

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

PAOLLA SANTIAGO SILVA

**A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA GESTANTES E PUÉRPERAS
ADOLESCENTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO HU/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS
2009.2**

PAOLLA SANTIAGO SILVA

**A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA GESTANTES E PUÉRPERAS
ADOLESCENTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO HU/UFSC**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Manoela Valença.

Co-orientadora: Prof^a. MSc. Patrícia Freitas
Schemes Assumpção

PAOLLA SANTIAGO SILVA

A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA GESTANTES E PUÉRPERAS ADOLESCENTES
ATENDIDAS DA MATERNIDADE DO HU/UFSC

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de
bacharel em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico da
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Manoela Valença.
Presidente da Banca
Orientadora

Prof^a. MSc. Patrícia Freitas Schemes Assumpção
Co-orientadora

Prof^a. Dr^a. Beatriz Augusto de Paiva
1º Membro Examinador

Assistente Social Viviane Bergler Fernandes
2º Membro Examinador

Florianópolis, dezembro de 2009

Dedico este trabalho àqueles que mais amo, que sempre me apoiaram, incentivaram e estiveram presentes em todos os momentos desta etapa da minha vida: meus pais Paulinho e Cláudia e minha irmã Aquira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por minha vida e por tantas coisas boas que acontecem nela! Agradeço por minha família que tanto amo, meu pai, Paulinho, minha mãe, Cláudia e minha irmã Aquira! Agradeço por vocês serem minha base, por saber que posso contar sempre com seus carinhos, incentivo e amor! Obrigada por acalentar meus sonhos, por investir tanta dedicação, carinho e tempo em minha educação! Por me fazer ser quem eu sou! Pai, Mãe e Mana, amo vocês!!

Aos meus familiares, meus tios, tias, primos e primas, que souberam entender minha ausência: Vocês moram no meu coração! Aos meus avós, já falecidos, que foram meus exemplos de pessoas guerreiras, humildes e lindas! Amo, amo, amo! Também na memória, meus tios queridos que já se foram... Exemplos de vida pra todo o sempre!

Às minhas professoras e professores, meu obrigada!!! Vocês foram indispensáveis em meu processo de formação profissional, e para a pessoa que me transformei: alguém que anseia por uma nova ordem societária, que não tenha como premissa a exploração de classe e onde as pessoas possam desenvolver todas as suas potencialidades...

À minha orientadora Manuela e à minha co-orientadora Patrícia, sou imensamente grata a vocês! A experiência de ter duas orientadoras de diferentes áreas me atentou ainda mais para o princípio da totalidade, e me mostrou dois exemplos maravilhosos de profissionais! À professora Patrícia, registro aqui meus agradecimentos, por ter aceitado me co-orientar na área da saúde. E à professora Manuela, seus incentivos para que eu participasse da seleção para o mestrado foram de extrema importância! Obrigada!

Às minhas supervisoras de estágio (tantos estágios...) do HU: Vivi e Mari! Vocês são meus exemplos de profissionais! Minhas “Super”!!! Com vocês aprendi o significado da práxis! Também “peguei” diversas características suas, que construíram a profissional que eu sou! Além disso, tive o privilégio de ter duas supervisoras de estágio, em momentos diferentes, o que me oportunizou crescer profissionalmente. Agradeço à Vivi por aceitar participar de minha banca, e à Mari por me incentivar e apoiar na seleção do mestrado! Agora que fui aprovada, continuarei requisitando suas reflexões! A todas as Assistentes Sociais do HU: Obrigada por seus ensinamentos e a oportunidade de exercitar o Serviço Social! Foram dois anos maravilhosos que passei com vocês!

Às tantas amigas que se formaram e consolidaram durante minha trajetória acadêmica... Turma 2006/1, que a cada semestre diminuía... Mas que ficamos firmes e fortes

na busca por nossos objetivos... As pizzarias... Os trabalhos em grupos... Almoços na casa da Dani... Conversas que adentravam a madrugada com a Mozi... Trabalhos na casa da Helô, minha dupla dinâmica! Miga, nossa amizade é eterna! Muitas lembranças que vão ficar pra sempre no meu coração! Não caberia aqui citar o nome de todas, pois meu TCC teria 50 páginas só de agradecimentos... Ficom meus votos de sucesso para todas, e o agradecimento por terem compartilhado momentos valiosíssimos comigo! Amo vocês!

Aos meus amigos e amigas, que também souberam compreender este momento... “E quem foi que disse que pra tá junto precisa tá perto?” Aos que compartilharam as angústias e as conquistas comigo, pelas conversas frutíferas e infrutíferas... (né Picolé!). Meu muito obrigada! Amizades “velhas”, amizades novas... Amizades!

Às amigas e companheiras de estágio: Letícia, Cristina, Jânifer e Talita, aprendi muito com vocês! Somos uma equipe e tanto! Nossa amizade vai ficar pra sempre! Camile e Jony, também aprendi muito com vocês, nossa amizade vai ficar pra sempre porque “somos lindos, absolutos, somos demais”!! Sentirei saudades dos momentos de debates e dos momentos de descontração... À Paola, que mesmo tendo conhecido apenas nas últimas fases, uma amizade fortíssima se consolidou entre nós! O TCC seria muito mais difícil sem você! Compartilhamos lágrimas, conquistas, risadas e confidências, seja pessoalmente, por msn, orkut, telefone... É muito bom ser tua amiga, minha xará querida!!!

Aos profissionais da maternidade do HU, obrigada por compartilharem comigo suas experiências! Cresci muito vivenciando a rotina da NEO e do AC! Aos usuários do Serviço Social da Maternidade do HU, que foram indispensáveis para minha construção profissional, meu muito obrigada! Em especial, às adolescentes gestantes e puérperas, que me permitiram, através das entrevistas de rotina durante o estágio, refletir sobre a proteção social referente à elas, e me propiciando a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso, meus sinceros agradecimentos.

Enfim, a todos aqueles que fizeram parte de minha vida durante esses quatro anos, e que me ensinaram, através de seus modos de pensar e viver, a ser uma profissional de Serviço Social, comprometida com a profissão, e pronta para atuar nas mazelas da sociedade capitalista, socializando informações com a população a fim de superar nossa sociedade desigual... Meus agradecimentos!

RESUMO

Este trabalho consiste na apresentação do estudo realizado sobre a rede de proteção social - envolvendo a saúde, educação e assistência social - das gestantes e puérperas adolescentes do município de Florianópolis, usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas no Hospital Universitário de Florianópolis, entre março de 2008 e julho de 2009. Definimos como objetivo geral, identificar esta rede, e como objetivos específicos, apresentar a rede de proteção social para adolescentes gestantes e puérperas, nas áreas da saúde, educação e assistência social; analisar as intervenções do Serviço Social, junto às usuárias, no que se refere à proteção social. Consta como elemento estrutural, o estudo sobre a política de proteção social instituída no Brasil, considerando que para o estabelecimento de uma rede de proteção social há uma política constituída que a orienta e a organiza. O trabalho em questão está estruturado em três seções. Na primeira seção abordamos o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), o Serviço Social desta instituição, e especificamente o Serviço Social da Maternidade, lócus da experiência de estágio. Na segunda seção referimo-nos à rede de proteção social no atendimento às adolescentes gestantes e puérperas no município de Florianópolis, onde realizamos uma contextualização da proteção social no Brasil, e em seguida apresentamos os serviços desta rede de proteção social, abordando a saúde, a educação e a assistência social. Ainda nesta seção apresentamos o histórico da política de saúde, haja vista este trabalho ter sido elaborado com base na experiência de estágio, na área da saúde. A problemática em questão, portanto, foi identificada na Maternidade do HU. O referido trabalho compõe-se por uma pesquisa do tipo exploratória. Utilizou-se, ainda, a pesquisa bibliográfica e a qualitativa, realizada durante o período de estágio curricular obrigatório, com 20 adolescentes gestante e puérperas. Por fim, através do material consultado e elaborado, este trabalho apresentará as conclusões obtidas através do processo de reflexão proposto neste Trabalho de Conclusão de Curso. Ressaltamos que o trabalho utiliza as legislações pertinentes e os principais autores de referência: **Bravo** (Política social e democracia, 2002); **Mioto** (A maternidade na adolescência e a (des)proteção social, 2005; Família e serviço social, contribuições para o debate (1997); Família e Política Social (2008)); **Pereira** (Necessidades Humanas: Subsídios à crítica dos mínimos sociais, 2008); **Rezende** (Saúde: dialética do pensar e do fazer (1989)) e **Sales** (Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos (2009)).

Palavras-chave: Adolescência, Gestação, Puerpério, Proteção Social, Serviço Social, Saúde, Educação, Assistência Social.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Períodos históricos das políticas de satisfação de necessidades básicas no Brasil...	25
Quadro 2: Local de Moradia.....	50
Quadro 3: Centros de Saúde acessados pelas adolescentes gestantes e puérperas.....	51
Tabela 1: Idade das adolescentes entrevistadas.....	47
Tabela 2: Situação civil das adolescentes entrevistadas.....	48
Tabela 3: Com quem residem.....	48
Tabela 4: Quantidade de filhos.....	49

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
SEÇÃO I	
1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS: LÓCUS DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.....	12
1.1 Caracterização do Hospital Universitário.....	12
1.2 Contextualização da Maternidade do Hospital Universitário.....	14
1.3 Unidade de Alojamento Conjunto.....	16
1.4 O Serviço Social no Hospital Universitário.....	17
1.5 O Serviço Social e sua Atuação na Maternidade do Hospital Universitário.....	21
1.6 As atividades desenvolvidas no estágio de Serviço Social na Unidade de Alojamento Conjunto.....	22
SEÇÃO II	
2. A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS ADOLESCENTES GESTANTES E PUÉRPERAS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.....	24
2.1 Proteção Social no contexto brasileiro.....	24
2.2 Os serviços da rede de proteção social e o atendimento as adolescentes gestantes e puérperas no município de Florianópolis: Saúde.....	29
2.2.1 O Histórico da Política de Saúde.....	29
2.3 Os serviços da rede de proteção social e o atendimento as adolescentes gestantes e puérperas no município de Florianópolis: Educação.....	34
2.4 Os serviços da rede de proteção social e o atendimento as adolescentes gestantes e puérperas no município de Florianópolis: Assistência Social.....	37
SEÇÃO III	
3. AS ENTREVISTAS REALIZADAS JUNTO ÀS ADOLESCENTES GESTANTES E PUÉRPERAS.....	42
3.1 Problematizando a gravidez na adolescência.....	42
3.2 Analisando os dados obtidos.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	63
Anexo 1: Ofício para o Serviço Social da Maternidade do HU.....	64
Anexo 2: Modelo da entrevista realizada com as adolescentes gestantes e puérperas.....	65

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa surge em um contexto em que o debate sobre a saúde, entendida em sua totalidade, se faz presente na sociedade contemporânea. Sua elaboração tem ampla relação com a prática do estágio curricular obrigatório I e II e também do estágio curricular não obrigatório I e II, realizados de março de 2008 à julho de 2009, junto ao Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

O interesse por esta discussão partiu dos atendimentos realizados a este público, durante os estágios citados, onde se percebeu um aumento gradativo de adolescentes gestantes e puérperas, e a necessidade do mapeamento e apropriação dessas políticas públicas que abarcam a temática, para um atendimento pleno.

O acesso à informação é imprescindível no trabalho do assistente social, e o conhecimento da rede de proteção social, indispensável na utilização desse instrumento técnico-operativo. Para o atendimento das adolescentes gestantes e puérperas, a rede de proteção social deve ser identificada e publicizada, visando os devidos encaminhamentos.

A pesquisa realizada consiste numa sistematização de 20 entrevistas, aplicadas intencionalmente durante o período de estágio, com vistas ao projeto de intervenção, que tinha como objetivo a identificação da rede de proteção social acessada pelas adolescentes gestantes e puérperas, haja vista o interesse de abordar a temática no Trabalho de Conclusão de Curso. Após aplicadas as entrevistas, sistematizávamos os dados e colocávamos nos prontuários das adolescentes. Para a utilização das referidas entrevistas realizadas durante o estágio, elaboramos e enviamos um ofício para nossa supervisora de estágio no serviço social da maternidade do HU, solicitando a análise destas (ANEXO 1).

Godoy (1995) explicita algumas características principais de uma pesquisa qualitativa, como considerar o ambiente como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave; a análise dos dados ter sido realizada de forma intuitiva e indutivamente pela pesquisadora, não requerendo o uso de técnicas e métodos estatísticos; e, ainda, atentando-se mais à interpretação de fenômenos e à atribuição de resultados.

Sendo assim, a partir da análise das entrevistas elaboradas durante o período de estágio, respaldando-nos em Minayo (2001), pudemos considerar essa pesquisa como de natureza qualitativa, tendo em vista que tivemos como fonte o ambiente onde ocorreram os

acontecimentos e onde situa-se o público alvo e participante desta pesquisa: as adolescentes gestantes e puérperas, e os serviços da rede de proteção social específica, no município de Florianópolis. Segundo essa autora, a pesquisa qualitativa:

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p. 21)

O tema deste trabalho é a proteção social para adolescentes gestantes e puérperas, e o objetivo consiste em apresentar a rede de proteção social voltada às adolescentes gestantes e puérperas do município de Florianópolis, no que tange à saúde, educação e assistência social. Este tema não é um tema novo, haja vista que já é abordado desde a Constituição Federal de 1988, entretanto, ainda não foi abordado de forma específica nos trabalhos de conclusão de curso realizados na maternidade, nem no material pesquisado. No entanto as políticas já foram tratadas individualmente, assim como a temática gravidez na adolescência. Mas nossa indagação foi como as adolescentes são protegidas nesta etapa de suas vidas. E é a esta indagação que nos propusemos a responder neste trabalho.

Para tal, organizamos este trabalho em 3 (três) seções. A primeira trata especificamente do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC, onde realizamos os estágios referidos anteriormente. Caracterizamos o hospital e logo após contextualizamos a maternidade do HU, o Alojamento Conjunto, e a atuação do Serviço Social nestes espaços. Em seguida descrevemos algumas das atividades desenvolvidas junto às adolescentes durante o estágio.

Na segunda seção abordamos a rede de proteção social para adolescentes gestantes e puérperas no município de Florianópolis, composta pela saúde, educação e assistência social. Iniciamos apresentando uma breve contextualização da proteção social brasileira, para em seguida aprofundarmos a questão da saúde, descrevendo sua trajetória no Brasil, haja vista a temática estar diretamente ligada ao nosso locus da experiência de estágio.

