

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

VIRGÍNIA CAROLINY SILVA ALEXANDRE

**GÊNERO E MATERNIDADE: AS REPERCUSSÕES DA GRAVIDEZ NA
VIDA DE MULHERES**

**FLORIANÓPOLIS
2004**

VIRGÍNIA CAROLINY SILVA ALEXANDRE

GÊNERO E MATERNIDADE: AS REPERCUSSÕES DA GRAVIDEZ NA VIDA DE MULHERES

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

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Teresa Kleba Lisboa.


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 06/12/04

FLORIANÓPOLIS
2004

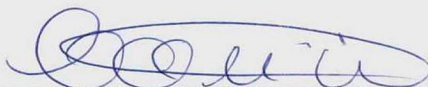
VIRGÍNIA CAROLINY SILVA ALEXANDRE

GÊNERO E MATERNIDADE:
AS REPERCUSSÕES DA GRAVIDEZ NA VIDA DE MULHERES

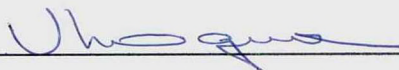
Trabalho de Conclusão do Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.



Prof^a Teresa Kleba Lisboa
(Orientadora)



Prof^a Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão
(1^o Examinadora)



Prof^a Vera Maria Ribeiro Nogueira
(2^o Examinadora)

Florianópolis, Dezembro de 2004.

Dedico este trabalho aos meus queridos
pais, Conceição e Jaime.

Às minhas irmãs, Peta (em memória),
Mana, Susa, Malon e Taninha.

Em especial ao meu amado esposo
Marcelo.

E a todas as mulheres do mundo...

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, Conceição e Jaime, por todo esforço e dedicação.

Às minhas irmãs Fátima (em memória), Angela, Ana Lúcia, Marion e Tânia pela força e afeto.

Ao meu esposo Marcelo pelo incentivo, carinho, amor, pelas trocas de idéias e pelo aconchego.

À Família de Dona Verônica e Seu José pela amizade e apoio.

A toda “Grande Família”, representada pela minha querida Vó Lídia.

Aos Amigos e as Colegas de turma Elaine, Joisiane e Janine pelos momentos incansáveis de busca do conhecimento.

A todas as mulheres que fizeram parte deste processo de pesquisa.

A orientadora Professora Teresa Kleba Lisboa.

As Assistentes Sociais da Maternidade Carmela Dutra, Sarita e Cida.

E a Deus, por tudo...

RESUMO

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa realizada como parte do Projeto de Atendimento e Acompanhamento às Gestantes de Alto Risco internadas na Maternidade Carmela Dutra. A pesquisa foi realizada num período de dois meses, durante o Estágio Curricular Obrigatório, com o principal objetivo de conhecer as repercussões da gravidez na vida das mulheres internadas, pois observou-se que estas passavam por grandes transformações em suas vidas decorrentes da gravidez como, por exemplo, as limitações à realização profissional. Assim, a pesquisa também propôs conhecer o perfil sócio-econômico através da análise de documentos, neste caso, os prontuários das pacientes, bem como entrevistas semi-estruturadas pautadas de perguntas norteadoras com relação a gravidez e a vida das mulheres. O resultado desta pesquisa está analisado através de gráficos e das “falas das mulheres”, onde podemos constatar que estas se encontram inseridas na sociedade de forma desigual e discriminatória e que a maternidade é colocada às mulheres como algo natural e obrigatório, além da fragilidade que sentem por estarem internadas com gravidez de alto risco e das dificuldades de suprir suas “necessidades de saúde”.

Palavras chave: **Maternidade, Gênero e Saúde da Mulher.**

*“Se não houver frutos,
Valeu a beleza das flores.
Se não houver flores,
Valeu a sombra das folhas.
Se não houver folhas,
Valeu a intenção da semente!”
(autor desconhecido)*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - O Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra	
1 - Contexto Sócio-Institucional da M.C.D.....	4
2 – Programas e Projetos Desenvolvidos pelo Serviço Social na MCD.....	8
3 – As Políticas de Saúde e suas Repercussões.....	11
4 –Mulheres Gestantes de Alto Risco como uma das Interfaces da Questão Social.....	20
5 - O Conceito de Gênero: um alicerce na intervenção junto às mulheres.....	22
CAPÍTULO II – O Projeto junto às Gestantes de Alto Risco e as Repercussões da Gravidez na Vida das Mulheres.	
1 – O Projeto de Atendimento e Acompanhamento junto às Gestantes de Alto Risco Internadas na Maternidade Carmela Dutra.....	25
2 – Conhecendo as Mulheres Gestantes de Alto Risco.....	34
2.1 – O Perfil das Mulheres Atendidas pelo Serviço Social.....	38
2.2 – O Perfil das Mulheres Entrevistadas.....	42
3 – As Repercussões da Gravidez na Vida de Mulheres.....	49
3.1 – “ <i>As Mulheres São Sempre para os Outros e Nunca para Si</i> ”.....	51
3.2 – “ <i>A Criação dos Filhos sobra Quase Sempre para as Mulheres</i> ”.....	54
3.3 – “ <i>Não podíamos ter este filho agora...</i> ”.....	56
3.4 – “ <i>Essa gravidez será um atraso de três anos na nossa vida...</i> ”.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
BIBLIOGRAFIA	67
ANEXO A	72
ANEXO B	73
ANEXO C	74

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso é resultado de uma pesquisa realizada, juntamente com o projeto de intervenção profissional do Estágio Curricular Obrigatório na Maternidade Carmela Dutra (MCD), num período de dois meses.

Ao estudar e intervir nas situações vividas pelas mulheres internadas com gestação de alto risco nos remetemos a um leque de diversidades e de questões interligadas. Tais questões são provenientes das formas como se reproduz a vida em sociedade no contexto das relações de poder e nas relações entre capital e trabalho.

As mulheres encontram-se inseridas nestas relações de forma desigual. Em diversas culturas são colocados à mulher papéis que foram atribuídos ao longo da história. Tais papéis estão relacionados com a possibilidade de gerar filhos, ou seja, à mulher é dada a função de ser mãe e reprodutora.

Dessa forma, a situação vivida pelas mulheres gestantes de alto risco é considerada como uma das interfaces da questão social, uma vez que as mulheres estão inseridas no contexto das relações sociais, de gênero, de classe e de poder.

O sentimento materno existe, mas não é inerente em todas as mulheres. Com relação ao amor materno Badinter (1985) coloca que o mesmo é considerado como um tema sagrado e que por isso fica difícil questioná-lo. A maternidade é dada como obrigação à todas as mulheres, além da condição de “rainha do lar”.

O interesse pela pesquisa realizada despertou porque ao analisar os prontuários de internação das mulheres, a maioria preenchia o quadro da profissão como “do lar”. Isto alçou uma problemática a ser pesquisada que suscitou na hipótese de que as mulheres passavam por

grandes transformações em suas vidas com a gravidez e que uma das principais repercussões é a limitação com relação a realização profissional.

Com isso, percebemos que a designação “do lar” está estreitamente ligada às repercussões da gravidez na vida das mulheres. Assim, a questão a ser estudada se caracterizou em conhecer as repercussões da gravidez na vida destas mulheres dentro do contexto do atendimento à saúde, uma vez que estas estavam internadas com gestação de alto risco.

Nestas condições, a gravidez proporciona mais insegurança, dificuldades e preocupações, pois além das condições econômicas e sociais precárias, as mulheres também passam por um processo de aceitação da gravidez e da condição de ter que ficar internada para tratamento de saúde.

