I	20	01	27	811	40	Construção de Pista de Skate		4.4.90.51.00.00	5.000,00
360	MAURO PASSOS	I	11	01	08	244	10	Casa da Criança			2.000,00
361	MAURO PASSOS	I	11	01	08	244	10	Apoio ao Gapa			2.000,00
362	MAURO PASSOS	I	11	01	08	244	10	Apoio ao CVV - Centro de Valorização da Vida			2.000,00
363	MAURO PASSOS	I	11	01	08	244	10	Apoio ao CONFLA - Conselho Comunitário			2.000,00
364	MAURO PASSOS	I	11	01	08	244	10	Apoio a Associação de Moradores do Canto da Lagoa			2.000,00
365	MAURO PASSOS	I	11	01	08	244	10	Apoio a Creche Irmão Celso			1.000,00
366	MAURO PASSOS	I	11	01	08	244	10	Apoio a Casa do Hemofílico			2.000,00
367	MAURO PASSOS	I	11	01	08	244	10	Apoio a Creche São Francisco de Assis			1.000,00
368	MAURO PASSOS	I	11	01	08	244	10	Apoio ao Lar Recanto do Carinho			1.000,00
369	MAURO PASSOS	I	11	01	08	244	10	Apoio ao "AAPLUZ"			5.000,00
370	MAURO PASSOS	R	99	99	99	999	99	Reserva de Contingência		9.9.99.99.00.00	
371	FRANCISCO RZARKI	I	25	01	10	302	40	Construção de Centro de Saúde em Coqueiros	Coqueiros	4.4.90.51.00.00	170.000,00
372	FRANCISCO RZARKI	R	11	01	04	122	50	Divulgação dos Atos do Executivo	PMF		
373	FRANCISCO RZATKI	I	20	01	15	451	40	Desapropriação de imóvel nos Ingleses	Ingleses	4.4.90.51.00.00	200.000,00
374	FRANCISCO RZATKI	R	11	01	04	122	50	Divulgação dos Atos do Executivo	PMF		
375	FRANCISCO RZATKI	I	20	01	12	365	40	Construção de creche em Ingleses/Santinho	Ingleses/santinho	4.4.90.51.00.00	240.000,00
376	FRANCISCO RZATKI	R	20	01	12	365	50	Construção, ampliação e reforma das unidades escolares - Ensino Infantil			
377	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	20	01	27	812	40	Construção de pista de skate		4.4.90.51.00.00	25.000,00
378	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	20	01	26	782	40	Dren. Pav. a Lajota do Beco do Surfista	Lagoa da Conceição	4.4.90.51.00.00	30.000,00
379	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	20	01	26	782	40	Dren. Pav. da Rua Tomaz Ramos	Barra da Lagoa	4.4.90.51.00.00	35.000,00
380	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	S	11	01	08	244	10	AMORELA		3.3.50.43.00.00	2.000,00
381	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	11	01	08	244	10	Barra de Futebol Clube	Barra da Lagoa	3.3.50.43.00.00	2.000,00
382	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	11	01	08	244	10	Centro Cultural Aú Arte & Luta		3.3.50.43.00.00	2.000,00
383	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	11	01	08	244	10	Sociedade Animal		3.3.50.43.00.00	2.000,00
384	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	11	01	08	244	10	Bloco Carnavalesco União Ilha da Magia		3.3.50.43.00.00	2.000,00
385	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	11	01	08	244	10	Associação Recreativa e Cultural Amigos de Florianópolis		3.3.50.43.00.00	1.000,00
386	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	S	11	01	08	244	10	AMOCANTO		3.3.50.43.00.00	2.000,00
387	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	20	01	26	782	40	Dren. Pav. a Lajota da Rua Amaro Simplicio Vieira	Alto Ribeirão	4.4.90.51.00.00	6.480,00
388	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	20	01	26	782	40	Dren. Pav. a Lajota da Servidão Corrêa	Caicanga do Ribeirão da Ilha	4.4.90.51.00.00	10.800,00
389	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	20	01	26	782	40	Dren. Pav. a Lajota da Servidão Natividade	Caicanga do Ribeirão da Ilha	4.4.90.51.00.00	26.880,00
390	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	I	20	01	26	782	40	Dren. Pav. a Lajota da Servidão Raio de Sol	Alto Ribeirão	4.4.90.51.00.00	56.000,00
391	ALEXANDRE FILOMENO FONTES	R	90	99	99	999	50	Reserva de Contingência	PMF	9.9.99.99.00.00	
393	MÁRCIO DE SOUZA	I	20	01	12	303	10	Manutenção de NAPS		3.3.30.90.00.00	25.000,00
394	MÁRCIO DE SOUZA	I	24	01	10	301	50	Construção de Centro de Saúde	Trindade	4.4.90.51.00.00	175.000,00
395	MÁRCIO DE SOUZA	R	90	99	99	999	50	Reserva de Contingência	PMF	9.9.99.99.00.00	
396	ALOÍSIO ACÁCIO PIAZZA	I	20	01	26	782	40	Dren. Pav. a Lajotas	Serrinha	4.4.90.51.00.00	12.000,00