Na terceira seção apresentamos a pesquisa realizada, tendo como material as entrevistas efetuadas durante o período de estágio.

Em seguida, a partir do material produzido através dos procedimentos metodológicos referenciados acima, apresentamos as conclusões obtidas através do processo de reflexão

proposto neste trabalho. E, por fim, as referências utilizadas e os anexos.

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS: LÓCUS DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

1.1 Caracterização do Hospital Universitário

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago foi fundado em maio de 1980. Na época, o Presidente da República era João Baptista de Oliveira Figueiredo, que foi o último presidente do regime militar, que vigorou no país. O Brasil, neste momento de sua história, passava por profundas alterações sociais e políticas devido ao processo de transição do regime ditatorial ao regime democrático, transição esta que se iniciou em meados dos anos 1979 e atravessou toda a década de 1980. O quadro de ampla mobilização da sociedade civil e dos movimentos sociais, entre eles o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, foi um dos aspectos mais importantes para caracterizar o processo de abertura democrática, que teve seu auge com a Constituição de 1988 (SILVA, 2009b).

Em meio a essa conjuntura, após uma árdua luta por parte dos alunos, professores dos cursos do Centro de Ciências da Saúde, e da comunidade junto às autoridades federais, a fim de obterem recursos para sua inauguração, é que o HU inicia suas atividades em maio de 1980 (UFSC, 2009).

O HU é uma instituição de natureza pública, dependente jurídica e administrativamente da esfera federal, vinculada à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Ministério da Educação e tem como missão preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social (UFSC, 2009).

A instituição tem por objetivo promover o ensino, a pesquisa e a extensão na área de saúde e afins, prestando atendimento de forma universalizada e igualitária à comunidade e aos demais municípios do estado de Santa Catarina, atendendo exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). 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 (UFSC, 2009).

A fonte de recursos da instituição é proveniente de recursos federais, através de repasses do Fundo Nacional de Saúde. A estrutura organizacional está disposta sob a direção de um órgão superior, o Conselho Diretor, uma Direção Geral e uma vice-diretoria, assessoradas por uma secretaria administrativa e comissões permanentes. Na diretoria geral estão ligadas quatro diretorias setoriais que são: Diretoria de Administração, Diretoria de Apoio Assistencial, Diretoria de Enfermagem e Diretoria de Medicina.

Seu corpo clínico constitui-se de professores dos Departamentos que compõe o Centro de Ciências da Saúde que utilizam o hospital como centro de ensino e pesquisa, além de médicos e demais profissionais das áreas da Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Odontologia e Engenharia Biomédica. As especialidades de atendimento oferecidas são: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Emergência, Gastroenterologia, Hematologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Neurologia, Nefrologia, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Terapia Intensiva e Urologia (UFSC, 2008). Atualmente também conta com as especialidades de Fonoaudiologia e Fisioterapia.

A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implementadas em Outubro de 1995, após longo período de preparação de Recursos Humanos, equipamentos e técnicas de intervenção, buscando alcançar elevados índices de modernização, técnica e humanização do atendimento. A Maternidade do HU é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica (UFSC, 2009).

Atualmente, o HU conta com 274 leitos. O atendimento de emergência funciona 24 horas e por ano realiza cerca de 120 mil atendimentos. As consultas ambulatoriais são em média 10 mil atendimentos por ano e são internados aproximadamente 9 mil usuários anualmente no HU (UFSC, 2008). A instituição não estabelece uma meta de atendimento, sendo sua única preocupação conseguir suprir toda a demanda que se apresenta e garantir o atendimento público e gratuito a qualquer pessoa.

Conforme consta no site do HU, a área de ensino/ pesquisa e assistência mais destacada do hospital é a Maternidade, pelo seu caráter de assistência humanizada; Hospital Amigo da Criança; Maternidade Segura (Processo em andamento); Programa Capital Criança (da Prefeitura Municipal de Florianópolis), Programa Saúde da Família (PSF¹, também da Prefeitura Municipal de Florianópolis).

¹ A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas

1.2 Contextualização da Maternidade² do Hospital Universitário

Em 1984, docentes do Departamento de Enfermagem e Pediatria da UFSC e enfermeiras da área materno-infantil do HU, constituíram uma comissão pró-implantação da maternidade. No período compreendido entre 1986 e 1987, a parte física da maternidade foi construída, 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 para a contratação de pessoal para ativar a unidade. Esta era composta por várias áreas profissionais, entre elas, o Serviço Social. Esta comissão atuou até 1989, quando se desfez, e os trabalhos da comissão de implantação da maternidade 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 a ativação da maternidade e nomeia uma nova comissão de implantação. A comissão iniciou um trabalho de arrecadação de fundos e de sensibilização sobre a necessidade da ativação da maternidade, junto à mídia, em forma de denúncia, mostrando a área física vazia. A Secretaria Estadual da Saúde financiou, 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 transformou no Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (GIAM), e no início de seu funcionamento, começou a discutir a

equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149> Acesso em: 26 de outubro de 2009.

² Os dados referentes à Maternidade do Hospital Universitário contidos neste item foram extraídos da apostila “Maternidade do Hospital Universitário” realizada pelo Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade (GIAM), antiga Comissão de Implantação da Maternidade, no ano de 1999.

presença de um acompanhante no parto. Então, o acompanhante passa a ser aceito, desde o período da internação até a alta da gestante. (UFSC, s.d.).

A partir de 1998, o grupo, que já vem discutindo a questão do “parto humanizado”, formula um projeto com o objetivo de permitir oficialmente o acompanhamento no momento do parto. A proposta é encaminhada aos deputados e aprovada em âmbito estadual. Em 2005, é aprovada na esfera federal a Lei 11.108/2005 ou Lei do Acompanhamento, que garante a toda gestante a presença de um acompanhante, não só no período de trabalho de parto e parto, como no pós-parto (UFSC, 2007).

A Maternidade do HU, visando preconizar a Política Nacional de Humanização³ tem como filosofia o princípio da “atenção humanizada ao parto, através de um atendimento personalizado de assistência integral à mulher, recém-nascido e família, considerando seus aspectos bio-psico-sociais” (SILVA, 2009b, p.06). Atuando com estratégias que visam à humanização, a Maternidade do HU foi reconhecida com o título de Hospital Amigo da Criança⁴, oferecido pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), em 17 de dezembro de 1997 e com o Prêmio Galba de Araújo⁵, em 2000.

A assistência humanizada possibilitou que a gestante tenha o direito de escolher a posição do parto que deseja realizar (cócoras ou vertical, horizontal), sendo que o parto cesárea é decidido pelo médico conforme quadro clínico da gestante e/ou do bebê.

A Maternidade está localizada no segundo andar do HU e possui 22 leitos. Tem uma média de 1.700 partos por ano. Em 2000, chegou a realizar 1.767 partos, sendo 31% destes, cesáreas e 69% normais (BILLAR, 2007).

3 Entende-se por humanização, segundo a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Fonte: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390> Acesso em: 26 de outubro de 2009.

4 A iniciativa Hospital Amigo da Criança foi idealizada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF, visando estimular e certificar as instituições que adotam as práticas de promoção, proteção e apoio à amamentação. Esta iniciativa foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária em 1992 e, desde então, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, capacita profissionais, realiza avaliações e estimula a rede hospitalar para o credenciamento. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/ListalHAC_Brasil.pdf>. Acesso em 19 nov. 2009.

5 O Prêmio Galba de Araújo foi criado pela Portaria 2.883 de 04 de junho de 1998, com o objetivo de reconhecer estabelecimentos de saúde integrantes da rede do SUS, que se destacam no atendimento obstétrico e neonatal. Disponível em <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P2.883_98obst.doc>. Acesso em 19 nov. 2009.

Os setores de atendimento que formam a Maternidade são: Triagem Obstétrica (TO), Centro Obstétrico (CO), Unidade de Neonatologia, Alojamento Conjunto (AC), Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), Lactário, Hotelzinho, Unidade Mãe-Canguru, Serviço Social, Psicologia e Nutrição.

Adota-se na Maternidade a prática do Método Mãe Canguru⁶ (MMC), com o objetivo de diminuir a permanência do recém-nascido na Unidade de Neonatologia e até mesmo na Maternidade (UFSC, s.d.).

A equipe multiprofissional da Maternidade é 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.

Considerando o princípio da atenção humanizada, a prática da Maternidade ocorre sob a forma de Alojamento Conjunto, onde as mães ficam juntamente com seus bebês, que é entregue a ela assim que nasce e fica durante o período de internação, com o objetivo de facilitar a vinculação afetiva entre mãe, recém-nascido e família. O Alojamento Conjunto abrange também a internação de gestantes de alto risco, que requerem um cuidado especial.

Os recém-nascidos de baixo peso, prematuros ou, ainda, que tenham nascido com alguma enfermidade permanecem internados na Unidade de Neonatologia, mesmo após alta da mãe, o que ocorre em 24 horas para parto normal e em 48 horas na cesariana (UFSC, s.d.), sendo que a mãe pode ficar alojada no Hotelzinho⁷ ou na Unidade Mãe-Canguru da Maternidade para acompanhar o bebê.

1.3 Unidade de Alojamento Conjunto

⁶ A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, segundo o Ministério da Saúde, consiste em “um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido” (BRASIL, 2000, p.01). Esse contato de forma gradual evolui até a colocação da criança em posição canguru, que é o posicionamento do bebê em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto, que pode ser a mãe, o pai ou eventualmente algum outro familiar. Todo esse procedimento está baseado em critérios de elegibilidade clínicos e emocionais, tanto do recém-nascido, da mãe quanto da família. Tudo isso acompanhado de importante suporte institucional por parte de uma equipe de saúde treinada e consciente da importância do atendimento preconizado nessa nova metodologia. (SILVA, 2008b, p.9).

⁷ “O 'Hotelzinho' é um quarto com quatro leitos disponibilizado às puérperas que já tiveram alta do Alojamento Conjunto, que atualmente possui a mesma função da unidade Canguru, mas que não possui passagem para a Unidade de Neonatologia, e que por convenção é destinado àquelas mães que ainda não amamentam no peito” (SILVA, 2009a, p. 17).

O Sistema Alojamento Conjunto é definido, segundo o Ministério da Saúde (1993), como um sistema hospitalar em que o bebê sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente até alta hospitalar de ambos e que permite aos pais receberem orientações que os tornem aptos a prestar cuidados ao filho. Visa também, incentivar a amamentação, favorecer o vínculo entre os familiares, bem como, contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar (BRASIL, 1993).

O Alojamento Conjunto do HU, implantado desde o início da maternidade, em 1995, tem sua equipe composta por dois Obstetras no período da manhã e no restante do dia fica aos cuidados dos obstetras do Centro Obstétrico (CO), duas enfermeiras nos turnos da manhã e tarde e uma enfermeira durante a noite, quatro técnicas de enfermagem durante o dia e três durante a noite, uma escriturária, um neonatologista, dezesseis leitos para as puérperas e seus acompanhantes e seis leitos para as gestantes com gravidez de alto-risco.

Estes recursos oferecem atendimento as mulheres desde sua internação até o momento da alta. Os motivos de passagem e permanência no Alojamento Conjunto são: gestantes que estão internadas com uma gravidez de alto risco, e mães puérperas, seus bebês e seus acompanhantes. No caso do pós parto, a mãe é encaminhada para o Alojamento Conjunto em companhia de seu acompanhante e o bebê, conforme já citado.

Os profissionais se preocupam em manter atitudes de humanização como o incentivo aos pais para que acompanhem o recém-nascido enquanto ele estiver internado, sem imposição de horários ou permanência, capacitando-os para o processo de pós-alta, além de estimular o contato entre os pais e o bebê.

1.4 O Serviço Social e sua atuação no Hospital Universitário

O Serviço Social faz parte do corpo de funcionários do Hospital Universitário desde sua inauguração, em maio de 1980, sendo hoje, composto por uma equipe de 09 assistentes sociais. Conforme Silva (2009b, p.15), os objetivos do Serviço Social na instituição são:

[...] atender as demandas sócio-assistenciais dos usuários do Hospital Universitário; desenvolver ações profissionais integradas com os diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários, garantindo uma abordagem multidisciplinar; desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença e sobre as ações profissionais desenvolvidas pelo Serviço Social; favorecer ao usuário condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade e desenvolver ações sócio-educativas junto à comunidade universitária e à população circunvizinha ao HU.

O Serviço Social do HU tem como visão “ser referência em Serviço Social entre os hospitais universitários brasileiros”, e como Missão “desenvolver ações profissionais em Serviço Social, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania. Atuar sob os valores do projeto ético-político do assistente social, realizando ações profissionais de assistência, ensino e pesquisa em saúde com qualidade. Contribuir para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para formação crítica, sólida e com competência” (SILVA, 2009a, p.15).

Articula as ações profissionais em três processos básicos, que estão amparados nas discussões de Mioto (2006): o Político-Organizativo, o de Planejamento e Gestão e o Sócio-Assistencial.

As três ações citadas já estiveram presentes no Serviço Social do HU, no entanto atualmente não atuam nos processos político-organizativos. Este ocorreu na ocasião da luta, junto à Comunidade da Serrinha, para a conquista da implementação do Posto de Saúde da Trindade. Os processos político-organizativos correspondem à articulação de um conjunto de ações, dentre as quais se destacam a mobilização e a assessoria, incrementando discussões e ações entre o espaço sócio-ocupacional, a comunidade e outras instituições visando a universalização, ampliação e a efetivação da cidadania.

Os processos de planejamento e gestão correspondem ao conjunto de ações profissionais no âmbito das instituições e serviços de saúde no planejamento e gestão de serviços sociais. Neste âmbito, estão contidas as ações destinadas à efetivação da intersetorialidade, quais sejam: a gestão das relações interinstitucionais e a criação de protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais, que servem de base tanto para o trabalho do assistente social como para a equipe da qual faz parte.

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.

As ações periciais têm por objetivo elaborar parecer social ou pareceres técnicos com a finalidade de subsidiar a decisão de determinados órgãos ou profissionais para concessão de

equipamentos, benefícios, prestação de serviços e também processos de referência e contra-referência.