Por isso, as dificuldades que as mulheres enfrentam está relacionada com o contexto em que vivem, com a forma em que as políticas de saúde da mulher atuam, além das condições em que estão inseridas no mercado de trabalho.

Conhecer as repercussões de uma gravidez, desejada ou não, que ocorre na vida de mulheres foi o principal objetivo desta pesquisa, além de conhecer o perfil das mulheres atendidas pelo Serviço Social na unidade de internação de gestantes de alto risco.

Dessa forma, os dados desta pesquisa são importantes para a melhoria do atendimento à saúde da mulher bem como para pesquisas sobre a maternidade e as questões de gênero.

Os instrumentos metodológicos desta pesquisa foram, a análise de documentos e a entrevista, onde o objeto se constituiu nas mulheres gestantes de alto risco internadas na MCD. Na pesquisa qualitativa, se lida com o objeto de estudo enquanto sujeitos, pois esta procura buscar e produzir conhecimento científico na dinâmica das relações sociais.

Segundo Gil (1994, p.42), podemos definir a pesquisa como “o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”, sendo que o objetivo fundamental de uma

pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. Ainda segundo o mesmo autor, "...pode-se, portanto definir pesquisa social como o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social" (Gil, 1994, p.43).

O presente trabalho está organizado em dois capítulos. No primeiro capítulo, contextualizamos a Maternidade Carmela Dutra; as políticas de saúde e as repercussões na instituição, enfatizando a importância do trabalho interdisciplinar bem como o conceito de saúde e o objeto do Serviço Social. No segundo capítulo, resgatamos um pouco do projeto de intervenção na MCD, do qual a pesquisa fez parte; o conceito de gênero aqui entendido como fundamental para o trabalho com mulheres; os métodos da pesquisa; e a análise dos dados obtidos.

O Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra

1 - Contexto Sócio-Institucional da Maternidade Carmela Dutra

A Maternidade Carmela Dutra é uma instituição pública, integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e está localizada na parte insular de Florianópolis.

Por ser caracterizada como uma unidade hospitalar de atenção a saúde da mulher está classificada nos níveis de atendimento e complexidade que, segundo Elias (2001) podem ser de nível primário, secundário e terciário. Estes níveis são respectivamente caracterizados como pequeno, médio e grande porte definidos pelo aspecto tecnológico e especializado que a instituição possui no que se refere ao atendimento.

Assim, os níveis primários de atendimento são as unidades básicas de saúde onde tem-se o primeiro contato com os usuários, é mais próximo da realidade local e possui caráter preventivo; O nível secundário é representado pelas policlínicas, maternidades, hospitais e demais centros de atendimentos à saúde caracterizados como de médio porte, ou seja, de média complexidade; e o nível terciário corresponde a hospitais de alta complexidade, isto é de grande porte que abrange todos os tipos e níveis de atendimentos.

Segundo Elias (2001), o Hospital é um estabelecimento voltado à assistência médica em regime de internação que funciona vinte quatro horas por dia, localizado geralmente em áreas urbanas. Além disso, o hospital apresenta vários graus de incorporação tecnológica para o atendimento aos pacientes e dispõe de equipes de médicos e enfermeiros em regime permanente.

Podemos assim, classificar a Maternidade Carmela Dutra como uma instituição pertencente ao nível secundário de atendimento, pois possui atendimento especializado à saúde

da mulher e do recém-nascido caracterizada como de média complexidade devido ao porte tecnológico que apresenta.

A missão da Maternidade é "promover assistência integral a saúde da mulher e do recém-nascido, desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão através de colaboradores motivados por uma tecnologia efetiva" (MCD).

A história da Instituição começou em 03 de julho de 1955 quando foi inaugurada com o objetivo de prestar atendimento à parturiente e às mulheres com problemas ginecológicos.

A Maternidade Carmela Dutra foi assim chamada em homenagem à esposa do então Presidente da República Marechal Eurico Gaspar Dutra. Na ocasião, era uma entidade de caráter eminentemente social, sendo órgão da Divisão médico-hospitalar do Departamento de Saúde Pública subordinado a Secretaria de Saúde e Assistência Social.

As internações obstétricas e ginecológicas iniciaram em 1956 com 79 leitos, sendo administrada pela Congregação das Irmãs da Divina Providência.

Desde a sua fundação, a Maternidade Carmela Dutra vem direcionando o atendimento à saúde integral da mulher e ao binômio mãe-filho. Os usuários dos serviços são procedentes de todo o Estado de Santa Catarina, em situações de saúde-doença, estando ou não relacionados com o ciclo grávido-puerperal.

Atualmente a instituição dispõe de 117 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal. Nascem aproximadamente 5.000 bebês por ano, sendo responsável por 50% dos atendimentos obstétricos de Florianópolis. O total de atendimento geral é em média 50.000 pacientes por ano.

O Serviço de Neonatologia¹ é referência no Estado de Santa Catarina. Possui sistema de alojamento conjunto com Berçário de Alto Risco e UTI Neo Natal. Dispõe também de alojamento conjunto para as puérperas e seus recém-nascidos, assim como para as gestantes de alto risco.

Com relação ao atendimento ginecológico, a instituição prevê assistência às mulheres que necessitam de cirurgias e consultas ambulatoriais. Na área de oncologia-ginecológica, assume posição de destaque, prestando assistência interdisciplinar humanizada. Constitui-se também um serviço de referência no Estado, com atuação a nível ambulatorial e hospitalar. Atende mulheres portadoras de câncer ginecológico tais como: mama, colo uterino, útero, vulva, ovário, entre outros. O tratamento inclui diferentes formas como: cirurgias, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia.

O Serviço de Ambulatório desenvolve ações nos diferentes níveis, destacando-se: saúde do adolescente, planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, cirurgia, ginecologia, patologia cervical, mastologia², climatério, reprodução humana, oncologia ginecológica e puericultura para os recém-nascidos de alto risco e durante os primeiros anos de vida. Há em média 15 mil atendimentos ambulatoriais por ano.

Possui o Serviço de Medicina Fetal para diagnóstico e tratamento das doenças fetais intra-uterinas, para combater a mortalidade materna e neonatal.

O Serviço de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre o aleitamento materno funciona desde 1979, é responsável pelas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Além das atividades de coleta, processamento, controle de qualidade, estocagem e distribuição do produto (colostró, leite de transição e leite tardio), desenvolve amplo

¹ Neonatologia é um ramo da medicina que se ocupa do diagnóstico e tratamento de doenças de recém-nascidos.

² Mastologia: estudo da mama.

programa assistencial e educativo, de aconselhamento e apoio junto às mães e à comunidade em geral. São atendidas em média 500 mulheres por mês, perfazendo um total de aproximadamente 1000 litros de leite coletados e distribuídos.

Na Maternidade é realizado trimestralmente o curso para "Casais Grávidos", aberto à comunidade em geral e com objetivo de prevenir doenças, viabilizar informações e promover a saúde. Este curso é realizado na perspectiva de incentivar a participação dos homens, desconfigurando a idéia de que gravidez, filhos, família é somente de responsabilidade da mulher. O curso também proporciona um atendimento preventivo e de aprendizagem no que se refere às questões biológicas, psicológicas e sociais da gravidez. O Serviço Social apresenta a estes casais grávidos os direitos dos pais e dos recém-nascidos, além de esclarecimento de dúvidas, do que é o Serviço Social e como este funciona na Instituição.