ANEXO F: Matérias de jornais locais

Noite da Sopa revêrte renda para entidade

Os recursos da 1ª Noite da Sopa, que acontece hoje a partir das 19 horas no Clube 12 de Agosto (Centro), vão ser usados em melhorias no Lar Recanto do Carinho e no pagamento de dívidas com os seus funcionários junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A iniciativa está sendo tomada por voluntários e vai marcar a passagem dos dez anos de existência da entidade.

Inaugurado no dia 29 de julho de 1992, o Lar Recanto do Carinho tem por objetivo prestar apoio a crianças com idade entre zero e 6 anos, filhos de pais portadores do HIV ou doentes de aids. O alvo principal de atendimento são as crianças órfãs ou em situação de risco de vida e sem estrutura familiar. Hoje o Lar atende crianças com até 15 anos de idade.

A Noite da Sopa terá Vivi Corrêa no cerimonial, com decoração de Aldo Nunes e coordenação geral de Sandra Cavalazzi, Sandra Gondime e Aparecida Nunes. As sopas serão preparadas por especialistas do ramo, como Lurdinha Silva, Sônia Jendiroba, Bragança Zeca Caputo, Telma Bez, Márcia Wais e Daniel Kuhner, entre outros.

Os interessados em ajudar o Lar Recanto do Carinho e apreciar as sopas especialmente preparadas para esta noite ainda podem adquirir convites a R\$ 20,00 por pessoa (sem incluir a bebida) no próprio Lar (telefone 228-0024), ou nas lojas apoiadoras do evento — Happyman (Itaguaçu), ótica Guanabara, Travessia (Beiramar Shopping) e Una Bella (Centro).

Além dos pratos o evento terá diversas atrações musiciais ao vivo, com as presenças dos músicos Karen e Sidney, Luiz Fernando, Mazola, Gilson e Adilson e Machadinho. "Não queremos que os 10 anos do Lar Recanto do Carinho passem em branco e por isso houve essa união de voluntários para ajudar e divulgar o trabalho que é realizado", destaca uma das coordenadoras, Maria Aparecida Nunes.



Volnei Putton mostra terreno onde o posto pode ser construído

Decisão sobre centro de saúde sai esta semana

A prefeita Angela Amin vai assinar nesta semana a autorização para a construção do Centro de Saúde da Trindade, reivindicação antiga das associações de moradores da Serrinha, Trindade e Pantanal. A unidade deve contar com cinco equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e atender uma população entre 4 mil e 5 mil famílias, nos bairros Trindade, Carvoeira e Serrinha.

A Secretaria Municipal de Saúde estudou vários locais para a instalação do novo posto, considerando duas possibilidades de projetos: a de um centro de saúde padrão, no molde dos outros construídos na cidade, ou a de uma unidade maior, estendendo o atendimento até os moradores da Agrônômica. A decisão final fica com a prefeita, depois de analisar as propostas feitas pela secretaria. "Nossa preocupação é que a unidade fique num lugar de fácil acesso, inclusive por ônibus, possibilitando ampliar o atendimento", explica o secretário municipal de Saúde, Manoel Américo de Barros Filho.

Três terrenos na região são os mais cotados para receber o novo posto de saúde. Um deles, sugerido pela Associação dos Moradores da Serrinha, é um terreno cedido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na Carvoeira, ao lado da Casa da Estudante Universitária. "É um local próximo às comunidades que estão reivindicando o posto e com acesso fácil por ônibus", afirma o presidente da Associação dos Moradores da Serrinha,

Volnei Putton.