As ações sócio-terapêuticas têm por finalidade o apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal pelos usuários e ou familiares, particularmente em momento críticos como morte, recebimento de diagnósticos, acidentes.

As ações sócio-emergenciais procuram atender às demandas relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos usuários e de suas famílias e, por fim, as ações sócio-educativas que 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. Referem-se aos encaminhamentos aos recursos institucionais comunitários visando atendimento através de programas específicos vinculados a órgãos públicos e/ou Organizações Não-Governamentais (ONG's). São realizados fornecimentos de auxílio-transporte, roupas, cestas básicas, medicamentos, auxílio-funeral, vale-refeição, dentre outros. Referente à alimentação para acompanhantes, o HU não possui estrutura física e financeira para atender a todos, por isso são priorizados os acompanhantes de crianças e adolescentes⁸, de idosos (acima de 60 anos)⁹ e de pessoas de outros municípios do estado de Santa Catarina. O Serviço Social conta com o apoio da Associação Amigos do Hospital Universitário (AAHU), que oferece ajuda emergencial, financeira, para a compra de cestas básicas, presta auxílio possibilitando o acesso ao transporte coletivo, medicamentos, roupas e material de higiene.

As ações sócio-educativas estão vinculadas ao acolhimento e envolvem o esclarecimento das rotinas hospitalares ao usuário recém-internado e seus familiares, orientações a cerca do tratamento, questões trabalhistas e previdenciárias, os princípios do SUS e a hierarquização do sistema nas três esferas de governo. Destacam-se também a atuação na Unidade de Tratamento Dialítico com pacientes renais crônicos, grupo de gestantes, grupo de mães e sala de espera para pacientes de terceira idade.

8 Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8069, de 13 de julho de 1990, em seu Art. 2º: Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. A alimentação para o acompanhante de crianças e adolescentes é garantida através do Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

9 Conforme o Estatuto do Idoso – Lei 10741, de 1o de outubro de 2003, em seu Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. A alimentação para o acompanhante do idoso é assegurada por este estatuto, em seu Art. 16: Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Quanto à intervenção e procedimentos, o Serviço Social em sua prática junto aos usuários do HU procura desenvolver uma atuação voltada ao acolhimento entendendo que entre o profissional e o usuário, constitui-se, neste momento, um espaço de trocas, com a identificação das necessidades do usuário e da família, bem como a produção de vínculos entre estes sujeitos. Em relação ao acolhimento, Chupel (2008, p.147) faz a seguinte reflexão:

O acolhimento no campo da saúde tem sido pensado por diversos autores como um elemento relevante para a mudança do modelo técnico-assistencial, apto a transformar as relações estabelecidas entre profissionais e usuários e destes com os serviços de saúde. No bojo da discussão do acolhimento, vem a reboque outros debates que, em essência, buscam forjar espaços alternativos, por meio de práticas totalizantes, integrais e pautadas no respeito e na visão do usuário como cidadão, quando em consonância com os propósitos da Reforma Sanitária. Porém, sua utilização também pode estar vinculada a práticas com interesses voltados à produtividade e à lucratividade, cujo embasamento é encontrado no compromisso com o discurso de saúde privada, disponível no mercado. A distinção entre essas duas visões antagônicas é que demarca um forte desafio aos profissionais que atuam no campo da saúde.

A entrevista é o momento em que o acolhimento do assistente social se efetiva junto ao usuário recém-internado. O assistente social inicia sua aproximação com o mesmo resgatando algumas informações que previamente é possível dispor, através da leitura do prontuário deste. Estes dados irão subsidiar parte da entrevista do Serviço Social. A coleta prévia possibilita o estabelecimento de um clima favorável ao diálogo que irá se dar durante a entrevista. Segundo Sarmiento (2005, p.33) a entrevista:

[...] ao longo da prática profissional tem sido concebida como um contato pessoal, de caráter confidencial, entre assistente social e cliente, envolvendo uma relação íntima e sutil. Sendo também um dos mais importantes instrumentos dentro desta concepção, pois é através dela que se estuda o cliente e seus problemas e ainda, se aplica o tratamento social. Neste sentido a entrevista não é senão uma conduta para os outros e que nos permita conhecer sua personalidade e expressar nossos interesses.

Consiste num direito da gestante a presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em toda a rede do SUS, garantido pela Lei nº 11.108/2005¹⁰, conforme citado anteriormente.

10 LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005: Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

O Serviço Social segue as diretrizes políticas da instituição que estão baseadas na assistência, ensino, pesquisa e extensão, buscando conhecer a realidade sócio-econômico-cultural dos usuários do HU, refletindo com os mesmos 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 (SILVA, 2009a, p.25).

Na experiência de estagio os processos sócio assistenciais foram abordados com mais frequência, por terem sido estes os que tivemos maior contato no atendimento às adolescentes gestantes e puérperas. Os demais processos são tão pertinentes quanto, no entanto por não estarem diretamente ligados ao nosso objeto de estudos, não nos aprofundaremos.

1.5 O Serviço Social e sua atuação na Maternidade do Hospital Universitário

O Serviço Social está presente na Maternidade desde abril de 1988, quando passa a integrar a sua comissão de implantação juntamente com outros profissionais.

O Serviço Social atua conforme o plano de ação geral do Serviço Social no HU e pauta-se nas diretrizes deste para sua ação. Propõe-se a atuar juntamente com a equipe interdisciplinar da maternidade, contribuindo para a adequação da filosofia de atendimento humanizado e no atendimento às demandas sócio-assistenciais dos usuários.

Tem como objetivos contribuir para a efetivação de um atendimento de qualidade às mulheres e famílias durante o processo de gestação, parto e puerpério; identificação de necessidades sócio-assistenciais das gestantes, mães, recém-nascidos e família e o atendimento dessas necessidades na perspectiva da garantia de direitos; prestação de orientações referentes aos direitos civis e sociais; articulação com os serviços institucionais e comunitários para o atendimento às demandas sócio-assistenciais; estabelecimento de campo de estágio às alunas do Curso de Serviço Social; realização de pesquisas relacionadas a temáticas da Maternidade (SILVA, 2008).

A interdisciplinaridade é um princípio norteador da filosofia da Maternidade, propiciando a participação e envolvimento de profissionais de diversas áreas de atuação, como Serviço Social, Psicologia, Medicina, Enfermagem e Nutrição. Os profissionais contribuem com seus conhecimentos na busca pela complementaridade para o alcance de objetivos comuns (UFSC, s.d.).

O Serviço Social na Maternidade atua em três projetos específicos: no projeto de

intervenção junto às gestantes de alto risco internadas no Alojamento Conjunto, no projeto de ação junto às mães e famílias de recém-nascidos de baixo peso e seu subprojeto Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru desenvolvido na Unidade de Neonatologia. Também atua na Triagem Obstétrica e Centro Obstétrico com atendimento emergencial. O atendimento às adolescentes gestantes e puérperas acontece majoritariamente no Alojamento Conjunto.

1.6 As atividades desenvolvidas no estágio de Serviço Social na Unidade de Alojamento Conjunto junto às adolescentes gestantes e puérperas

Segundo Silva (2008), no Alojamento Conjunto a rotina de atendimento às gestantes e puérperas adolescentes se dá na: Participação e acompanhamento da passagem de plantão da enfermagem para identificação das puérperas adolescentes internadas; Visita aos leitos das puérperas adolescentes para realização de entrevista e reconhecimento de possíveis demandas e reconhecimento da rede de apoio familiar da paciente e RN; Produção de estudo social em casos vulnerabilidade social; Identificação e acompanhamento de situações sociais de puérperas adolescentes com dificuldades de estrutura familiar para enfrentar o nascimento de um filho; Prestação de orientações sobre direitos civis e sociais (registro de nascimento, licenças, direitos a maternidade/paternidade, auxílios, serviços sociais); Encaminhamento à nutrição aos acompanhantes de adolescentes para o recebimento de alimentação; Encaminhamento das puérperas adolescentes e familiares aos recursos comunitários; Orientação quanto aos tramites do funeral, no caso de natimorto; Orientação quanto ao processo de adoção (no caso de demonstração de interesse); Realização de visita domiciliar, quando constatada a necessidade; Prestação de auxílios assistenciais concretos: enxovais, medicação de alta, transporte, cesta básica, funeral e outros.

Através das ações citadas as adolescentes gestantes e puérperas são encaminhadas para os serviços da rede de proteção social conforme as necessidades que apresentam e/ou que são identificadas pelo serviço social, assim como pela equipe multidisciplinar.

A rotina de atendimento citada acima era realizada inicialmente acompanhando-se a assistente social e posteriormente sob a supervisão da mesma. Cada atendimento era discutido com a supervisora, a qual indicava possibilidades e articulava teoria e prática, para que refletíssemos quais ações seriam mais pertinentes conforme as situações que nos deparávamos.

No que diz respeito a participação e ao acompanhamento da passagem de plantão, esta

ocorria de forma multidisciplinar, onde a equipe de enfermagem do plantão anterior informava para a equipe que assumia o turno sobre o estado clínico de cada uma das mulheres gestantes e puéras internadas. Participávamos da troca de plantão da enfermagem, do turno da manhã para o a tarde, juntamente com um representante da psicologia e da medicina. Preparávamos consultando a agenda de internação e identificando a presença de adolescentes. Durante a passagem de plantão informávamos sobre o estado clínico das adolescentes para realizar a abordagem respeitando o momento que ela vivencia. Além disso, esta participação possibilitava identificar demandas para o serviço social. Quando não era possível participar da passagem de plantão antes de abordar uma adolescente, conversávamos com a (o) enfermeira (o) responsável para verificar as atuais condições de saúde da mesma.

Após a identificação das adolescentes dirigimo-nos ao leito da mesma, onde apresentávamos e informávamos sobre a rotina de atendimento da adolescente, e que realizávamos uma entrevista com o intuito de identificarmos sua rede de proteção social. As entrevistas eram realizadas na sala do Serviço Social da maternidade, ou mesmo no leito, quando as condições da paciente não a possibilitavam de dirigir-se ao referido local. Também esclarecíamos que uma cópia da entrevista ficaria no prontuário da paciente, e que ela poderia consultá-lo quando desejasse. A partir da entrevista elaborávamos o estudo social, o qual era anexado ao prontuário. Na entrevista (ANEXO 01) fazíamos o reconhecimento das possíveis demandas, assim como da rede de proteção social da mesma e do bebê.

A partir do estudo social e identificação das demandas das adolescentes, realizávamos orientações sobre direitos civis e sociais referentes à adolescente, maternidade, paternidade, entre outros.

Também encaminhávamos os acompanhantes da adolescente ao serviço de nutrição e dietética do HU, para o recebimento da alimentação – conforme mencionado anteriormente, buscando assim, fornecer condições de permanência o acompanhante.

Ainda, através da entrevista, efetuávamos o encaminhamento das adolescentes gestantes e puérperas e/ou seus familiares, aos recursos comunitários pertinentes. E, se constatada a necessidade, existia a possibilidade de realização da visita domiciliar. No entanto, com a articulação com a rede de proteção social, a visita domiciliar era realizada por profissionais da rede, haja vista seu caráter de acompanhamento.

Eram realizadas orientações quanto aos trâmites de funeral, adoção, entre outros, quando solicitada ou constatada a necessidade. Além disso, era realizada a prestação de auxílios sócio-assistenciais, como enxovais, medicação de alta hospitalar, transporte, cesta

básica, entre outros, garantindo que o paciente tivesse acesso aos mesmos até chegar na rede.

As atividades desenvolvidas no estágio eram realizadas conforme o planejamento do Serviço Social e de acordo com as demandas das adolescentes e de seus familiares. Em relação aos encaminhamentos aos serviços da rede de proteção social, no município de Florianópolis, serão abordados da seção posterior. Além disso, as atividades citadas estão pautadas nas ações sócio-assistenciais, descritas por Mioto (2006).

Por tratarmos da saúde tendo em vista seu conceito ampliado (a ser citado no próximo item), o trabalho em rede auxilia no atendimento às necessidades do indivíduo, abordando-o de forma integral. Da mesma forma trataremos as outras políticas públicas às quais nos referimos, tendo em vista o Estatuto da Criança e do Adolescente, que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Na próxima seção abordaremos a rede de proteção social voltada às adolescentes gestantes e puérperas, no município de Florianópolis, envolvendo a saúde, a educação e a assistência social, tendo em vista a proteção integral a qual nos referimos.

2 A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS ADOLESCENTES GESTANTES E PUÉRPERAS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

A gênese do capitalismo, em linhas gerais, foi marcada, sobretudo pela concentração do capital numa pequena parcela da população, e a existência de uma classe trabalhadora que não possuía propriedade. A partir do século XVII e XVIII esta relação difundiu-se pelo mundo, até tornar-se o modelo econômico hegemônico. Nos séculos seguintes a concentração de capital e o abismo entre as classes acentuam-se, e o capitalismo sofre crises cíclicas.

Com o desenvolvimento do modo de produção capitalista, este passou a caracterizar-se pela produção de mercadoria e pela mais-valia – a produção de mais valor acrescido ao valor real do produto. Assim ocorre a produção coletiva da mercadoria, cuja apropriação é privada, o que gera desigualdades e acentua a divisão da sociedade em classes. A desigualdade social

exige respostas e, conforme o governo e/ou as lutas e pressões por parte da sociedade, configuram-se os sistemas de proteção social nos diversos países.

2.1 Proteção Social no contexto brasileiro

A trajetória das políticas sociais no Brasil, segundo Pereira (2008), foram influenciadas por mudanças de cunho político e econômico ocorridas no plano internacional, que influenciaram na produção de uma experiência nacional de “sistema de bem-estar periférico”, que se constituiu atrelado à dependência econômica e ao domínio colonialista. Sendo assim, esta não teve como base o pleno emprego, os serviços sociais universais, nem teve uma “rede de proteção impeditiva da queda e da reprodução de estratos sociais majoritários da população na pobreza extrema” (2008, p.125). Além disso, os momentos de expansão da política social brasileira deram-se no contexto dos regimes autoritários, e segundo a referida autora existem três motivos que justificam este fato: Justificativa para a ação interventora; Encobrir a dureza do regime de exceção e ainda como forma de não distribuir o poder, já que distribuía bens e serviços.