A cultura de que os filhos são de responsabilidade única da mulher dificulta a participação dos homens, porém as condições de trabalho em que estão inseridos também impedem que esta participação aconteça, pois o curso acontece no período vespertino, horário este onde a maioria dos homens trabalham.

Este curso é um instrumento fundamental para que o atendimento à saúde se materialize de forma integral, proporcionando conhecimento, esclarecimentos e prevenção aos usuários dos serviços. No entanto, é importante colocar que a maior presença ainda é das mulheres.

Em 1992, o Ministério da Saúde reconheceu a Maternidade Carmela Dutra como Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher. Posteriormente em 3 de julho de 1996, recebeu do UNICEF/OMS e Ministério da Saúde o título de Hospital Amigo da Criança, pelo reconhecimento do trabalho de incentivo e proteção ao aleitamento materno.

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, mantém um Programa de Controle e Infecção Hospitalar cuja atuação resultou na obtenção da "Acreditação em Infecção Hospitalar" em julho de 1997, mantendo-o até os dias de hoje.

A Maternidade Carmela Dutra também é reconhecida como uma "Maternidade/Escola", conveniada com a Universidade Federal de Santa Catarina e com outras instituições assistenciais e de ensino, com residência Médica em ginecologia obstétrica, mastologia e neonatologia, além de outros campos de estágio e pesquisas como as áreas de nutrição, enfermagem e Serviço Social.

Vale ressaltar que a Instituição é pública e de responsabilidade do Estado e atende através do Sistema Único de Saúde (SUS), mas ela também dispõe de um posto de enfermagem e apartamentos que atende através de convênios privados.

2 – Os Programas e Projetos Desenvolvidos pelo Serviço Social na MCD.

O Serviço Social na Maternidade é considerado como um serviço de apoio ligado a Gerência técnica que é subordinada ao Diretor Geral. Sendo assim, o Serviço Social divide-se nos atendimentos, de uma forma geral, entre Oncologia e Obstetrícia. Conta com o trabalho de duas Assistentes Sociais que dividem os atendimentos nestas duas áreas citadas anteriormente.

O Serviço Social na Maternidade desenvolve Programas e Projetos para atender a demanda e organizar a intervenção profissional de forma sistematizada. Os Programas de Atendimento Ambulatorial e o de Recepção e Triagem não possuem projetos específicos. A documentação que o Serviço Social possui com relação a estes programas são restritos, por isso não foi possível obter informações mais específicas de cada um.

- Programa de Atendimento Ambulatorial.

Para que um atendimento e acompanhamento possam ser sistematizados às pacientes atendidas no ambulatório, o Serviço Social propõe realizar um trabalho de esclarecimento, orientação e encaminhamentos relativos às necessidades dos usuários.

- Programa de Recepção e Triagem (Plantão).

Este programa tem como objetivo principal direcionar o usuário que procura ou são encaminhados ao Serviço Social em busca de informações.

- Programa de Atendimento e Acompanhamento nas Unidades de Internação.

Este programa tem como objetivo geral acompanhar e orientar a paciente e sua família durante a internação hospitalar, possibilitando uma aproximação do usuário e sua família com a instituição, além de esclarecimentos e acompanhamentos. Este processo permite o conhecimento e a intervenção do assistente social na realidade vivida e trazida pelo usuário.

Dentro deste Programa são desenvolvidos Projetos para cada unidade de internação:

- Projeto de Acompanhamento nas Unidades de Obstetrícia.

Objetiva clarificar, orientar e situar a paciente e sua família dentro do contexto hospitalar, informando normas e rotinas; esclarecer, orientar e informar os recursos de direitos sociais, previdenciários, trabalhistas e outros;

- Projeto de Atendimento e Acompanhamento no Berçário de Alto Risco e Recanto da Mamãe.

Tem como objetivos proporcionar orientações específicas em relação à situação do recém-nascido; interagir com a equipe interdisciplinar; agilizar o atendimento das necessidades apresentadas pela mãe (usuária), seja no âmbito pessoal, familiar e/ou sócio-econômica; e

também acompanhar as mães através de contatos, entrevistas e reuniões para esclarecer dúvidas, interpretar normas e rotinas, para promover e garantir a interação entre mãe e filho, bem como a convivência entre as usuárias do Recanto.

O Recanto da Mamãe, tem como objetivo proporcionar as mães condições de permanência junto aos seus filhos internados na Unidade Neo-Natal da Maternidade visando estabelecer os vínculos afetivos e incentivo ao aleitamento materno.

- Projeto de Atendimento e Acompanhamento na Unidade V e Anexo (cirurgias).

Este Projeto também tem como principais objetivos acompanhar e orientar a paciente durante a internação hospitalar, quando necessário, para o seu bem estar durante o tratamento contribuindo para a recuperação e alta; esclarecer, informar e orientar sobre direitos sociais assim como as normas e rotinas da instituição.

- Projeto de Atendimento e Acompanhamento na Unidade de Oncologia.

Dentro de uma perspectiva de que a paciente encontra-se fragilizada não somente em relação à doença, mas, sobretudo emocionalmente, este projeto objetiva diminuir a ansiedade da paciente e dos familiares, apoiando e proporcionando segurança e conforto; assim como os demais projetos dentro deste programa, objetiva também informar e esclarecer sobre os direitos sociais e todo o funcionamento da instituição; motivar a participação e interesse pelo tratamento (paciente e família); intervir nas situações que possam interferir no tratamento de saúde como problemas familiares, emocionais, sociais, econômicos e psicológicos; Participar e interagir com a equipe interprofissional no plano e no tratamento da paciente através de reuniões.

- Projeto de Atendimento e Acompanhamento junto às Gestantes de Alto Risco.

Este projeto foi desenvolvido como proposta de intervenção profissional através do Estágio Curricular Obrigatório do curso de Serviço Social. O principal objetivo deste projeto foi de

conhecer, analisar e intervir nas situações vividas pelas mulheres gestantes de alto risco internadas na Maternidade, na perspectiva das relações de gênero.

É no contexto deste projeto que a pesquisa sobre as repercussões da gravidez na vida de mulheres, foi realizado.

3- As Políticas de Saúde e suas Repercussões na MCD.

Para que possamos discutir o tema saúde a partir de uma análise sobre a prática do atendimento na Maternidade Carmela Dutra, é importante colocarmos de que forma a saúde está inserida na organização das políticas sociais.

A Política de Saúde está situada como um dos tripés que compõe a seguridade social brasileira onde, segundo a Constituição de 1988, “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” (Art.194).

Contudo, a saúde, a previdência e assistência social constituem a seguridade social. Porém, para Nogueira (2001, p.98) fica restringido à saúde a garantia de proteção integral enquanto direito de todos e dever do estado; a previdência como um regime de seguro social, contributivo e obrigatório a todos os trabalhadores e a assistência como um direito não contributivo a quem dela necessitar.

A Seguridade Social passou por um processo de descentralização, principalmente na Saúde e Assistência, com um comando único em cada nível de governo, onde os municípios obtiveram maior poder de legislação e autonomia na esfera tributária e fiscal, além de maiores atribuições e responsabilidades na condução das políticas sociais.

Nesta perspectiva, a maternidade está colocada no elenco das situações fragilizadas, juntamente com a enfermidade, acidente de trabalho, desemprego, invalidez, velhice e morte. Com relação à maternidade, as mulheres internadas com gestação de alto risco, passam a necessitar da atuação da seguridade social, ou seja, de uma rede de proteção que garanta os direitos sociais.