Outra alternativa, defendida pela Associação dos Moradores do Bairro Trindade (Ambatri), é um terreno cedido pelo Condomínio Europa, na Trindade. A Secretaria de Saúde estuda ainda a construção do posto na avenida Irineu Bornhausen (Beira-mar Norte), ao lado do Corpo de Bombeiros, próximo ao futuro terminal de ônibus da Trindade. Esta alternativa tem mais chance de ser escolhida se o projeto adotado for o de uma unidade de saúde maior. O novo posto deve desafogar o atendimento feito hoje nas unidades de saúde da região, principalmente o Centro de Saúde da Agrônômica e o ambulatório do Hospital Universitário (HU).

O sistema municipal de saúde está sob pressão, exigindo um investimento constante em ampliação do atendimento. De acordo com os dados da secretaria, estima-se que cerca de 5 mil famílias migrem anualmente para a região da Grande Florianópolis. "Há dois anos não tínhamos o posto de saúde da Agrônômica, onde trabalham três equipes do Programa Saúde da Família, além de um setor de pediatria", exemplifica o secretário. "Hoje, a unidade já não consegue dar conta da demanda." Na região do entorno da UFSC, a secretaria prevê para os próximos meses a inauguração do centro de saúde do Córrego Grande e uma possível reforma na unidade do Pantanal, localizada dentro do centro comunitário do bairro.

PELO • UNIDADE AGRONÔMICA ATENDE TAMBÉM SERRINHA E MORRO DA MARIQUINHA

Trindade reivindica construção urgente de novo posto de saúde

Novo centro de saúde para o local deve começar a ser construído ainda este ano

A COMUNIDADE DA TRINDADE reuniu-se ontem à noite no salão paroquial da Igreja Santíssima Trindade para discutir um dos mais sérios problemas do bairro: o saturamento do atendimento no posto de saúde Agronômica que é responsável também pelos bairros de Serrinha e Morro da Marquinha. Estes quatro bairros somam aproximadamente 60 mil pessoas, quando na verdade o posto teria condições de atender somente 25 mil pessoas, segundo informações do próprio posto de saúde.

Luiz Carlos da Silva, presidente da Ambatari, diz que a comunidade está lutando há um ano e meio pela construção de um novo posto de saúde para o bairro. "A fila do posto da Agronômica chega até o Hospital Infantil", argumenta ele. O Posto da Agronômica conta com quatro médicos, três dentistas e dois enfermeiros. O espaço físico do posto que tem seis consultórios não possibilita aumentar o número de pessoal.

Segundo Margarete Fernandes Mendes, diretora do Departamento de Saúde da Secretaria Municipal de saúde, os mora-



Atual posto tem quatro médicos, três dentistas e dois enfermeiros para atender uma região com 60 mil pessoas

dores da Trindade têm à disposição, além do posto de saúde da Agronômica, também o Ambulatório do Hospital Universitário, para o atendimento básico. Ela explica que o fato do Posto da Agronômica estar localizado próximo ao Hospital Infantil Joana

de Gusmão e próximo a um corredor de ônibus de vários bairros, acaba atendendo até mesmo pessoas de outros municípios. Ela conta que o projeto do novo Centro de Saúde da Trindade já está pronto. As obras deverão começar ainda este ano,

garante a diretora.

O posto de saúde deverá ser construído ao lado do Novo Terminal de Ônibus, próximo ao Corpo de Bombeiros, na Trindade. A unidade deve atender 29 micro-áreas (6.400 domicílios), atingindo cerca de 20 mil pessoas.



Relíquias, como máquinas de datilografar, estiveram à mostra na escola

CULTURA

Exposição conta história da Escola de Comércio

A ESCOLA DE COMÉRCIO, no Centro de Florianópolis, encerrou ontem a exposição de máquinas e documentos antigos, que contam um pouco da história do educandário, criado há 67 anos. A mostra aberta à visita desde o último sábado foi organizada na escola pelos alunos.