A autora, ainda, divide a experiência brasileira no campo das políticas de satisfação de necessidades básicas em cinco períodos históricos os quais denomina conforme o perfil de regulação política, econômica e social prevalecente:

Quadro 1: Períodos históricos das políticas de satisfação de necessidades básicas no Brasil

Período anterior a 1930	Política social do laissez-faire
De 1930-1964	Política social predominantemente populista, com laivos desenvolvimentistas
De 1964-1985	Política social do regime tecnocrático-militar, incluindo a fase de abertura política
De 1985-1990	Política social do período de transição para a democracia liberal
A partir dos anos 1990	Política social neoliberal

Elaborado por: Paolla Santiago Silva.

Fonte: Pereira 2008¹¹.

11 Pereira. Potyara A. “Necessidades Humanas: Subsídios à crítica dos mínimos sociais”. Cortez: 2008. p.127.

A década de 1920 é marcada pelo surgimento da medicina previdenciária, a qual tinha como característica o atendimento individual com intermediações diretas do estado neste sistema, e abarcava apenas algumas categorias profissionais. Esse sistema, regulamentado pela "Lei Eloy Chaves", foi o das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs).

Na década de 1930 – que ficou conhecida como o período populista – as CAPs foram incorporadas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais, com o tempo, tornaram-se estruturas com forte poder econômico e político. Esse período foi marcado por um Estado interventor e de práticas assistenciais, sem, no entanto ter significativos avanços em termos de direitos sociais.

A década de 1940 foi caracterizada pelo governo Vargas, com a criação do Estado Novo, de cunho ditatorial, e de 1945 a 1950 aconteceu a chamada fase da redemocratização com o governo Dutra. Já entre 1950 a 1954 Vargas reassume o poder por meio de eleições diretas. Entre 1954 e 1956 governos provisórios assumiram o poder, até iniciar o governo Kubitschek, com a fase desenvolvimentista. Esta foi seguida pelo governo de Jânio Quadros em 1961 e João Goulart até 1964.

Na década de 1960, com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS- foi criado o Departamento de Serviço Social, o qual atuava no atendimento técnico da assistência médica previdenciária. Já no período que vai de 1964 a 1985, quando foi instalado o Regime Militar no Brasil, o cenário político é marcado pelo retrocesso no avanço da assistência a saúde no país, havendo a centralização das ações, o que influenciou diretamente o modelo de saúde pública e medicina previdenciária iniciada no período anterior. No entanto foi neste período que se instituiu o Sistema de Proteção Social, apesar de ter sido marcado principalmente pela concessão de direitos reguladores. A partir de 1967, o modelo econômico adotado revelou-se concentrador e excludente, e a concepção de política social era tida como uma decorrência do desenvolvimento econômico.

Entre as décadas de 1970 e 1980 vigorou o período tecnocrático-militar, revelando um modelo econômico concentrador e excludente, sendo a direção política autoritária. Como consequência a concepção de política social era tida como uma decorrência do desenvolvimento econômico. Vários movimentos sociais entraram na luta pela reinstauração da democracia, exigindo respostas do governo. Segundo Pereira (2008, p.144), “foi nesse contexto que a política social passou a ser estrategicamente intensificada, não como resposta conscienciosa às necessidades sociais, mas como uma via de reaproximação do Estado com a

sociedade”. Entre 1980 e 1985 houve uma forte desarticulação do esforço de desenvolvimento social ocorrido no governo Geisel, diminuindo-se os gastos sociais, o que provocou o aumento da pobreza.

Já o período entre 1985 e 1990, de acordo com Pereira (2008), a política social é influenciada pela transição para a democracia liberal, e é caracterizado por uma concepção de proteção social onde os direitos sociais e as políticas que o concretizam receberam atenção especial. A assistência social, pela primeira vez na história do país, foi incluída da Constituição Federal. Esta, promulgada em 1988, trouxe diversos avanços na área da proteção social. Com a mobilização da sociedade as políticas sociais ganharam centralidade, o que culminou com a referida Constituição. No entanto, os governos sentindo-se “manietados” pela Constituição, adiaram a aprovação de diversas leis que regulamentariam os dispositivos constitucionais não auto-aplicáveis e “abusando” das medidas provisórias, as quais deveriam ser utilizadas apenas em casos de relevância e urgência.

Neste período ocorreu uma contra-reforma conservadora, que teve início em 1987 e foi acatada e reforçada pelos governos posteriores. Algumas características foram a “desestatização, desregulamentação econômica e social, privatização do patrimônio e dos serviços públicos e flexibilização do trabalho e da produção” (Pereira, 2008, p.157). Neste contexto abriu-se espaço para a disseminação do ideário neoliberal no Brasil.

Este foi o período, segundo Pereira (2008, p.159), “da história da proteção social brasileira que mais enfaticamente incorporou as determinações externas de mudanças econômicas e políticas”. Os governantes brasileiros acataram as determinações do Consenso de Washington, e o Estado ficou mínimo para o social e máximo para o capital. As políticas sociais também sofreram retraimento e não continham o princípio da universalização. Segundo Roman (2004, p. 37):

Em 1989, o International Institute for Economy, de Washington, promoveu uma reunião da qual participaram governo americano, FED, Banco Mundial, FMI, BID, BIRD. O objetivo era discutir as reformas para a América Latina, assolada pela inflação, recessão e dívida externa. Como os organismos presentes eram uníssonos com relação aos caminhos que deveriam ser seguidos, chamou-se de "Consenso de Washington" o programa de reformas proposto, que incluía desregulação dos mercados, abertura comercial, flexibilização das leis trabalhistas, rigoroso ajuste fiscal, privatizações e redução da atuação do Estado e de sua participação na economia.

Behring e Boschetti (2007) atentam para o fato das configurações de padrões universalistas e redistributivos de proteção social terem sido tencionadas por estratégias de

extração de superlucros, com a supercapitalização com a privatização de setores de utilidade pública – como a saúde e a educação, que configuraram um ambiente ideológico individualista, consumista, entre outros. Isso num momento histórico onde as forças contra-hegemônicas encontram-se enfraquecidas e desarticuladas em função da precarização e flexibilização das relações de trabalho e dos direitos.

Na Constituição Federal de 1988 constam como direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados (cf. Título II, “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, Capítulo II, “Dos Direitos Sociais”, artigo 6º). A assistência consiste num direito de cidadania, integrante da seguridade e, portanto, uma política social específica, conforme o artigo 194 (Capítulo II, “Da Seguridade Social”, do Título VIII, “Da Ordem Social”), no qual se diz que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Podemos dialogar com Coutinho (1999) e Paiva (2003) no que se refere à política social, no sentido de que esta é determinada não só pelas transformações engendradas pelo capitalismo, como tem estreita relação com a dinâmica das lutas sociais que se expressaram nos processos de ampliação dos direitos de cidadania. Para Nogueira (2002), a ampliação da ação estatal ocorreu de forma diferenciada nos países de economias capitalistas em decorrência das múltiplas configurações que tomaram as relações entre o Estado e a sociedade civil.

Segundo Martin (1995), no período em que a provisão da proteção social não é assegurada nem pelo Estado, nem pelas redes de solidariedade articuladas no interior das sociedades, volta-se a atenção para a família como um manancial natural de solidariedade. O autor afirma ainda que as práticas de solidariedade familiar e intergeracional sempre se mantiveram ativas, no entanto quando a atenção recai sobre ela, essas práticas são colocadas como capazes de enfrentar a “crise” da provisão pública de proteção social. A perspectiva é diminuir a dependência da família dos serviços públicos de bem-estar, desenvolvendo sua autonomia para prover ao máximo o bem-estar aos familiares, sem o suporte do Estado. Isso garantiria “uma espécie de proteção complementar àquilo que o Estado pode pensar assumir” (MARTIN, 1995, p. 71).

Segundo Pereira (2004), com o estabelecimento tardio do neoliberalismo no país (década de 1990) e o avanço da tese liberal do Estado mínimo, os avanços sociais previstos na

Constituições foram gradualmente esvaziados, especialmente com a influência direta das orientações dos organismos internacionais na direção da política social.

Mioto aponta que:

Diante disso, pode-se dizer que a partir dos anos 1990 se acirra no Brasil um processo de disputa entre diferentes projetos políticos para a sociedade brasileira, nos quais a questão da proteção social joga papel fundamental. Nesse âmbito, o processo é caracterizado, por um lado, pela tensão entre a afirmação da proposta de institucionalização da proteção social nos moldes definidos pela Constituição de 1988 e a sua desconstrução através da retração do Estado. Esta inclui tanto as privatizações como a adesão ao princípio da focalização nas políticas públicas e a afirmação do Pluralismo de bem-estar. Por outro lado, pela tensão entre a afirmação da família como parceira na condução das políticas sociais e a sua “desfamiliarização”. Mesmo com os avanços advindos da Constituição de 1988, a regulamentação das diferentes políticas sociais, com exceção da saúde, ainda pautou a família como ator importante na provisão de bem-estar. (2008, p. 143)

Tendo em vista a Constituição de 1988 com a questão da proteção social, e os impactos sofridos por esta com a retração do Estado em função da política neoliberal, as políticas sociais sofrem focalização, a família é chamada para atuar onde o Estado não dá conta, chamando a solidariedade familiar e também a solidariedade da sociedade. Para tanto, analisamos neste trabalho três políticas, partes integrantes da rede de proteção social para as adolescentes gestantes e puérperas: Saúde, Educação e Assistência Social.

2.2 Os serviços da rede de proteção social e o atendimento as adolescentes gestantes e puérperas no município de Florianópolis: Saúde

2.2.1 O Histórico da Política de Saúde

Bem como observado anteriormente as políticas sociais passam a sofrer desconstruções devido à retração do Estado, ficando cada vez mais focalizadas e distanciando-se dos direitos universais. No campo da saúde, pode-se afirmar que após um período de lutas acirradas pela garantia do direito à saúde, atualmente se analisa o mesmo movimento de investidura neoliberal privatizante. A fim de compreender um pouco mais este contexto apresentamos nesta seção um panorama acerca do histórico da saúde.

O modo de pensar do ser humano vive em constante movimento, prova disso é que muitos conceitos foram se modificando ao longo do movimento da história da humanidade.

Assim, á medida em que os homens surgem com novas descobertas, fortalece-se a idéia de que para explicar o movimento da realidade e suas expressões não basta ter um conceito estático e majoritariamente suficiente em si. A exemplo disto podemos pensar a questão do entendimento do conceito de saúde.

Com o surgimento e ascensão do capitalismo o conceito de saúde passa a ser amplamente discutido. A existência de uma classe marcada pela concentração do capital e de outra trabalhadora, porém não mais detentora de seus meios de produção, coloca em xeque uma série de conceitos e categorias com a mesma intensidade em que traz novos à tona (Rezende, 1989).

Nesse momento histórico surgem e intensificam-se expressões da questão social, até o momento inexistentes ou de pouca amplitude. Conforme Pereira (2002, p.31):

A “questão social” que eclodiu na segunda metade do século XIX, no rastro da Revolução Industrial, impôs-se como um fato perturbador da ordem e das instituições liberal-burguesas. Com efeito, a questão social, constituída em torno do pauperismo e da miséria das massas, representou o fim de uma concepção idealista de que a sociedade por si só ou, quando muito, acossada pela polícia, pudesse encontrar soluções para os problemas sociais. Constatada a falácia dessa concepção, impôs-se outra, apoiada na necessidade do sistema liberal-burguês de responder, por meio da regulação estatal efetiva e ampliada, os feitos disruptivos da questão social.

A sociedade passa, então, a organizar-se em torno do sistema capitalista, e o que se apresenta é uma pequena parcela detentora dos meios de produção e onde se concentra o capital em detrimento a uma parcela de indivíduos, que embora numericamente maior, não necessariamente apresenta-se ideologicamente dominante. Instaladas as novas expressões da questão social, resultantes da exploração da classe trabalhadora, o conceito de saúde dominante passa a ser aquele que visualiza a doença como um sinal de conflito, na contramão da lógica do capitalismo hegemônico que era de elevação da força de trabalho.

Assim segundo Rezende (1989, p.69), a saúde passa a:

[...] significar a manutenção da população sadia e produtiva, a reparação rápida do dano a fim de diminuir a inatividade, para recolocar o homem em condições de trabalho [...]. As práticas de saúde absorvem a ideologia dominante e estavam dirigidas no sentido da manutenção/elevação da força de trabalho. O exercício dessas práticas, com esse objetivo, por outro lado, legitimava a hegemonia de classe e as relações de dominação.

O período pós Segunda Guerra Mundial é marcado pela Declaração dos Direitos do Homem que passa a considerar a saúde como um direito inalienável do ser humano. Por seu

lado a Organização Mundial de Saúde (OMS) anos mais tarde passa a defini-la não apenas como a ausência de doença, mas como uma situação de bem estar, higiene e segurança.

No Brasil o atendimento à saúde estava ligado às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) as quais foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1923, caracterizando a medicina previdenciária. Segundo estudos realizados por Assumpção (2007, p.19), a política de saúde no período posterior:

[...] a partir dos anos 1930 foi consolidada no período de 1945 a 1964, quando estava focada na racionalização administrativa e na atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias. No período de 1964 a 1974, a política de saúde desenvolveu-se privilegiando o setor privado, devido às influências da ditadura militar que forjou em muito as forças democráticas. Nos anos seguintes, prossegue a tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário.

Assim, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), de acordo com seu relatório final, apresenta como resultado central o estabelecimento de um consenso político que permitiu a formatação do projeto de Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito ampliado de saúde, a saúde entendida como um direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. Este conceito ampliado de saúde que não envolvia apenas a recuperação da doença significa, conforme definido no Relatório Final desta Conferência:

A resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, esporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 2006, p. 102).

O marco legal que estabelece a criação do SUS consta no texto da Constituição Federal de 1988, que estabelece a proposta de Seguridade Social formada pelo tripé: Assistência Social, Saúde e Previdência Social, e regulamentado posteriormente, no caso da política de saúde, através da Lei Orgânica de Saúde (LOS), leis: 8.080/1990 e 8.142/1992.

A política de saúde enquanto política social, segundo Bobbio (2004), segue a definição de conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. E, segundo Lucchese (2004) também é definida como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

O Direito à saúde, em termos teóricos, passa a ser apresentado pelo Estado como um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

No Brasil antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores amparados pela previdência social, ou seja, ligados ao mercado de trabalho formal, e para suas famílias, e as outras pessoas tinham acesso à estes serviços como um favor e não como um direito.