Com relação à previdência social, as mulheres que trabalham de carteira assinada, recebem o auxílio doença devido a internação, e a partir dos 8 meses de gestação estas mulheres tem direito a licença maternidade.

As mulheres que não trabalham fora ou que não contribuem com a previdência não possuem estes direitos. O direito garantido a estas é o do atendimento à saúde que é efetivado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, segundo o artigo 4º da Lei 8080, “é o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”. Os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde são: a universalidade, a equidade e a integralidade.

Assim, perante o contexto deste trabalho, é importante enfatizarmos que o conceito de saúde que está sendo trabalhado na teoria é um pouco diferente da prática, ou seja, não retrata questões do dia-a-dia dos serviços de saúde. Segundo a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, em suas disposições gerais afirma que,

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Lei 8080, 1990).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (8080/90), o conceito de saúde engloba as condições e o contexto em que as pessoas estão inseridas, ultrapassando o velho binômio de saúde-doença. É considerar o ser bio-psico-social, ou seja, a ligação entre o corpo, a mente e o ambiente e não reproduzir o atendimento focalizado.

Com isso a prevenção ganha ênfase e importância nos serviços de saúde, embora na prática verifica-se ainda um atendimento focalizado na doença, esquecendo os demais fatores que também são determinantes para a saúde como os citados pela lei.

Para Luz (1995), a concepção de saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, veio em oposição de base no que se refere aos temas específicos das políticas para a saúde. Segundo a autora, esta questão suscitou acaloradas discussões até outubro de 1988, quando a Constituição reconheceu formalmente este direito social de cidadania, tanto tempo postergado pela república. Podemos verificar esta afirmação no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

De acordo com Luz (1995), a percepção social da saúde como direito de cidadania é considerado um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Afirma que esta percepção é fruto dos movimentos sociais na área da saúde da segunda metade dos anos 1970 e do início dos anos 1980.

A reforma sanitária instaurou uma política de saúde inédita, onde a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, implicou numa visão "desmedicalizada" da saúde, ou seja, na quebra da visão tradicional que identifica a saúde como ausência relativa de doença.

O projeto de Reforma Sanitária brasileira foi um movimento que ganhou destaque no final da década de 1970, na relação entre Estado e Sociedade, pois se caracterizou como um movimento pela democratização da saúde organizado por profissionais e intelectuais da área, estudantes e diversos movimentos sociais que culminou na construção deste projeto.

Segundo Vasconcelos (2002, p. 76), o movimento da Reforma Sanitária teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita a dimensão biológica e individual. Este movimento surgiu para afirmar "a relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde".

Este movimento teve inúmeras repercussões as quais foram sendo estabelecidas através de novos programas que foram sendo aperfeiçoados e transformados, devido a organização e a participação dos profissionais, do Estado e da Sociedade Civil com as Conferências de Saúde.

Com isso, o Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS - 8080/90 e 8142/90), ganhou força e espaço no debate sobre o atendimento integral, descentralizado e participativo correspondentes aos princípios e diretrizes do SUS e com o objetivo de garantir o atendimento na perspectiva do novo conceito de saúde conquistado.

Segundo Scliar (1987 p.32), o problema de conceituar saúde surgiu recentemente em função de planejar ações de saúde individuais e coletivas. Segundo este mesmo autor, em 1947, a Organização Mundial da Saúde formulou o seguinte conceito: "Saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de enfermidade".

Para analisar as condições de saúde, o mesmo autor, coloca que o campo da saúde abrange: a *biologia humana*, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo fatores do envelhecimento; o *meio ambiente*, que inclui a natureza, o solo, a água, o ar, os alimentos, a vida em sociedade; o *estilo de vida*, hábitos que afetam a saúde

como fumar, beber, não praticar exercícios; *a organização da assistência à saúde*, que não corresponde somente em ter médicos, enfermeiros, equipamentos para exames, mas também uma vida saudável, prevenção e cuidados com a saúde, condições habitacionais, saneamento, água de qualidade para beber, enfim fatores que são determinantes e condicionantes à saúde.

Sobre a saúde pública o autor E Last, citado por Scliar (1987, p.36) coloca que,

Saúde pública é dos esforços organizados pela sociedade para proteger, promover e restaurar a saúde das pessoas. É a combinação das ciências, técnicas e atitudes que são dirigidas à manutenção e melhora da saúde de todas as pessoas, através de ações coletivas ou sociais. Os programas, serviços e instituições envolvidas enfatizam a prevenção da doença e a manutenção da saúde na população como um todo... Saúde pública é, pois uma prática, uma disciplina e uma instituição social.

Scliar (1987), enfatiza que considerar o social e comunitário significa dizer que, no aspecto metafórico, que a saúde pública é uma "medicina do corpo social", ou seja, a saúde pública só surgiu quando a sociedade conseguiu se organizar a ponto de se caracterizar como "corpo". Isto significa dizer que a saúde está inserida no contexto econômico e social e a participação dos cidadãos nesta questão é fundamental para a harmonia do corpo.

Para isso, é importante ter uma equipe diversificada trabalhando no atendimento saúde, tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, para atender as diversidades de demandas trazidas pelos usuários dos serviços. A formação de uma equipe de profissionais é fundamental para a eficácia do atendimento, mas esta deve ser interdisciplinar, isto é, articulada, interligada, pois o atendimento isolado de diferentes profissionais reduz o conceito de saúde e reproduz o atendimento focalizado.

...O serviço de saúde se funda numa interrelação pessoal muito intensa. Há muitas outras formas de serviços que dependem de um laço interpessoal, mas no caso da saúde ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato (Passos Nogueira, 1995).

De acordo com Merhy (1997), o resultado procurado nos serviços de saúde não é simples devido às dificuldades das políticas de atendimento, pois os usuários muitas vezes não chegam ao final esperado, que é a "cura".

Através de uma análise do cotidiano das relações e organização do sistema público de saúde, o autor ressalta que muitos usuários desistem de esperar o atendimento, devido as enormes filas de espera ou por residirem em cidades muito distantes e não conseguirem seguir os encaminhamentos.

Segundo o mesmo autor, há uma demanda reprimida nestes serviços e que isto é consequência do modo como as políticas sociais vêm se estruturando. Ao trazer a micropolítica do trabalho vivo em saúde, Merhy (1997) coloca que dentro do processo de atendimento há o que se chama de autogoverno, caracterizado na autonomia dos profissionais e formando a tríade fundamental nesta relação de micropolíticas: profissionais, instituição e usuários dos serviços.

Além disso, é importante ressaltar quando o autor fala de uma micropolítica nas relações de atendimento à saúde, esta não está desvinculada do que podemos chamar de uma macropolítica, isto é, nas políticas sociais de atendimento à saúde e das prioridades que esta tem no processo de produção no sistema capitalista.

Entretanto, a partir da prática profissional e da pesquisa realizada dentro do contexto da Maternidade Carmela Dutra, constatou-se que as repercussões das políticas sociais estão ainda distantes dos princípios teóricos. Ou seja, que o atendimento nos serviços de saúde continuam enraizados nos velhos princípios, com a focalização na doença, com espaço físico restrito e com o

atendimento de diversos profissionais de forma isolada, dificultando a relação da teoria com a prática, e da própria garantia dos direitos.