Reúne máquinas de datilografia, computadores antigos, atas, enfim, materiais que foram utilizados no passado para garantir o futuro. Nos documentos pôde-se observar nomes de pessoas ilustres que frequentaram o educandário, como por exemplo, do ex-prefeito de Florianópolis, Osmar Cunha, que foi aluno e

professor. Hoje a Escola do Comércio oferece cursos técnicos, de contabilidade, administração, turismo e informática. O diretor Messias Bastos diz que a exposição mostrou os materiais que auxiliaram estudantes de diversos cursos, na escola. "Nem todos sabem de que forma os trabalhos eram desenvolvidos", lembra.

As máquinas de datilografia hoje são utilizadas em poucos lugares, como em casas de despachantes ou em escritórios de advogados para preencher documentos. Quem não se lembra do famoso curso de datilografia, no qual, para garantir o certificado de participação o aluno deveria bater "x" vezes nos teclados.

Bairros reivindicam posto de saúde

OS MORADORES DOS BAIRROS Trindade, Serrinha e Pantanal estão unidos por uma causa. Eles reivindicam um novo posto de saúde para a população da região, que soma cerca de 38.800 habitantes.

Segundo Volnei Putton, presidente da Associação do bairro Serrinha, os moradores costumam utilizar o serviço do Posto de Saúde da Agrônômica, ou até mesmo no Hospital Universitário. "As filas são enormes", conta Luiz Carlos Silva da Associação dos Moradores do Bairro Trindade (Ambatri). Silva ressalta que a luta para construção de um posto no

bairro já vem de longa data, mas os moradores começaram realmente a se unir há sete meses. "Já fomos recebidos pela prefeita que prometeu o início das obras para março de 2003", revela e acrescenta "para que o posto funcione em março é preciso que comecem a fazer o projeto já."

O presidente da Associação da Serrinha conta que já estão sendo estudados os possíveis locais para construção do posto. "Temos três terrenos em vista. Na UFSC, o reitor já se dispôs a ceder um espaço e os outros são: ao lado dos bombeiros e do novo Terminal de Inte-

gração na Beira-Mar", explica Putton que, segundo os moradores da Serrinha, não seria o melhor local porque iria privilegiar somente a população da Trindade, ficando muito longe da Serrinha. "O terceiro local é um terreno no Residencial Europa, também na Trindade". Putton argumenta ainda o fato do Posto do Pantanal estar prestes a ser desativado, devido à construção da Via Expressa Sul. "É um posto pequeno que já não conseguia atender ao bairro, agora então com a desativação vai sobrecarregar ainda mais o posto da Agrônômica e o HU".

Moradores da Trindade e Serrinha pressionam por posto de saúde

As comunidades do bairro Trindade e da Serrinha, na Capital, estão há vários anos reivindicando um posto de saúde para a localidade. Atualmente os moradores que necessitam de atendimentos têm que se deslocar até o bairro Agrônômica ou então esperar uma consulta no Hospital Universitário, locais que, segundo a população, acabam ficando superlotados.

De acordo com o presidente da associação de moradores da Trindade (Ambatri), Luiz Carlos da Silva, o terreno para as obras já existe e está localizado próximo ao terminal de integração do bairro. Segundo ele, a área foi

adquirida pela prefeitura no ano passado. Orçada em R\$ 1 milhão, a obra ainda não saiu do papel. O presidente da Ambatri informou ainda que a promessa da prefeita seria de construir no local não apenas um posto, mas um centro de saúde, com todos os atendimentos possíveis.

Segundo a diretora do departamento de Saúde, Margarete Fernandes Mendes, "está correndo o prazo de licitação da obra que deverá iniciar em setembro".



Terreno já está garantido e fica próximo ao Terminal de Integração.

ANEXO F: Matérias de jornais locais

Transforme beleza num excelente e agradável negócio.

Se você tem acima de 18 anos e sabe o quanto é importante ter uma aparência bem cuidada e bonita, então não pode perder esta excelente oportunidade: ser uma **PERSONAL BEAUTY** e fazer parte da conceituada equipe de uma das maiores e melhores marcas internacionais de produtos e tratamentos de beleza: **Anna Pégova**.

Além de treinamento especial você obtém inúmeras vantagens: melhores formas de pagamento, premiações diferenciadas, promoções exclusivas e total apoio de vendas.

Para maiores informações ligue: **(48) 225 - 0078**

Journal O ESTADO dia 10/Julho 2002