No período pós-Constituição, a política de saúde no Brasil passa a ser formulada no contexto de uma reforma setorial abrangente, que passou a operar mudanças institucionais de grande magnitude, ao tempo em que passou a introduzir novos espaços de interlocução permanente entre Estado e sociedade na gestão pública. Segundo Lucchese (2004), com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8140 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação da política de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório em detrimento a um interesse cada vez maior do capitalismo hegemônico que passa a ordenar de forma contrária a lógica expressa nas legislações competentes que outrora soavam como avanços inalienáveis, agindo na lógica do anti-direito.

Assim, a Seguridade Social, ainda em seu processo de implementação no Brasil passa a se caracterizar quase que imediatamente como um campo de tensão, entre interesses público e privado, comprovando que o fato desse sistema mostrar-se mais democrático após a Constituição de 1988 não resultou necessariamente em poder de decisão e participação na política pelos sujeitos que integram a sociedade. Bravo e Matos (2002) refletem sobre esta questão e situam a conjuntura dos anos de 1990:

Apesar da consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde/Leis 8.080/90 e 8.142/90), a política de saúde no Brasil, na década de 90, passa por momentos distintos em relação à reforma sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normatizações visando consolidar a contra-reforma na saúde. (BRAVO; MATOS. 2002, p.197).

No relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, citado anteriormente, evidenciou-se a necessidade de reformas na saúde, revendo-se a legislação referente à promoção, proteção e recuperação – Reforma Sanitária, e priorizando a saúde como direito. Além disso, elucidou-se a necessidade de um conceito ampliado de saúde que abarcasse toda a sociedade, conforme suas características, haja vista que:

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem essas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada (BRASIL, 1986, p. 05).

Por conta disto privilegiou o projeto da reforma sanitária, entendendo ser este uma forma de reafirmar a saúde como direito. No entanto, devido ao contexto histórico do início dos anos 1990, o projeto privatista tornou-se hegemônico, precarizando a saúde assim como as outras políticas públicas de cunho social.

No âmbito da saúde as adolescentes gestantes e puérperas do município de Florianópolis são assistidas pela rede municipal de saúde, através das Unidades Básicas de Saúde, e também clínicas privadas, quando possuem recursos para comprar o serviço. Nestas, elas realizam as consultas de pré-natal, onde acompanham o desenvolvimento do bebê; recebem orientações quanto aos cuidados com o mesmo. Também recebem atendimento médico, psicológico e assistencial, conforme sua necessidade. Nos atendimentos pré-natais a adolescente gestante recebe orientações sobre os procedimentos que deve tomar durante a gestação, parto e puerpério. Chegado o momento do parto ela é encaminhada para uma das maternidades do município para o nascimento do bebê. Com o cartão de acompanhamento do pré-natal realizado na Unidade de Saúde de referência ou em clínica particular, os profissionais de saúde tomam conhecimento de como foi a gestação e sobre o que a adolescente foi orientada. O bebê terá acompanhamento do Programa Capital Criança¹², cujos

¹² O Capital Criança é um programa da Prefeitura Municipal de Florianópolis, que visa a atenção integral à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal e à criança. O Programa é uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social. É desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal, em articulação com as demais instituições que prestam atendimento, nos seus diferentes níveis de complexidade, à mulher no processo gravídico-puerperal e à criança de zero a nove anos de idade. O Programa busca a reformulação da atenção, principalmente através do monitoramento dos nascimentos e priorização do atendimento de gestantes, puérperas e crianças de zero a nove anos. A atenção integral à criança e o desenvolvimento de ações de

profissionais orientarão a mãe sobre a vacinação e as consultas da mãe e do bebê, pós alta hospitalar e agendarão a primeira consulta para alguns dias após o nascimento.

As agentes de saúde realizam o controle social das mães, realizando busca ativa quando estas não comparecem às consultas agendadas para o bebê, para verificar os motivos de sua ausência e encaminham-nas para a Unidade de Saúde de referência. As equipes de saúde variam conforme a Unidade Básica ou o Centro de Saúde. Além disso, as agentes de saúde identificam as gestantes de suas áreas de atuação e realizam o encaminhamento para a rede básica, da mesma forma procedem com as mulheres puérperas.

Na maternidade do HU as adolescentes são atendidas pela equipe, e o Serviço Social, após identificar a rede de proteção social da adolescente realiza os devidos encaminhamentos para a rede.

2.3 Os serviços da rede de proteção social e o atendimento as adolescentes gestantes e puérperas no município de Florianópolis: Educação

A educação, no Brasil, é um direito constitucional, previsto no artigo 205 da Constituição Federal de 1988, que prevê que:

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I – igualdade de condições para o acesso e permanência na escola (BRASIL, 1988).

O Estado tem o dever de garantir a oferta e o acesso a todo cidadão, e chama a responsabilidade para a família e a sociedade, e tem ainda, como objetivo final, a preparação para o mercado de trabalho, qualificando os estudantes para sua inserção neste.

A legislação que ampara a questão educacional e a estudante gestante, regulando seu período de afastamento devido à gestação, é a Lei Federal n.º 6.202, de 17 de abril de 1975, que define que:

Art. 1º A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo

prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a população (COELHO, 2004).

Decreto-lei número 1.044, 21 de outubro de 1969.

Parágrafo único. O início e o fim do período em que é permitido o afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.

Art. 2º Em casos excepcionais devidamente comprovados mediante atestado médico, poderá ser aumentado o período de repouso, antes e depois do parto.

Parágrafo único. Em qualquer caso, é assegurado às estudantes em estado de gravidez o direito à prestação dos exames finais.

Art. 3º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. (BRASIL, 1975).

O regime de exercícios domiciliares Decreto-Lei n.º 1.044, de 21 de outubro 1969, em seu artigo 2º, define que:

Art 2º Atribuir a êsses estudantes, como compensação da ausência às aulas, exercício domiciliares com acompanhamento da escola, sempre que compatíveis com o seu estado de saúde e as possibilidades do estabelecimento.

Assim, a estudante adolescente gestante tem o direito de se afastar das aulas a partir do 8º mês de gestação, e realizar exercícios domiciliares para que esta não perca o ano – ou semestre – letivo. Sendo um direito, toda adolescente gestante deve ser orientada pela escola e através de outros meios, para que este possa ser efetivado.

No entanto, a adolescente tem direito a três meses de afastamento, diferentemente da mulher trabalhadora, que tem direito a licença-maternidade de quatro meses. Em relação à mulher trabalhadora, existem diversas lutas que buscam aumentar ainda mais este período, haja vista os benefícios para a criança de permanecer o maior tempo possível junto à sua mãe; propiciar o aleitamento materno e a criação de vínculo entre mãe e bebê. Já em relação à adolescente, a licença é menor devido ao caráter diferenciado do trabalho e da escola, a começar pelo tempo de afastamento entre mãe e bebê. E a licença tem um tempo menor, quando comparada à mãe trabalhadora, para que a adolescente não seja prejudicada em seu processo de ensino-aprendizagem.

Além disso, tendo em vista seu papel educador, a escola deve abordar a temática da sexualidade, gravidez e planejamento em seu currículo, de forma a desmistificar a sexualidade e abordá-la de maneira natural e responsável, já que a maneira mais indicada para evitar uma gravidez indesejada continua sendo a prevenção. As escolas possuem, como tema transversal, a sexualidade devendo, portanto, abordar a temática.

Em relação a esta temática Nunes e Silva (2001) apontam para o fato de a sexualidade

tornar-se um tema importante na atualidade, sendo que houveram tempos em que a sexualidade era tratada como tabu, onde não se podia falar em sexo. Sendo que a Idade Média foi um desses períodos de repressão e negação da sexualidade, e na Idade Moderna a sexualidade passou a ser campo de investigação das ciências biológicas. Segundo os autores citados, ainda assim a maioria da população não tinha acesso a estes conhecimentos, restritos a médicos e cientistas. Apenas no século XX, a partir da Segunda Guerra Mundial, que suscitou uma explosão de curiosidade sobre a temática na sociedade – a chamada Revolução Sexual, onde jovens europeus e norte-americanos buscaram debater a temática, com o intuito de desmistificá-la. Já a partir de 1980, com o advento da AIDS, houve a necessidade de debater o assunto, para preveni-lo. Nunes e Silva (2001, p.13) afirmam que o debate continua sendo necessário, e definem a educação sexual como sendo:

[...] o conjunto de informações, práticas, valores, habilidades, significações e expressões da sexualidade em sociedade. Assim, todas as pessoas recebem uma forma de Educação Sexual. Quando recebemos aquela Educação Sexual tradicional, isto é, voltada para a compreensão, assimilação, significação e vivência da sexualidade de maneira conservadora, compreendida a partir dos papéis tradicionais, estamos sendo formados e educados para um tipo de ação sobre nosso corpo, desejo e Sexualidade. Trata-se da Educação Sexual tradicional, marcada pelas características do medo, vergonha, repressão ou preconceitos. E quando buscamos novas formas de conceber a sexualidade, de uma maneira científica, humanista e significativa subjetivamente, estamos propondo uma nova educação sexual, a Educação Sexual Emancipatória. Emancipatória quer dizer aquela que produz a emancipação, autonomia, responsabilidade afetiva e social, aquela educação sexual que se baseia em elementos da ciência, que respeita homens e mulheres como iguais, que propõe práticas sociais de solidariedade, afetividade e convivência entre os sexos, em todas as fases e idades da existência.

Uma educação sexual emancipadora pode ser um meio de subsidiar uma escolha consciente nas adolescentes, fazendo com que elas realmente engravidem se assim desejarem. Apenas a educação sexual tradicional não dá conta de emancipar o indivíduo, já que este não é o objetivo desta. Para tanto, é necessário investimentos por parte do governo, para a qualificação dos professores nessa temática, desvendando tabus, e propiciando uma educação sexual emancipatória, livre de preconceitos e efetiva. Pois assim não será a informação por si só, mas uma socialização da mesma de forma a fazer efetivar os direitos através do conhecimento.

Ainda em relação à educação, mas com vistas ao planejamento familiar, a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 226, prevê que “a família, base da sociedade, tem especial

proteção do Estado” (BRASIL, 1988), e em seu § 7º, explicita que:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Assim, compete ao Estado garantir o direito ao planejamento familiar, destinando recursos para que a adolescente possa tomar conhecimento de seus direitos sexuais e reprodutivos, e decidir se quer ou não, ter filhos, e se optar por não tê-los nesta etapa de sua vida, que lhe sejam assegurados meios de prevenir uma gravidez indesejada, e também, para as adolescentes gestantes e puérperas, prevenirem uma nova gravidez. Já em relação à educação, o governo deve garantir o acesso à informação e meios para que a adolescente decida de forma consciente, o momento mais apropriado para ter um filho.

2.4 Os serviços da rede de proteção social e o atendimento as adolescentes gestantes e puérperas no município de Florianópolis: Assistência Social

A Assistência Social consiste num direito social do cidadão brasileiro, garantido da Constituição Federal de 1988, em seu Art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. E ainda, em seu Artigo 203 refere que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social (...)” e trata da “proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; (...) do amparo às crianças e adolescentes carentes (...)”.

Em relação à adolescente gestante e puérpera, ela é amparada por ser adolescente, devido à maternidade e à família. A assistência social faz parte da Seguridade Social brasileira, conforme consta na referida Constituição:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:
I - universalidade da cobertura e do atendimento;
II- uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
III- seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
IV- irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;
VI- diversidade da base de financiamento;
VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Assim sendo, a Assistência Social, como política de proteção social, deve garantir proteção e amparo a todos que dela necessitarem, sem necessidade de contribuição prévia. Além disso, a Assistência Social foi regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, em 1993, como política social pública, inserida no campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal, e inserida no sistema de bem-estar social brasileiro, compondo o chamado tripé da Seguridade Social, juntamente com a saúde e a previdência social.

A Lei Orgânica da Assistência Social instituiu o Conselho Nacional de Assistência Social que ficou responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social.

De acordo com o site do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate¹³ à fome, do governo federal, a Política Nacional de Assistência Social – PNAS:

É uma política que junto com as políticas setoriais, considera as desigualdades socioterritoriais, visando seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender à sociedade e à universalização dos direitos sociais. O público dessa política são os cidadãos e grupos que se encontram em situações de risco. Ela significa garantir a todos, que dela necessitam, e sem contribuição prévia a provisão dessa proteção.

Assim, leva em consideração as características individuais e coletivas do público atendido, e busca o enfrentamento das desigualdades, à garantia dos mínimos sociais e a universalização dos direitos sociais. Em relação aos mínimos sociais, este foi instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social, em seu Art. 1º “A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (LOAS).

Concordamos com Pereira (2008), quando esta atenta para a referência aos mínimos sociais, no artigo 1º da LOAS, que necessita de cuidado em sua interpretação, haja vista que sugere uma “dupla e diferenciada identificação”, pois utiliza mínimos sociais referindo-se à provisão, e faz uso do termo “básico” para designar as necessidades básicas, sem no entanto

13 Disponível em: <http://www.mds.gov.br/servicos/fale-conosco/assistencia-social/gestor-tecnico-municipal/pnas-2013-politica-nacional-de-assistencia-social>. Acesso em: 07 de novembro de 2009.

equiparar os termos. Por serem noções diferenciadas, faz-se importante conceber o conceito de mínimo como uma necessidade básica, já que o primeiro termo tem a conotação de “menor”, de “menos”, o segundo “expressa algo fundamental, principal, primordial” (Pereira, 2008), qualificando as necessidades a serem satisfeitas.

Ainda na área da Assistência Social, como operacionalização da LOAS que viabiliza o sistema descentralizado, participativo e também sua regulação em todo o território nacional, foi instituído o Sistema Único de Assistência Social - SUAS, em 2003 como principal deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, que aconteceu em Brasília (DF). Conforme consta no site do Ministério Social e combate à fome, defende a universalização dos direitos à Seguridade Social e da proteção social pública com a composição da política pública de assistência social em nível nacional. Conforme a fonte citada, o SUAS:

[...] possui um modelo de gestão descentralizado e participativo e constitui-se na regulação e organização em todo território nacional dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, de caráter continuado ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob critério universal e lógica de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil. Além disso, o SUAS define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política pública de assistência social, possibilitando a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento aos usuários, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede prestadora de serviços socioassistenciais.