Por isso, é importante a presença dos assistentes sociais nos espaços de atendimento à saúde, pois, o Serviço Social consolidou, nas duas últimas décadas, em seu processo de formação e exercício profissional, uma postura que tem procurado intervir na reprodução da força de trabalho nas dimensões materiais, sociopolíticas e ideocultural, buscando reconstruir as relações sociais mediante as ações que desenvolve. Segundo Sarmiento (1993), esta reconstrução implica “retraduzir” os valores éticos-políticos, os modos de pensar e agir da população com a qual trabalha, contribuindo para a defesa intransigente dos direitos humanos, da justiça, da liberdade, da equidade e da democracia. Logo,

“Isso permitiu à profissão materializar novas conquistas teórico-práticas e ético-políticas, rompendo com a fundamentação filosófica tradicional e conservadora e reafirmando um novo perfil, que substituiu o agente subalterno e executivo por um profissional competente teórica, técnica e politicamente” (Sarmiento, 1993).

Nesta perspectiva de compromisso ético-político também se baseia a práxis social, ou seja, enquanto profissionais, a prática deve ser permeada por questões técnico-operacionais, teórico-metodológicas que necessitam da ligação sempre e, a todo momento, com as leis, com o código de ética dos Assistentes Sociais, tudo o que possa fundamentar a ação e justificá-la como fundamental para a garantia dos direitos dos cidadãos usuários.

Com isso a *socialização das informações* referentes aos direitos sociais é uma ação profissional que fortalece o acesso dos usuários e o entendimento deste como cidadão de direitos, importante no processo de mudança da realidade na qual se insere, para a ampliação dos direitos e efetivação da cidadania. Considerando que os usuários do Serviço Social em geral não têm

acesso ou domínio do conhecimento sobre os seus direitos, não participam das decisões políticas do país, ocasionando então o não exercício da cidadania (Silva, 1996).

Ainda sobre a práxis que deve ser o fundamento, o pilar da ação profissional gostaria de ressaltar o que é apontado por Leite, (1982, p 106):

A finalidade dos atos humanos é a sua própria realização como ser social. Visa não à quantidade da matéria a ser transformada, mas a perfeição do homem que atua orientado por princípios de uma filosofia prática que se baseia na ética e na moral. Quando a atividade humana é assim orientada, temos então a práxis criativa, que integra os seguintes elementos: um homem histórico, fundamentos teóricos e a relação entre pensamento e ação.

Segundo Vasconcelos (2002, p.495), o trabalho nos serviços públicos de saúde requer também um atendimento coletivo, visto que há uma demanda coletiva, ou seja, trabalhar em grupo é fortalecer a criação de espaços onde os usuários possam captar e se defrontar com o que há em suas demandas. Segundo a autora os profissionais de saúde tomam esta demanda individualmente e assim o fazem porque são "aparentemente" individuais.

Para conceituar o que significa trabalhar em grupo, Vasconcelos (2002, p.496) coloca que compreende o grupo como um conjunto de pessoas interdependentes, uma totalização em processo, jamais acabada. Dentro desta perspectiva a participação coletiva dos usuários proporciona a dimensão do grupo como "força viva". E esta força é entendida como o desenvolvimento de uma organização no que se refere a processos democráticos, enfrentamento de conflitos, respeito às diferenças, conhecimento da realidade social e das relações interinstitucionais nas quais os usuários estão inseridos.

É dentro deste contexto que o trabalho em grupo está situado, visando não reproduzir práticas focalistas e paliativas, mas sim buscando ampliar os horizontes da prática nos serviços de

saúde. É por isso, que esta metodologia de trabalho é fundamental no processo de atendimento à saúde das mulheres, bem como na intervenção pautada no viés das relações de gênero.

Informações, conhecimentos, vivências, experiências, pressões, reivindicações, acessados e realizados em comum, são potencializados nos espaços coletivos, sejam porque ampliam e desenvolvem a participação social - o coletivo em si, mostrando a força que a organização tem -, seja porque ampliam, vigoram, potenciam e politizam a participação e o trabalho profissional. E este parece ser, de acordo com o projeto ético-político profissional construído nos últimos vinte anos, o objetivo do Serviço Social e sua razão de ser: um serviço que aglutina, que organiza, que dá visibilidade e politiza o espaço público, contribuindo na ampliação e universalização dos direitos (Vasconcelos, 2002, p. 497).

Neste sentido se fortalece o processo de conscientização, a participação e a organização social. Através do acesso coletivo ao conhecimento, da realização e ampliação dos direitos sociais obtém-se um caráter politizante da democratização das informações em defesa dos interesses e necessidades dos cidadãos, neste caso, das mulheres.

Vasconcelos (2002, p.506) ressalta que o trabalho em grupo realizado pelo Serviço Social não é algo opcional. O debate teórico vem colocando-o como uma necessidade, como uma direção para o trabalho social.

Entender que o trabalho em grupo é um instrumento fundamental para o Serviço Social, não significa dizer que os demais instrumentos não são. A entrevista é um instrumento técnico-operativo, assim como as reuniões. Além destes os Assistentes Sociais possuem demais instrumentos que constituem o alicerce da prática profissional.

4 – Mulheres Gestantes de Alto Risco como uma das Interfaces da Questão Social

Para Wanderley (2000), a questão social na América Latina foi imposta pelos colonizadores através do pacto colonial, e segue dirigida pelo pacto de dominação burguesa. Para o autor a questão social "centra-se nas extremas desigualdades e injustiças que reinam na estrutura social dos países latino-americanos". Isto significa o resultado dos modos de produção e reprodução social nas dimensões políticas, econômicas, sociais e culturais acentuadas na concentração de renda e poder das classes dominantes e na pobreza generalizada das classes menos favorecidas.

Segundo Yamamoto (2001), o Assistente Social possui instrumentos que fundamentam a prática profissional e que deve ser alicerce para todos os profissionais em diferentes áreas de atuação do Serviço Social. Sendo assim os instrumentos, considerados como os “eixos” principais que norteiam, definem e expandem o fazer profissional através da relação teoria e prática, do conhecimento científico e do empirismo.

Tais instrumentos, considerados como os três principais fundamentos da prática profissional são: os teórico-metodológicos; o ético-político; e o técnico-operativo. Segundo Yamamoto (2001), estes três eixos do Serviço Social não devem ser considerados isoladamente, a prática deve ser permeada por todos instrumentos dos quais os Assistentes Sociais são aptos para utilizá-los no enfrentamento da Questão Social.

O objeto de trabalho, aqui considerado, é a Questão Social. É ela em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, a luta pela terra, etc (Yamamoto, 2001).

Esta mesma autora coloca que estas expressões da Questão Social são a “Matéria-prima do trabalho profissional”, é por isso que a intervenção na realidade deve ser fundamentada através dos instrumentos que norteiam e direcionam uma ação transformadora que a prática cotidiana da profissão permite.

O objeto de trabalho dos Assistentes Sociais é assim colocado como fruto das diferenças e lutas de classe, de uma relação entre capital e trabalho. Para Faleiros (1997), a questão social não é somente fruto dos antagonismos de classe, mas sim das relações de poder que são estabelecidas. O pressuposto teórico em que o autor se baseia para trabalhar a questão do objeto do Serviço Social, está ligado à visão de que tanto a sociedade, como a profissão são construídas a partir das relações sociais.