Esse novo modelo de gestão prevê competências e responsabilidades nas três esferas do governo (municipal, estadual e federal) e tem uma lógica diferenciada de desenvolvimento das ações, pressupondo a definição de níveis de complexidade do sistema, subdividido em Proteção Social Básica e Proteção Social Individual de Média e Alta Complexidade, considerando as especificidades das regiões e tendo centralidade na família.

A Proteção Social Básica tem como objetivo a prevenção de situações de risco – por intermédio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições – e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. É destinado para a população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social. Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Os benefícios, tanto de

prestação continuada (BPC) como os eventuais, compõem a Proteção Social Básica, dada a natureza de sua realização. Nos municípios é configurada pela existência dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). São unidades públicas estatais de base territorial, localizadas em áreas de maior vulnerabilidade social. As equipes de referência dos CRAS executam os serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede prestadora de serviços socioassistenciais locais do SUAS.

Já a Proteção Social Individual de Média e Alta Complexidade é destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras situações de violação dos direitos. Os serviços de proteção social especial têm estreita interface com o sistema de garantia de direito, exigindo, muitas vezes, uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, o Ministério Público e com outros órgãos e ações do Executivo. Os serviços desse tipo de proteção podem ser organizados com base local, em municípios com maior incidência da violação dos direitos; por meio de serviços de referência regional, coordenado e executado pelos estados; ou por intermédio de consórcios públicos entre os municípios. No caso da proteção social especial, há dois níveis de complexidade: média e alta: Média complexidade: São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimento às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. A proteção social de média complexidade é organizada nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que são unidades públicas estatais. Neles, são ofertados serviços socioassistenciais que requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas. Da mesma forma, requerem maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, comportam encaminhamentos monitorados e sistemáticos, apoios e processos que assegurem qualidade na atenção protetiva e efetividade na reinserção almejada. Alta complexidade: Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirado do convívio familiar e/ou comunitário.

Dentro da Proteção Social Individual de Média e Alta Complexidade encontram-se Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); o Centro de referência Especializado da Assistência Social (CREAS); o Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração

Sexual (Programa Sentinela).

E na Proteção Social Básica o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); o O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); o Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e também o PROJOVEM adolescente, que consiste num serviço socioeducativo, na faixa etária de 15 a 17 anos - provenientes de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família; egressos (vindos) de medidas socioeducativas de internação ou em cumprimento de outras medidas socioeducativas; em cumprimento ou egressos de medida de proteção; egressos do PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil; egressos ou vinculados a programas e serviços de combate ao abuso e à exploração sexual – e busca a inserção do adolescente no mercado de trabalho, com algumas condicionantes.

O Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) expressa um conjunto de ações relativas à acolhida, informação e orientação, inserção em serviços da assistência social, tais como socioeducativos e de convivência, encaminhamentos a outras políticas, promoção de acesso à renda e, especialmente, acompanhamento sociofamiliar. Esse programa é desenvolvido no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Tem como objetivos contribuir para a prevenção e o enfrentamento de situações de vulnerabilidade e risco social; fortalecer os vínculos familiares e comunitários; promover aquisições sociais e materiais às famílias, com o objetivo de fortalecer o protagonismo e a autonomia das famílias e comunidades. O público do PAIF/CRAS é composto pela população em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação ou ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, com vínculos familiares, comunitários e de pertencimento fragilizados e vivenciam situações de discriminação etária, étnica, de gênero ou por deficiências, entre outros.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública da política de assistência social, de base municipal, integrante do SUAS, localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinado à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e indivíduos, e à articulação destes serviços no seu território de abrangência, e uma atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social. Algumas ações da proteção social básica devem ser desenvolvidas necessariamente nos CRAS, como o Programa de Atenção Integral as Famílias (PAIF) outras, mesmo ocorrendo na área de abrangência desses centros, podem ser desenvolvidas fora de seu espaço físico, desde que a ele referenciadas. O CRAS também deve ser organizar a vigilância da exclusão social de sua área de abrangência, em conexão com

outros territórios. É uma unidade sócioassistencial que possui uma equipe de trabalhadores da política de assistência social responsáveis pela implementação do PAIF, de serviços e projetos de proteção básica e pela gestão articulada no território de abrangência, sempre sob orientação do gestor municipal. Esse conjunto de trabalhadores é denominado ‘equipe de referência do CRAS’ e sua composição, regulamentada pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS), depende do número de famílias referenciadas ao CRAS.

Apesar desses mecanismos de proteção é importante atentar-se para os rumos e assaltos que vem tomando a Assistência Social. Behring e Boschetti (2007, p.161) afirmam que “a assistência social é a política que mais vem sofrendo para se materializar como política pública e para superar algumas características históricas” tais como a demora na sua regulamentação como direito; a redução e residualidade na abrangência; manutenção e mesmo reforço do caráter filantrópico, com forte presença de entidades privadas na condução de diversos serviços, o que pode comprometer a oferta do mesmo segundo os princípios que o regem; e permanência de apelos e ações clientelistas, além da ênfase nos programas de transferência de renda, de caráter compensatório.

Retomando a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080/90 em seu artigo 2º, inciso 1º a LOS estabelece que:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Assim sendo, tanto na saúde, como na educação e assistência social, faz-se importante a garantia da informação quanto aos seus direitos assegurados, para em seguida orientar quanto ao acesso a esses direitos, pois é necessário que a Lei se efetive para que as adolescentes gestantes e puérperas realmente estejam protegidas. Para isso a sociedade deve exercer o controle social e exigir que seus direitos sejam cumpridos, tanto individualmente como coletivamente.

3 AS ENTREVISTAS REALIZADAS JUNTO ÀS ADOLESCENTES GESTANTES E PUÉRPERAS DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO

3.1 Problematizando a gravidez na adolescência

Estudos realizados por Borges (1999) *apud* Lopes (2004), afirmam que a palavra adolescente surgiu em meados do século XX, no ano 1904, nos Estados Unidos da América, quando o psicólogo americano G. Staley Hall publicou um livro intitulado “Adolescence: Its Psychology and Education”. Nos estudos citados consta que autores como Hurrelmann (1996), Lucker (1997) e Roland (1994), mencionam que a emergência da adolescência esteve relacionada às mudanças econômicas, demográficas, políticas e culturais trazidas pelo processo de modernização e industrialização, bem como pelo estabelecimento de um sistema escolar compulsório.

Gilberto Freyre (1963) apontou para o fato de que no século XVI e XVII a elite brasileira demonstrava imensa preocupação caso não conseguisse casar suas filhas entre os 12 e 14 anos de idade. Com isso, observa-se que ao longo da história a idade que as mulheres têm seus filhos varia de acordo com os papéis sociais desempenhados em cada época, sendo a gravidez na adolescência considerada um problema conforme a sociedade em que ela está inserida e de acordo com o tempo histórico.

No entanto autores como Langer (1986), Ariès (1981), entre outros, apontam que há controvérsias quanto a existência de uma verdadeira noção de adolescente antes do século XVIII e XIX, pois esta é uma invenção da sociedade industrial. Sales (2005, p.35) afirma que:

No final do século XVIII e início do XIX, a percepção que até então se tinha da criança foi gradualmente se modificando e a concepção de infância como uma etapa distinta da vida se consolidou na sociedade. Essa percepção, de acordo com Ariès (1986), é concomitante à constituição da família nuclear, do estado nação e da nova organização do trabalho produtivo. O conceito de infância e adolescência é uma invenção própria da sociedade industrial, ligado às leis trabalhistas e ao sistema educacional que torna o jovem dependente dos pais. Como diz Ariès (1986), a especificidade da adolescência foi reconhecida e emergiu com a escolarização, que supõe a separação entre seres adultos e seres em formação, com a família burguesa que separa o espaço familiar do exterior e com a progressiva exclusão da criança do mundo do trabalho. Esse processo que se iniciou nas classes sociais mais abastadas estendeu-se para toda a sociedade e se impôs como um modelo que atingiu toda a organização social.

E Bock (2007, p.68) se refere à adolescência como sendo:

[um] período de latência social constituída a partir da sociedade capitalista gerada por questões de ingresso no mercado de trabalho e extensão do período escolar, da necessidade do preparo técnico. Essas questões sociais e históricas vão constituindo uma fase de afastamento do trabalho e o preparo para a vida adulta. As marcas do corpo, as possibilidades na relação com os adultos vão sendo pinçadas para a construção das significações.

Dessa forma, a adolescência é uma das criações da sociedade industrial, uma construção histórica da classe burguesa, onde se definiu um espaço de tempo onde não se é mais criança sem, no entanto, ser considerado adulto.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade, definido com base no desenvolvimento biológico, ou seja, desde o início da puberdade até o completo amadurecimento sexual e reprodutivo.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8069/1990, “Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”.

Além disso, prevê que:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Ainda, que:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

No artigo citado o ECA reafirma a Constituição da República Federativa do Brasil, que em seu artigo 227, estabelece que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Para autores como Maciel (2002, p.123), a família é uma instituição social que independente das variantes de desenhos e formatações da atualidade, e segundo Carvalho (1997, p.118) “se constitui num canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais”.

A família, então, pode ser considerada uma instituição social, onde ocorre a socialização de seus membros. Segundo Mioto (1997, p.128):

[...] a família é uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a sociedade na qual está inserida. Isto requer compreender os diferentes tipos de famílias, em diferentes espaços de tempo e lugar pensar a família numa perspectiva de mudança, deixando de lado os modelos convencionais.

Ainda de acordo com a autora,

[...] a família pode ser definida como núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida. (Mioto, 1997, p.87).

Para Draibe (1994) a família se constitui em uma unidade de renda e consumo, haja vista que esta é responsável por auferir ganhos suficientes para seu provimento. Para Martino (1991) *apud* Lima (2005), “a tendência ideológica do projeto político-econômico neoliberal é fazer da família uma unidade econômica e política, de resolução dos problemas (...) operando soluções familiares e diminuindo sua dependência dos serviços coletivos”. Assim, a família é responsabilizada pelas adolescentes, e se essa não responde suas demandas o Estado é chamado a atuar.

Conforme Ribeiro (2001) *apud* Mioto (2005):

Adolescentes provenientes de famílias disfuncionais, pobres, de pouca instrução e cujas mães tiveram precocemente seu primeiro filho, correm um risco maior de engravidar. Ainda, famílias com história de violência, abuso de drogas e doença crônica dos pais podem predispor as adolescentes a uma relação sexual prematura (RIBEIRO, *apud* MIOTO, 2005, p.133).

Percebe-se então, que um dos motivos para a gravidez na adolescência ser rechaçada não é o período em que ela acontece, e sim as condições que as adolescentes têm para suprir suas necessidades e as do bebê. Esta adolescente não é protegida pelo Estado, o qual não dá

conta de suprir essa demanda, responsabilizando a família e a sociedade civil, tendo em vista que não direciona recursos suficientes para este público. Este não contribui diretamente para com o Estado, já que devido a idade e a outros fatores socioeconômicos, grande parcela das adolescentes não possui vínculo com a Previdência Social. Assim, quando provenientes de camadas populares, demandam da assistência social, exigindo respostas do Estado para sua situação socioeconômica. Ou seja, não é a idade da adolescente que está em questão, e sim sua capacidade de suprir suas necessidades e as do bebê.

De acordo com Castro (2008, p. 125):

Cabe lembrar que a faixa de idade hoje considerada precoce para a gravidez foi, durante muitas décadas, no Brasil, a mais adequada para se ter filhos. Como os casamentos ocorriam muito cedo e muitas meninas se viam como esposas tão logo se tornavam “moças”, a reprodução num contexto conjugal começava cedo. As diferenças em relação à atualidade estão no caráter majoritariamente “ilegítimo” das gestações nessa idade e no fato de que hoje se espera que as meninas invistam em outros campos da vida durante a adolescência. A “modernização” da sociedade brasileira, a crescente urbanização, a maior disponibilidade de métodos contraceptivos, a expansão da escolaridade e a grande mudança ocorrida em relação a valores culturais são alguns dos fenômenos que podem explicar essas alterações nas expectativas depositadas pela sociedade sobre os jovens.

A sociedade espera que as adolescentes estudem, trabalhem, e invistam em outras áreas tidas como legítimas, sem, no entanto levar em consideração o desejo delas, e as diferentes oportunidades as quais as mesmas têm acesso.

Tal expectativa, aliada aos custos e investimentos exigidos do Estado, além de outros fatores, suscita a ideologia de que a gravidez que ocorre na adolescência não é desejada. No entanto confunde-se desejo com planejamento. É importante enfatizar que:

alguns autores têm analisado criticamente esta posição que ao assumir a priori a gravidez que ocorre na adolescência como não desejada, assume um discurso prescritivo e normativo, subestimando os motivos identificados pelas próprias adolescentes e valorizando o discurso bio-naturalista¹⁴ como o “verdadeiro”. (CARAMANO, 1996, p.20).

14 “O termo 'bio-naturalista' refere-se à perseverança do legado da concepção naturalista, especialmente da concepção biológica ao tratarmos da adolescência, principalmente na área da saúde. A adolescência é considerada um processo principalmente biológico que transcende a área psico-social e constitui um período durante o qual se inicia e se busca aperfeiçoar a “maturidade” da personalidade, o sentido de identidade, a capacidade de abstração e, como resultado de tudo isto, a adaptação harmônica ao meio ambiente e familiar. Ao enfatizar-se o caráter biológico da adolescência, esvazia-se e empobrece-se toda a possibilidade de articulação do conceito de adolescência com o contexto de suas determinações sociais e/ou culturais, visto que de um lado se universaliza, subrepticiamente, a noção relativa de adolescência, de outro, se estabelece uma abertura através da qual transita um processo complementar, quase imperceptível, de saturação biológica de um conceito cuja natureza é essencialmente sócio-psicológica”. (Reis, 1993:22-23, *Apud* BORGES, Renata. 1999).

O debate sobre a gravidez na adolescência vem sendo discutido no contexto nacional principalmente por aqueles engajados na luta por direitos sexuais e reprodutivos. O Ministério da Saúde (2008) define os direitos sexuais e os direitos reprodutivos como direitos humanos reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Sendo um direito humano, as adolescentes também são contempladas.

Em relação aos direitos reprodutivos, as adolescentes têm o direito de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Também têm direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos, e suas escolhas devem ser respeitadas.

Já os direitos sexuais referem-se ao direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a). Escolher o(a) parceiro(a) sexual; viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; também de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; escolher se quer ou não quer ter relação sexual; expressar livremente sua orientação sexual, seja ela heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.

Além disso, são direitos sexuais ter relação sexual independente da reprodução e direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação; direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Tendo em vista os direitos sexuais e reprodutivos, percebemos que muitas vezes estes não são respeitados. As adolescentes têm o direito de escolher se querem ou não ter filhos, direito à informação, entre outros, no entanto não são protegidas e respeitadas em sua decisão, já que não tem apoio do Estado no cumprimento dos seus outros direitos fundamentais, como a alimentação, moradia, saúde, entre outros.

Assim, surgem os conflitos e é onde as adolescentes podem sofrer discriminação. Segundo Bobbio (2004), conflito é “uma forma de interação entre indivíduos, grupos, organizações e coletividades que implica choques para o acesso à distribuição de bens escassos”. Sendo que nas situações abordadas o conflito é visível quando a adolescente em questão provém de camadas populares, e não possuem recursos suficientes para arcar com todos os gastos resultantes de uma gravidez, necessitando fazer uso da assistência social e de outras políticas públicas.

3.2 Analisando os dados obtidos

Conforme mencionado na introdução deste trabalho, a pesquisa foi realizada a partir de dados obtidos nos materiais produzidos durante o estágio e tem como objetivo identificar a rede de proteção social acessada pelas adolescentes gestantes e puérperas do município de Florianópolis, atendidas na Maternidade do HU. As entrevistas seguiram um roteiro que elaboramos juntamente com a supervisora de campo, conforme referido anteriormente.

Tabela 1 – Idade das adolescentes entrevistadas

IDADE	NÚMERO	PERCENTAGEM
17	8	40%
16	9	45%
15	1	5%
14	2	10%
Total		100%

Elaborado por: Paolla Santiago Silva.

Fonte: Silva, 2009. Entrevistas realizadas durante o estágio curricular obrigatório.

As adolescentes entrevistadas estavam na faixa dos 14 aos 17 anos, sendo que, conforme a tabela 1, a faixa de idade predominante é entre 16 e 17 anos, totalizando 85% das entrevistadas.

De acordo com a Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002, o novo código civil, existem algumas condicionantes para as adolescentes que querem casar. Conforme o art. 1.517, “o homem e a mulher com dezesseis anos podem casar, exigindo-se autorização de ambos os pais, ou de seus representantes legais, enquanto não atingida a maioridade civil”. E o art. 1.520 prevê que “excepcionalmente, será permitido o casamento de quem ainda não alcançou a idade núbil (art. 1517), para evitar imposição ou cumprimento de pena criminal ou em caso de gravidez”. Assim sendo, as adolescentes gestantes e puérperas que assim desejarem podem casar-se no regime civil.

Tabela 2 – Situação civil das adolescentes entrevistadas

SITUAÇÃO CIVIL	NÚMERO	PERCENTAGEM
Casada	1	5%
União Consensual	12	60%
Solteira	7	35%
Total		100%

Elaborado por: Paolla Santiago Silva.

Fonte: Silva, 2009. Entrevistas realizadas durante o estágio curricular obrigatório.

Analisando a tabela 2, percebemos que a maioria das adolescentes vivem em regime de união consensual com seus companheiros, totalizando 60% das adolescentes entrevistadas. Sendo esta decisão hoje admitida legalmente, conforme estabelece o Novo Código Civil de 2002, em seu artigo 1.723, que versa que “é reconhecida como entidade familiar a união estável entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família”.

Não é possível auferir dos dados reunidos o tempo que estas adolescentes vivem em união consensual com seus companheiros, haja vista que as entrevistas realizadas durante o período de estágio não tinham este objetivo. No entanto a legislação é subjetiva quanto ao tempo considerado uma “relação contínua e duradoura”, fazendo com que envolva a noção de tempo de cada pessoa.

Tabela 3 – Com quem residem

COM QUEM RESIDE	NÚMERO	PERCENTAGEM
Mãe	5	25%
Companheiro e Sogra	2	10%
Companheiro e outros	1	5%
Companheiro	11	55%
Outros	1	5%
Total		100%

Elaborado por: Paolla Santiago Silva.

Fonte: Silva, 2009. Entrevistas realizadas durante o estágio curricular obrigatório.

Das adolescentes entrevistadas 55% referiram residir com seus companheiros, enquanto 25% disseram que residiam com suas mães. Com o companheiro na casa da sogra, residem 10% das adolescentes, e com o companheiro e outras pessoas, reside 1 adolescente, correspondendo a 5% das adolescentes pesquisadas, sendo que essas pessoas eram a irmã, cunhado e sobrinhos da adolescente. E 1 delas não reside com nenhuma das opções apresentadas, e sim com suas primas, o que corresponde a 5% das adolescentes pesquisadas.

Percebemos que a maior parte das adolescentes vão morar com seus companheiros – seja apenas com eles ou junto com outras pessoas, e antes ou depois da gestação – correspondendo a 70% das entrevistadas. Também um número significativo de 25% das entrevistadas permanecem morando com suas mães. A família continua sendo uma importante referência e apoio para as adolescentes, totalizando 40% delas, se considerarmos o conceito

ampliado de família¹⁵.

Tabela 4 – Número de filhos

ADOLESCENTES	FILHOS	PERCENTAGEM
19	Primíparas ¹⁶	95%
1	Múltiparas ¹⁷	5%
Total		100%

Elaborado por: Paolla Santiago Silva.

Fonte: Silva, 2009. Entrevistas realizadas durante o estágio curricular obrigatório.

Percebe-se que 95% das situações analisadas as adolescentes eram primíparas, e apenas 1 delas era múltipara.

Isto pode significar que após a adolescente ter o primeiro filho ela recebe diversas orientações da rede de proteção social, e orientações sobre planejamento familiar. Este é abordado na Constituição Federal de 1988 com o seguinte texto:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Nas consultas médicas realizadas na rede básica de saúde, as adolescentes devem receber orientações sobre a prevenção de gestações indesejadas. Em relação ao HU elas recebem estas informações da equipe de enfermagem, e algumas vezes também pelo Serviço Social. Os métodos definitivos não são utilizados nas adolescentes.

O Serviço Social e a Psicologia trabalham com as adolescentes gestantes e puérperas, no sentido de elas refletirem seus desejos em relação à filhos, e as diversas situações necessárias ao seu desenvolvimento saudável.

Em relação ao local de moradia das adolescentes, as entrevistadas distribuam-se

15 Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. Entende-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família, e por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica. Consideram-se como famílias conviventes as constituídas de, no mínimo, duas pessoas cada uma, que residam na mesma unidade domiciliar (domicílio particular ou unidade de habitação em domicílio coletivo) (PNAD 1992, 1993, 1995, 1996). Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 28 de novembro de 2009.

16 De acordo com o Dicionário Michaelis Português, primípara diz-se da fêmea que teve ou vai ter o primeiro parto.

17 De acordo com o Dicionário Michaelis Português, múltipara refere-se à mulher que já teve vários partos.

conforme o Quadro 2:

Quadro 2: Local de Moradia

Bairro:	Qtde.
Agronômica	2
Campeche	1
Canasvieiras	1
Caieira da Barra do Sul	1
Carianos	1
Inglese	4
José Mendes	1
Itacorubí	1
Pantanal	1
Rio Tavares	2
Saco Grande	1
Serrinha	1
Tapera	1
Trindade	2
Total:	20

Elaborado por: Paolla Santiago Silva

Fonte: Silva, 2009. Entrevistas realizadas durante o estágio curricular obrigatório.

Os Centros de Saúde são agrupados por Distritos Sanitários. Estes tem como principal função o gerenciamento da rede a nível regional. Atualmente consta o número de 5 Distritos Sanitários, que foram implantados no ano de 2002. Conforme consta no site da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis¹⁸, os Distritos Sanitários são compostos por 1 coordenador regional, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1 auxiliar administrativo. Os Distritos Sanitários são compostos pelos Centros de Saúde, e o Quadro 4 ilustra os que foram acessados pelas adolescentes, além do horário de funcionamento, e as especialidades contempladas:

Quadro 3: Centros de Saúde acessados pelas adolescentes

Centro de Saúde:	Horário de Funcionamento:	Especialidades:	Nº de Adolescentes
-------------------------	----------------------------------	------------------------	---------------------------

Agronômica	Das 8h às 12h e das 13h às 22h	Clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, enfermeiro, preventivo do câncer, psicólogo, pediatria.	2
Campeche	Das 8h às 12h e das 13h às 17h	Clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, enfermeiro, psiquiatria, psicólogo.	1
Canasvieiras	Das 7h às 19h	Clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, enfermeiro, pediatra, rede docente assistencial, preventivo do câncer, psiquiatria, ginecologista, fonoaudiólogo.	2
Carianos	Das 8h às 12h e das 13h às 17h	Clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, enfermeiro, preventivo do câncer, pediatria, rede docente assistencial.	1
Inglese	Das 8h às 12h e das 13h às 22h	Clínica geral, pediatria, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, preventivo do câncer, rede docente assistencial, psicólogo, ginecologista.	3
Itacorubi	Das 8h às 12h e das 13h às 17h	Clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, enfermeiro, preventivo do câncer, nutricionista, acupunturista.	1
Pantanal	Das 7h30 às 12h e das 13h às 17h	Clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, enfermeiro, Programa Capital Criança, psiquiatria, psicólogo, pediatria.	1
Prainha	Das 8h às 12h e das 13h às 17h	Clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, enfermeiro, pediatria, psicólogo, ginecologista, fonoaudiólogo.	1
Rio Tavares	Das 8h às 12h e das 13h às 17h	Clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, enfermeiro, preventivo do câncer, psicólogo, rede docente assistencial, pediatria.	1
Saco Grande	Das 8h às 12h e das 13h às 22h	Clínica geral, básico de enfermagem, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, enfermeiro, preventivo do câncer, ginecologia, rede docente assistencial, odontologia, psicólogo, nutricionista.	1
Tapera	Das 8h às 12h e das 13h às 17h	Clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, enfermeiro, preventivo do câncer, psicólogo,	2

		nutricionista.	
Trindade	Das 7h às 19h	Clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, enfermeiro, preventivo do câncer, psicólogo, pediatria, psiquiatria.	3

Elaborado por: Paolla Santiago Silva.

Fonte: Elaborado a partir de informações pesquisadas na internet. Disponível em: <http://www.guiafloripa.com.br/utilidades/centrosdesaude.php>. Acesso em 15 de novembro de 2009.

Podemos observar que, de acordo com o quadro acima, que o Programa Capital Criança está presente em 100% dos Centros de Saúde. Isto não ocorre com o teste do pezinho, a vacinação e a especialidade médica de pediatria. Da mesma forma a rede docente assistencial não abarca todas as localidades de residência das adolescentes atendidas.

Quando a especialidade que a adolescente necessita não está presente no Centro de Saúde próximo à sua residência, a adolescente é encaminhada para outro Centro que tenha a especialidade necessária.

Em relação à escolaridade das adolescentes, constatamos que 55% das adolescentes pararam de estudar devido à gestação, enquanto 15% delas já haviam abandonado os estudos antes de engravidar e apenas 20% delas acessaram a licença gestação. Das adolescentes que pararam com os estudos devido à gestação (11 adolescentes), apenas 1 conhecia este direito, mas optou por parar e recomeçar os estudos no ano subsequente à gestação.

Com base na problematização exposta, partiremos para as considerações finais deste trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo possibilitou maior compreensão acerca da proteção social para adolescentes gestantes e puérperas, no município de Florianópolis. Permitiu identificar que existem legislações que abarcam a temática, e que se cumpridas, podem sim garantir a proteção social. No entanto demonstrou que essas adolescentes nem sempre conhecem esses direitos, ou são informadas sobre eles, e ainda, muitas vezes não têm acesso à estes.

Em relação ao lócus de estágio, onde se realizou as entrevistas com as adolescentes, tendo como objetivo o projeto de intervenção realizado nos estágios obrigatórios I e II, e a produção de material para ser utilizado posteriormente neste presente trabalho de conclusão de curso, concluímos que na realidade, o que ocorre, em relação às adolescentes consiste num trabalho multidisciplinar, que corresponde ao trabalho realizado por diferentes profissionais, no entanto cada um atuando conforme sua profissão. Diferentemente do trabalho interdisciplinar, que pressupõe um trabalho comum à diversas disciplinas / áreas de atuação.

Diante disto, o Serviço Social, como uma profissão inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho, deve intervir com vistas a promover a participação ativa destas usuárias aos direitos expressos voltados ao atendimento destas, com o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional, conforme explicitado nos princípios éticos fundamentais do Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais.

Considerando a necessidade de inserção numa rede de proteção social que supra suas necessidades, a adolescente gestante e puérpera muitas vezes se vê diante de uma rede fragmentada, gerida por um Estado negligente, que não dá conta de garantir a proteção social, que é um Estado Mínimo para o social, onde as adolescentes precisam contar com outras redes de proteção, como a família. Contam com o apoio de seus pais, pais dos seus companheiros e com os companheiros, o qual percebeu-se que estão presentes na maioria das vezes, assumindo a paternidade e auxiliando-nas com os cuidados do bebê. Diferentemente do que costuma-se pensar, a maioria das adolescentes entrevistadas vivem em união consensual com seus companheiros e residem juntamente com esses. Também, nas entrevistas realizadas no período de estágio, foi expressiva a presença dos companheiros das adolescentes como acompanhantes no período de internação.

Em relação à rede de proteção social formada pela saúde, educação e assistência social,

a adolescente, por sua condição de ser em desenvolvimento, recebe atenção especial do Estado em diversas legislações, no entanto se faz necessário que essas sejam efetivadas para realmente garantir a proteção social. Isso pode ser possível através de uma educação pautada nos direitos e que busque suscitar no educando a consciência crítica, para que este possa lutar pela efetivação de seus direitos. Também, além da efetivação, faz-se necessário a garantia do acesso à essas políticas públicas.

Em relação à saúde, percebemos que o atendimento às adolescentes, na maternidade, ocorrem em sua maioria, pela equipe de enfermagem e medicina. Já o serviço social, nesta área, atua na socialização de informações e na garantia de direitos, fazendo uso do encaminhamento e da informação. Já nos outros ambientes, como por exemplo durante o pré-natal e no puerpério, as adolescentes são atendidas pela rede básica de saúde, e nesta, por sua equipe multiprofissional, conforme sua necessidade.