É a mudança de relação particular no contexto da história social da família e da sociedade, na articulação da rede de relações que vai se construindo o objeto de intervenção. O sujeito não é visto através da doença, do problema, mas como um sujeito em relação, em processo (Faleiros, 1997, p.26).

Nesta perspectiva de que o objeto de trabalho encontra-se nas relações sociais podemos dizer que nas relações de gênero também se constitui o objeto de pesquisa e intervenção profissional. Por isso, que pesquisar e intervir na vida de mulheres requer visualizar e considerar o contexto em que estão inseridas.

As repercussões da gravidez na vida das mulheres constituem-se numa das inúmeras interfaces da questão social, é a expressão da forma como as políticas sociais e os direitos estão sendo garantidos e priorizados nas “agendas políticas”. A situação vivida pelas mulheres decorrentes do contexto sócio-econômico e histórico-cultural definem a forma como estão inseridas no contexto da reprodução das relações sociais.

5 – O conceito de Gênero: um alicerce na intervenção junto a mulheres.

A história da condição das mulheres vem mostrando como esta foi e ainda vem sendo tratada na sociedade. Os papéis que são atribuídos às mulheres estão relacionados à história e a cultura de diferentes povos e nações. Frente a estas questões, surgem os movimentos feministas lutando contra a dominação e desigualdade entre homens e mulheres e a consequente produção do conhecimento teórico sobre relações de gênero.

Segundo Louro (1997, p.27), a palavra sexo foi substituída pelo termo gênero através das feministas anglo-saxãs, que trouxeram este novo termo como proposta de desconstrução das situações postas às mulheres tais como as atribuições naturais de submissão, de inferioridade.

Dessa forma, 'gênero' passa a ser uma categoria analítica das condições postas às mulheres devido ao determinismo biológico. A mesma autora ressalta que este mesmo termo passa a ser não somente uma categoria analítica, mas uma ferramenta política, de luta por reconhecimento, respeito às diferenças, liberdade e justiça.

...Ao dirigir o foco para o caráter "fundamentalmente social", não há, contudo, a pretensão de negar que o gênero se constitui com ou sobre corpos sexuais, ou seja, não é negada a biologia, mas enfatizada, deliberadamente, a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas (LOURO, 1997 p. 22).

Nesta perspectiva, gênero traduz a "construção social e histórica produzida sobre as características biológicas" (Louro, 1997 p.22). Isto significa analisar os papéis que foram atribuídos às mulheres e homens na sociedade. Segundo esta autora, o conceito de gênero passa a ter um significado relacional, pois é "no âmbito das relações sociais que se constroem os gêneros".

Esta autora conceitua gênero baseando-se nas reflexões de Scott (1987, p.86) que define gênero em duas partes,

O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações de poder, mas a mudança não é unidirecional.

A definição de gênero para Scott (1976, p.86), possui duas partes e diversos subconjuntos, que segundo a autora estão interrelacionados, mas que devem ser analiticamente diferenciados.

Para Scott (1976) as relações sociais são determinadas por representações de poder. Para explicar o gênero como elemento constitutivo destas relações, a autora coloca quatro elementos interrelacionados: os símbolos; os conceitos normativos que expressam os significados dos símbolos; a concepção política que ultrapassa a visão de parentesco nas relações, e também na visão de mercado de trabalho, de educação, da participação política; a identidade subjetiva, que deve ser construída culturalmente e historicamente.

Na segunda proposição, Scott enfatiza que "o gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado".

O gênero, então, fornece um meio de decodificar o significado e de compreender as complexas conexões entre várias formas de interação humana. Quando os/as historiadores/as buscam encontrar as maneiras pelas quais os conceito de gênero legitima e constrói as relações sociais, eles/elas começam a compreender a natureza recíproca do gênero e da sociedade e as formas particulares e contextualmente específicas pelas quais a política constrói o gênero e o gênero constrói a política. (Scott, 1976, p.89)

A autora coloca que escolheu a política e o poder para explicar o gênero como uma análise histórica, neste sentido coloca-os como "governo e Estado-Nação", porque o gênero vem

sendo desconsiderado, colocado como uma "categoria antiética às tarefas sérias da verdadeira política" e também porque há uma resistência sobre a inclusão dos assuntos de gênero na história política.

Com isso a autora ressalta que a exploração destas questões fará surgir novas questões sobre velhos princípios, pois teremos a inclusão das mulheres, a visibilidade destas enquanto cidadãs participantes do processo de construção da vida em sociedade. Contudo a autora arrisca no surgimento de uma "nova história", agora construída também pelas mulheres.

Entretanto, pesquisar as repercussões de uma gravidez na vida das mulheres requer considerar estes conceitos como fundamentais para a análise, pois, pesquisar o universo de mulheres sem trazer as questões de gênero seria reproduzir uma visão focalista. Por isso que, no atendimento de saúde à mulher a intervenção precisa estar permeada pelos conceitos que traduzem as condições de vida das mulheres na sociedade que interferem na saúde, na qualidade de vida e na garantia dos direitos.

O Projeto junto às Gestantes de Alto Risco e as repercussões da gravidez na vida de mulheres.

1. O Projeto de Acompanhamento às Gestantes de Alto Risco internadas na Maternidade Carmela Dutra.

O Projeto junto às gestantes de alto risco foi realizado como proposta de atividade do estágio curricular obrigatório. A escolha da Maternidade Carmela Dutra como campo de estágio foi proposital, uma vez que o objetivo foi trabalhar com mulheres na perspectiva das relações de Gênero.

A Maternidade Carmela Dutra é um espaço propício para estas questões, pois é uma instituição de atendimento a saúde da mulher. Além disso, trabalhar as relações de gênero ligadas ao sistema público de saúde se tornou ainda mais interessante e importante, tanto para a ciência, enquanto fundamento da prática profissional, quanto para a instituição e às políticas de atendimento às mulheres.

Segundo Souza (2001), a gestação não é considerada uma doença e sim um "estado fisiológico" da mulher. Entretanto a autora coloca que a gestação pode estar associada à hipertensão crônica, doença cardíaca, diabetes e outras patologias. A mesma autora define a gravidez de alto risco como sendo,

Aquela em que a mãe e/ou feto apresentam risco significativo de morte ou incapacitação. Os fatores de risco materno são antecedentes gineco-obstétricos prévios, doenças maternas prévias ou intercorrentes, condições obstétricas, hábitos adquiridos, incluindo fatores sócio-econômicos e emocionais (Souza, 2001).

Ao colocar que, a origem de certas modificações da gestação são ainda discutidas, a mesma autora cita Maldonado (1991, p.39), para explicar que neste período a mulher sente maior necessidade de afeto, cuidados e proteção e que estas precisam receber mais do que dar carinho e amor.

As gestantes de alto risco precisam ainda de uma atenção muito especial, pois se encontram internadas devido a um "problema da saúde" que as fragilizam ainda mais, além de ficarem fora do lar, da família e dos filhos.

Por isso, o projeto de pesquisa e intervenção na instituição foi desenvolvido com o objetivo de conhecer a situação vivida pelas mulheres internadas, intervir na realidade e trabalhar em grupo assuntos como: os direitos, a participação, a reflexão e inúmeros assuntos pertinentes às suas vidas.

O projeto veio também despertar a mulher para o contexto em que vive, torná-la participante do seu processo de tratamento de saúde e de reflexão sobre a sua vida fora da Maternidade, isto é, possibilitar que as mulheres não sejam instrumentos inertes no atendimento.