No âmbito da educação, percebeu-se que o serviço social pode atuar na informação e na prevenção. No entanto, se este estiver inserido em espaços como escolas e / ou onde tenha contato com essas adolescentes. No âmbito da maternidade isto é possível quando a adolescente é gestante. No entanto, havendo a inserção do serviço social no âmbito escolar, o assistente social tem a possibilidade de desenvolver projetos e ações, junto a outros profissionais, que visem a prevenção de uma gravidez indesejada; esclareçam direitos e deveres das adolescentes; possibilitem o acesso às diversas políticas; e acionar a rede de proteção social da adolescente. Esta inserção do assistente social na escola é dada pelo Projeto de Lei da Câmara nº 060/2007¹⁹, que dispõe sobre a “prestação de serviços de psicologia e de assistência social nas escolas públicas de educação básica”, o qual assim que aprovado, ampliará a área de atuação do assistente social.

Já na área da assistência social, o serviço social tem papel de destaque, e deve atuar na garantia dos direitos fundamentais da adolescente, orientando e encaminhando para a rede de proteção social, para que ela acesse tais direitos. No entanto, percebeu-se que grande parte das adolescentes desconhece seus direitos. Diante disto, o Serviço Social, como uma profissão inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho, deve intervir com vistas a socializar essas informações aos usuários, tendo como compromisso a qualidade dos serviços prestados à população, visando o acesso a estes direitos.

Tendo em vista a necessidade de estar inserida numa rede de proteção social, que

19 O PLC 60/2007 pode ser acessado através do endereço: <http://www.cress-sc.org.br/servicos/noticias/noticiadetalhada.php?key=3706>

vislumbre suas necessidades, a adolescente, por vezes se vê diante de uma rede de serviços fragmentada, gerida por um Estado negligente e residual, marcado historicamente por ser um Estado Mínimo para o social, mediando concessões com um viés regulador. Também dificulta o acesso, como forma de minimizar a concessão de benefícios. Iamamoto (1999, p. 113) aponta que “[...] um dos maiores desafios que o Serviço Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalhos criativas e capazes de preservar e efetivar, a partir de demandas do cotidiano.” Assim, o assistente social deve ser um profissional propositivo e comprometido com as demandas dos usuários, para que este acesse seus direitos fundamentais.

Buscamos com este trabalho decifrar um pouco da realidade das mães adolescentes, e constatamos que ela não está totalmente protegida pelo Estado, contando, por vezes, com o apoio familiar. No entanto, faz-se necessário a efetivação dessas políticas públicas para as adolescentes gestantes e puérperas, por parte do Estado, através de políticas sociais não discriminatórias, inclusivas, integrais e equitativas.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Segunda edição. Rio. Editora Guanabara, 1981.

ASSUMPÇÃO, PFS. **A Integralidade em saúde e o Serviço Social**. Dissertação de mestrado em Serviço Social. UFSC: PPGSS. Florianópolis, 2007.

BEHRING, ER. BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 2ª edição. Cortez editora, 2007.

BILLAR, AZ. **O Serviço Social e as demandas das famílias dos recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Neonatologia da Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BOBBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 12ª edição. Brasília: UnB, 2004.

BOCK, AMB. **A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 25/08/2009.

BORGES, R. **Gravidez na adolescência e reconhecimento social: estudo de caso entre adolescentes grávidas no bairro Saco Grande/Monte Verde, zona urbana de Florianópolis, SC**. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política), Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. Mimeo.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 05 de outubro de 1988. Alexandre de Moraes (Org.). – 23. ed. – São Paulo: Atlas, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em 26 de setembro de 2009.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente**: disposições constitucionais pertinentes: lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. - 6. ed. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005.

_____. **Lei 8080/1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>> Acesso em: 17 de setembro de 2009.

_____. **Lei 8142/1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível

em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm> Acesso em 17 de setembro de 2009.

_____. Ministério da Justiça. Código civil brasileiro. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.mj.gov.org/sal/codigo_civil/indice.htm>. Acesso em 12 de setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção integral à saúde de adolescentes e jovens**. Brasília: ASAJ, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru. **Portaria nº 693/GM**, 05 julho 2000. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/rec-n/GM_P693_00rec_n.doc>. Acesso em: 11 de outubro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Institui o Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. **Portaria nº 2883**, 04 de junho de 1998. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P2.883_98obst.doc> Acesso em 20 de novembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** – Brasília: 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Marco Legal – Saúde, um direito de adolescentes**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Normas básicas para Alojamento Conjunto**. Brasília:1993.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>> Acessos em: Agosto, Outubro e Novembro de 2009.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Promulga a Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 29 de outubro de 2009.

_____. Presidência da republica. **Lei Orgânica da Assistência Social, nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**, publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993.

BRAVO, MIS (org). **Política social e democracia**. 2ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CASTRO, JA; AQUINO, L. (Org.) **Juventude e Políticas Sociais no Brasil**. IPEA, 2008

CARVALHO, MCB. **A Priorização da Família na Agenda da Política Social**. In

KALOUSTIAN, Sílvia M. (org.) **Família Brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, Brasília: UNICEF, 1997.

CHUPEL, CP. **Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis**. Dissertação de mestrado em Serviço Social. UFSC: PPGSS. Florianópolis: UFSC, 2008.

CAMARANO, AA. **Gravidez na Adolescência**. In: *Como Vai? População Brasileira*. Brasília. DF. IPEA. Ano I, N4, 1996.

COUTINHO, CN. **Gramsci: Um Estudo sobre seu Pensamento Político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

COELHO, RCHA. SANTOS, EKA. TAVAR, AM. **Programa Capital Criança: resgatando a cidadania**. Florianópolis: Insular, 2004.

DRAIBE, SM. **Por um Reforço da Proteção à família: contribuição à reforma dos programas de assistência social no Brasil**, In KALOUSTIAN, Sílvia Manoug (org). *Família Brasileira: a base de tudo*. São Paulo, Cortez, 1994.

_____. **As Políticas Sociais nos Anos 1990**. In BAUMANN, Renato (org.) *Brasil: uma década em transição*. Rio de Janeiro: Campus-CEPAL, 1999.

FREYRE, G. **Casa Grande e Senzala**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1963.

GIL, AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, AS. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. In: *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63, abril 1995.

IAMAMOTO, MVA. **Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

LAMARE, Thereza de, SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo. In: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100016&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 08 de outubro de 2009.

LANGER, M. **Maternidade e Sexo**. Tradução de FOLBERG, MN. UFRGS, 2ª ed. Artes médicas, Porto Alegre, 1986.

LUCHESE, PTR. **Políticas Públicas em Saúde**. São Paulo, 2004. Biblioteca Virtual em Saúde Pública Brasil. Disponível em: <[http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=\(*\)*\(introduction/\(channel\)\)](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=(*)*(introduction/(channel)))> Acesso em: 7 de agosto de 2009.

MACIEL, CAB. **A Família na Amazônia: Desafios para a Assistência Social**. *Revista Serviço Social e Sociedade* v. 71, São Paulo: Cortez, 2002.

MARTIN, C. Os Limites da Proteção da Família. *Apud* LIMA, EM. **A Proteção Social no Âmbito da Família**: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis. Dissertação de Mestrado. DSS/UFSC. Florianópolis: 2006.

MARTINO (1991) LEM. **A família em questão**. Dissertação de mestrado em Serviço Social. DSS/UFSC, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MIOTO, RCT. **A maternidade na adolescência e a (des)proteção social**. Revista Serviço Social e Sociedade n. 83. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Família e serviço social, contribuições para o debate**. Revista Serviço Social e Sociedade n.55. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. **Família e Política Social**. In: BOSCHETTI, I. et al. **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo: Cortez – CAPES, 2008. pp. 130-148.

MIOTO, RCT; NOGUEIRA, VMR. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A . E. et al. **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Ed. Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

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

NUNES, C. SILVA, E. **Sexualidade(s) Adolescente(s)**. Florianópolis, Ed. Sophos, 2001.

PAIVA, BA. **A Política de Financiamento da Assistência Social**: a Imprecisa Tradução da LOAS. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____. **Assistência Social e Política Social no Brasil** – configuração histórica, contradições e perspectivas. Revista Katálýsys, UFSC, 1999.

PEREIRA, PAP. Estado, regulação social e controle democrático. *In*: BRAVO, MIS (org). **Política social e democracia**. 2ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

_____. **Necessidades Humanas**: Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 5ª Edição. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Pluralismo de Bem-Estar ou Configuração Plural da Política Social sob o Neoliberalismo**. In: BOSCHETTI, I et. all (orgs). **Política Social**: Alternativas ao Neoliberalismo. Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, UNB, 2004.

REZENDE, ALM. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

RODRIGUES, Daniel Gustavo Oliveira Colnago; FERREIRA, Luiz Antônio Miguel. **Gravidez na adolescência e direito à educação**. A licença-gestante para estudante. Jus Navigandi, Teresina, ano 12, n. 1894, 7 set. 2008. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=11696>>. Acesso em: 08 out. 2009

ROLAND, MIF. **“A Construção do Problema da Gravidez na Adolescência: Estudo de Caso sobre o Campo Institucional da Central de Gestante, em Piracicaba, SP”** Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 1994.

ROMAN, A. **“Responsabilidade social das empresas: um pouco de história e algumas reflexões”**. Acesso em: 20 de dezembro de 2009. Disponível em: http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_fae_business/n9/11_rs_empresas.pdf

SALES, LMF. **Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos**. São Paulo, 2005.

SALES, MA; MATOS, MC de; LEAL, MC (org). **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SARMENTO, HBM. **Repensando os Instrumentos em Serviço Social**. In: STOCKINGER, Sílvia da Costa (org). Textos de Teoria e Prática de Serviço Social. V. I, Belém, Ed. Amazônia/UFPA, 2005.

SILVA, PS. Anotações da disciplina: **Serviço Social e Política Social: Padrões Atuais de Proteção Social (DSS5124)**. Curso de Serviço Social. Florianópolis, UFSC, 2007. Não publicado.

SILVA, PS. **Plano de Estágio Curricular Obrigatório I**. Curso de Serviço Social. Florianópolis, UFSC, 2009a. Não publicado.

SILVA, PS. **Relatório de Estágio Curricular Não-Obrigatório I**. Curso de Serviço Social. Florianópolis, UFSC, 2008a. Não publicado.

SILVA, PS. **Relatório de Estágio Curricular Não-Obrigatório II**. Florianópolis, 2008b. Não publicado.

SILVA, PS. **Relatório de Estágio Curricular Obrigatório I**. Florianópolis, 2009b. Não publicado.

SILVA, PS. **Relatório de Estágio Curricular Obrigatório II**. Florianópolis, 2009c. Não publicado.

UNICEF. Hospital Amigo da criança. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/ListaIHAC_Brasil.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Página

Inicial. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 05 de setembro de 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Página Inicial. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 10 de novembro de 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Página Inicial. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 02 de setembro de 2009.

_____. **Maternidade do Hospital Universitário: Atendimento Humanizado ao Parto e Nascimento**. Florianópolis, [s.d.].

ANEXOS

ANEXO 1: Ofício para o Serviço Social da Maternidade do HU

Florianópolis, 16 de setembro de 2009
À Assistente Social Mariana Silveira Barcelos (HU/UFSC)

Sr^a Assistente Social,

Venho por meio deste oficializar meu pedido, conforme havíamos conversado pessoalmente e por ligação telefônica, para análise de documentação que elaborei durante meus estágios realizados no Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Tal documentação consiste em entrevistas e estudos sociais elaborados durante os anos de 2008 e 2009, com adolescentes gestantes e puérperas, do município de Florianópolis.

O objetivo de meu Trabalho Acadêmico é levantar dados que me possibilitem identificar a rede de proteção social acessada por estas adolescentes, entre outros dados que comprovem a desproteção destas. Para tanto eu e minhas orientadoras traçamos um universo de pesquisa que julgamos capaz de atingir nosso objetivo.

Desta forma venho solicitar a autorização para que eu possa fazer a análise dos dados coletados. Desde já esclareço que tal trabalho irá manter em sigilo o nome das adolescentes, assim como qualquer dado que possa identificá-las.

Também comprometo-me a entregar uma cópia do meu Trabalho de Conclusão de Curso para o Serviço Social da Maternidade, local este onde realizei meu estágio.

Certa de sua colaboração, desde já agradeço,

Paolla Santiago Silva
Matrícula 06116029
Acadêmica de Serviço Social

Maria Manoela Valença
Assistente Social Orientadora
CRESS/SC n. 3951

Patrícia Freitas Schemes Assumpção
Assistente Social Co-orientadora
CRESS/SC n. 4144

ANEXO 2: Modelo da entrevista realizada com as adolescentes gestantes e puérperas

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

- Nome:
- Idade:
- Situação Civil:
- Nome do(a) cônjuge / pai (do recém nascido):
- Filhos (idade dos filhos):
- Nº de gestações:
- Procedência / Endereço:
- Com quem reside:
- Como veio para o HU:

ASPECTOS SOCIAIS

- Profissão / Trabalho:
- Tipo de vínculo empregatício:
- Condição na Previdência Social:
- Escola, turno, série (Se houve abandono escolar, qual o motivo):
- Recebeu orientações sobre a licença gestação para estudantes?:

ASPECTOS DA REDE

- Acessa os serviços da UBS local? (Se “não”, quais os serviços de referência?):
- Onde realizou o pré-natal:
- Número de consultas pré-natal:
- Utiliza medicação de uso contínuo? Como adquire?:
- Recebe visitas domiciliares sistemáticas dos profissionais da saúde?:

ASPECTOS DA REDE

- Ficará com acompanhante? Quem?:
- Recebe visitas sistemáticas? De quem?
- No pós alta alguém auxiliará nos cuidados com o bebê? Quem?:
- Contato telefônico:

ORIENTAÇÕES

- Procedimentos para o registro de nascimento.
- Direitos previdenciários dos pais (licenças maternidade e paternidade, quando compete).
- Benefício auxílio-natalidade (quando compete).
- Direito a alimentação para acompanhante.
- Acesso a medicamentos.
- Se a mãe não puder amamentar, orientações sobre a aquisição de fórmula para recém nascido.
- Encaminhamentos para recursos sociais e comunitários (quando compete).
- Analisar cada situação específica, verificando os acessos aos serviços que a adolescente e sua família tem direito.