Sendo a Maternidade Carmela Dutra uma instituição de atendimento à mulher, é fundamental que sejam consideradas as situações sócio-econômicas, histórica e cultural, tais como a subordinação, discriminação, preconceito e dificuldades que a sociedade coloca às mulheres devido aos papéis que lhes foram atribuídos ao longo da História.

Sendo assim, a pesquisa realizada fez parte deste projeto de intervenção. Através das reuniões que foram instrumentos fundamentais da prática profissional, foi possível também conhecer e trabalhar com as mulheres as repercussões da gravidez em suas vidas em grupo. Por isso, é importante colocar algumas dinâmicas realizadas com as mulheres durante este processo e como as reuniões foram organizadas.

As Reuniões proporcionaram às mulheres a possibilidade de refletirem sobre suas vidas e trocaram experiências. As reuniões foram pautadas dentro do contexto das mulheres e do objetivo do Projeto através de dinâmicas de grupo para incentivar a participação e opinião, além de esclarecer dúvidas, superar medos e angústias por estarem em tratamento de saúde como gestantes de alto risco. Foram realizadas 6 reuniões que de uma forma geral tinham como objetivos:

- Conhecer o contexto sócio-econômico em que as mulheres estão inseridas;
- Analisar como acontece na prática o direito constitucional das mulheres que estão em tratamento de saúde;
- Verificar as condições de trabalho das mulheres no viés das relações de gênero;
- Verificar se houve o planejamento da gravidez, e como a família está se estabelecendo com a chegada de um novo membro e quais as perspectivas para o futuro;
- Informar e orientar sobre os direitos sociais e de saúde da mulher.

Durante estas reuniões foram realizadas várias dinâmicas, embora a rotatividade das pacientes impedia a continuidade de um mesmo grupo, algumas mulheres participaram de mais de uma reunião.

Todas as reuniões seguiam um roteiro que foi organizado da seguinte forma:

- a) A apresentação do Serviço Social e sua importância para a instituição;
- b) A apresentação de cada participante de forma dinâmica e agradável;
- c) A realização de uma dinâmica de acordo com o que se quer trabalhar com as mulheres;
- d) Após a dinâmica e toda a discussão que esta pode proporcionar, avaliação da reunião e sugestões, além de deixar um espaço para debate sobre os direitos constitutivos das mulheres, dúvidas, encaminhamentos e uma aproximação entre as mulheres e a realidade de cada uma.

O processo de documentação da reunião foi através de anotações durante os encontros e logo após as reuniões. É importante colocar que a documentação faz parte do processo de trabalho do Assistente Social e este não pode ser dispensável, pois a documentação é fundamental para o Serviço Social como fontes de registro, pesquisa e valorização da ação profissional.

Várias dinâmicas foram realizadas junto às mulheres internadas, tendo algumas maior repercussão e significação para o trabalho assim como para as mulheres:

Dinâmica I: “Como eu me percebo?”

Esta dinâmica teve como objetivo despertar a importância do cuidado das mulheres consigo mesmas e verificar como estas se percebem.

Após a introdução da reunião e da apresentação de cada participante, a dinâmica propôs que cada uma, numa folha de papel em branco e lápis colorido, procurasse desenhar como se percebem enquanto mulher (Anexo A).

Na sala de visitas da unidade de internação, as mulheres começaram a pensar. Muitas não queriam participar, pois segundo elas não saberiam o que desenhar. As mulheres levaram um longo tempo para terminar. Em nossa avaliação, foi um momento de pensar em si mesma, uma tarefa difícil para estas mulheres acostumadas a pensarem somente na casa, nos filhos e no esposo/companheiro. Dessa forma, isso também permitiu que se conhecessem melhor, que falassem coisas engraçadas e descontraídas, ou seja, um momento de superação da vida tensa e preocupante enquanto internadas com gestação de alto risco.

Após se desenharem, cada uma colocou como se viu, de onde vem e como esta se sentindo. O mais interessante é que quase todas as mulheres não se desenharam grávidas. Os desenhos possibilitaram uma reflexão sobre como estas mulheres estão se sentindo, se percebendo com a gravidez e com o “problema de saúde” que precisam superar.

Dinâmica II: “Uma reflexão sobre os caminhos das mulheres e as dificuldades encontradas”.

Nesta reunião foi possível apenas a participação de duas mulheres devido a situação clínica das demais internadas. A dinâmica foi desenvolvida da seguinte forma:

Numa cartolina foi desenhado um caminho, o qual representava o caminho de cada uma. Então analisamos como é a trajetória de vida e o que pretende realizar, um sonho, durante ou no final da estrada desenhada.

As mulheres colocaram que pretendem superar o “problema de saúde” e suas dificuldades financeiras e de estabilidade com relação ao emprego e a sua moradia. A partir destes objetivos colocados refletimos sobre as possibilidades e dificuldades que enfrentam para realizar seus sonhos.

Para representar tais dificuldades utilizamos pedras que no decorrer das colocações foram sendo postas no caminho. Então, cada dificuldade era uma pedra colocada no e assim fomos discutindo sobre as situações vividas por cada uma e as possibilidades de busca de alternativas. As palavras ditas pelas mulheres ao colocarem as pedras no caminho foram: desemprego, moradia, saúde, gravidez de alto risco, alcoolismo, brigas familiares, direitos, filhos e preocupações.

Com isso, vale destacar o que cada uma colocou sobre as suas dificuldades:

"Dificuldades.... ui!, de dificuldades a minha vida tá cheia, vamos lá... Eu tenho um sonho de uma casa, porque a casa em que moramos é praticamente um barraco... A minha saúde, porque eu estou aqui internada, mas mesmo sendo bem tratada fica tudo pra trás, porque não tem ninguém pra cuidar da casa, dos filhos..., fica tudo uma bagunça, é roupa jogada, não lavam uma louça...(Rosa, 39 anos)

As mulheres se dedicam mais a casa, aos filhos do que a si mesmas, principalmente as mulheres que precisam complementar a renda da família. A vida destas mulheres é turbulenta devido as jornadas de trabalho que possuem diariamente: estas tem que trabalhar fora além de cuidar das atividades domésticas.

A busca por melhores condições de vida é uma atividade constante, embora as necessidades básicas como moradia, por exemplo, não são supridas, fazendo com que estas famílias sobrevivam nestas condições sem expectativas de melhoria devido às exigências do mercado de trabalho que é excludente e que coloca mulheres e homens nestas condições no trabalho informal, sem garantias e que explora a mão de obra.

E ainda a mesma mulher coloca,

O problema do álcool... Meu marido bebe e dai não consegue emprego, porque um pão ninguém oferece, mas uma bebida... E na nossa rua tem muito boteco e os amigos dele ficam chamando. Porque quando ele não bebe, ele fica bem. eu antes bebia junto com ele, mas agora eu não bebo mais. Meu esposo é pescador e com este furacão Catarina prejudicou muito o serviço dele, que já ganha pouco” (Rosa, 39 anos).

Além da busca constante da garantia de condições básicas para sobreviver, estas mulheres e suas famílias estão a margem de situações vulneráveis que ocasionam insegurança. O alcoolismo afeta inúmeras famílias, para superar os conflitos e as conseqüências de uma dependência química, necessitam de atendimento e acompanhamento do Estado para garantir a qualidade de vida e superação do problema. Dessa forma, esta é uma questão que afeta na saúde da mulher gestante como na saúde de toda a família.

O depoimento a seguir também retrata estas questões de tentativa de garantia das necessidades básicas e de ter segurança através de um emprego, de uma casa,

“É, o meu sonho é também ter a nossa casa, o nosso terreno, mas tá difícil, meu esposo tá desempregado... Tenho inimizade com a família dele que só falam coisa pra prejudicar, é muito ruim... E outra dificuldade é a minha saúde e do meu bebê, é uma preocupação, a gente fica ansiosa, na expectativa...” (Púrpura, 22 anos)

Esta é a realidade de muitas mulheres que lutam pelos direitos básicos como trabalho e moradia. As mulheres estão inseridas na sociedade de forma discriminatória, possuem dificuldades de realizar seus objetivos devido às conseqüências de um modelo econômico excludente que coloca a mulher em condições desumanas de sobrevivência. Por isso, é importante, dentro do contexto em que as mulheres estão inseridas e no contexto de atendimento à saúde da mulher, trabalhar no viés das relações de gênero, considerando as situações vividas pelas mulheres em suas múltiplas dimensões.

Como encerramento da reunião, convidamos as participantes que olhassem para as suas mãos e refletissem como são as suas vidas, tudo que fazem e o que podem fazer como, buscar reconhecimento, os direitos, o diálogo com a família e refletir sobre a sua condição de mulher e mãe na sociedade.

Esta finalização também foi a propósito de reflexão sobre as atividades que exercem, pois elas não são exclusivamente responsáveis pela organização da casa e da família, pois, principalmente neste momento de tratamento de saúde que estão vivenciando, é importante que cuidem de si mesmas e façam com que sua família aprenda a cuidar também da mulher.

Dinâmica III: “O que acham que é ser mulher e mãe na sociedade”?

Esta dinâmica foi realizada com mulheres que ficaram internadas como gestantes de alto risco e que, no momento, estavam com seus recém-nascidos internados no Berçário. Esta reunião teve como objetivo continuar acompanhando estas mulheres, trocar experiências e verificar,

perante o contexto de internação de mãe e filho, como estas percebem o seu papel de mulher e mãe na sociedade.

O projeto de intervenção propôs um acompanhamento destas mulheres durante o processo de atendimento na Maternidade Carmela Dutra, com isso podemos considerar o atendimento como um ciclo, onde a mulher chega e fica internada como gestante de alto risco, sendo que os recém-nascidos muitas vezes precisam de internação quando o parto é prematuro, ou por diversas causas que levam a internação na UTI Neonatal.

Então, foi realizada uma dinâmica com as mulheres - puérperas cujos recém-nascidos estavam internados. A reunião com as puérperas é rotineira, realizada pelo Serviço Social a fim de acompanhar as mulheres neste processo e ampliar as possibilidades de intervenção profissional.

As mulheres cujos recém-nascidos estão mamando ficam alojadas no “Recanto da Mamãe” com o objetivo de incentivar a amamentação e o contato mãe/filho. Algumas mulheres precisam continuar internadas devido a vários fatores que impedem sua alta; e outras, cujo recém-nascido fica internado sem estar mamando, vão para casa e retornam para visitar seus filhos na Maternidade. É importante colocar que o Serviço Social encaminha estas mulheres para receber auxílio da prefeitura de onde residem para que possam vir à Maternidade interagir com seu filho.

É por isso que Serviço Social realiza estas reuniões com as puérperas, para que um acompanhamento seja realizado durante este processo de internação, uma vez que as mulheres nestas condições pós-parto precisam de um atendimento no que se refere a superação da dificuldade de ter seu recém-nascido internado.

Além disso, as mulheres que estão internadas como gestantes de alto risco precisam esperar e superar a ansiedade e preocupações de ter seu recém-nascido ainda internado. Gostaria também de ressaltar que as próprias mulheres que participaram deste acompanhamento como

gestantes e como puérperas, foram também sujeitas ativas no atendimento às gestantes de alto risco, pois estas que já haviam sido internadas e que estavam com o recém-nascido na UTI, aceitaram participar de uma reunião com as mulheres ainda gestantes para colocarem sua experiência, como enfrentaram as dificuldades de uma internação.

Foi um momento interessante, constatar como as mulheres têm a capacidade de entender a importância e ter disponibilidade de fazer algo que contribua para garantir a participação no processo de atendimento, envolvimento e reflexão sobre a realidade em que estão vivenciando.

Todavia, a reunião foi realizada com as mulheres que passaram pela internação quando grávidas e cujo recém-nascido ficou internado no Berçário de Alto Risco da Maternidade. Esta reunião contou com a presença de três mulheres, onde uma ficou internada durante 40 dias como gestante de alto risco e seu recém-nascido internado durante 25 dias no Berçário de Alto Risco devido a prematuridade; outra ficou internada por duas semanas e seu recém-nascido aproximadamente o mesmo período, além disso, esta mesma mulher vivenciou a mesma situação por duas vezes em sua penúltima gravidez; e outra participante estava no Recanto da Mamãe, esta não teve gravidez considerada de risco.

A dinâmica da reunião se deu da seguinte forma: Ao analisarmos as dificuldades do ser mulher e mãe na sociedade, construiu-se um desenho coletivo, onde cada uma colocou como vê a situação da mulher, enquanto mulher e mãe, as dificuldades. Depois do desenho construído, cada uma colocou o que desenhou e por quê. (Anexo B).

"Desenhei uma árvore... e a mulher é o caule é o que dá sustentação as coisas, a família, é ela que é forte, que segura as pontas..." (Lilás, 42 anos)

"Desenhei a flor e o sol, o sol que dá luz, vida às coisas e a flor que tem beleza, que precisa da luz do sol, assim é a nossa vida, somos luzes e somos iluminadas..." (Clara, 32anos.)

"Desenhei um coração, o amor que é fundamental, sem amor ninguém vive" (Azul, 22 anos).

O objetivo do desenho coletivo foi verificar como as mulheres interagem e como representam num mesmo contexto as condições que são atribuídas às mulheres. Comparar a mulher com elementos da natureza significa traduzir que a mãe é natureza, ou seja, que é natural. Entretanto, as mulheres estão ligadas e mais sensibilizadas com relação às condições básicas de sobrevivência que para elas está relacionada ao amor, a luz, a harmonia, o equilíbrio para o enfrentamento das dificuldades da interação de mãe e filho.

Ao dizer que a mulher é o caule que dá sustentação à árvore, mostra a responsabilidade desta como mantenedora da ordem da família, da casa, do trabalho. Com isso, a mulher acaba por ficar sobrecarregada de atribuições que na realidade não são específicas da mulher, e que podem ser realizadas por outros membros da família. Contudo, a cultura de que a mulher deve ser “do lar”, define as relações familiares e sociais das mulheres.

2 - Conhecendo as Gestantes de Alto Risco Internadas na MCD.

Os instrumentos metodológicos desta pesquisa foram interligados com os instrumentos que norteiam a ação profissional do Assistente Social. Os três grandes eixos, teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, servem como alicerce para toda e qualquer pesquisa e intervenção.

Dessa forma, os instrumentos metodológicos de uma pesquisa qualitativa, podem estar intimamente ligados aos instrumentos que fundamentam a intervenção do Serviço Social.

Segundo Minayo (1994, p.21), a pesquisa qualitativa “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...”.

A mesma autora coloca que os métodos qualitativos e quantitativos da pesquisa, na verdade, não são opostos, e sim complementares, “pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (Minayo, 1994, p.22).

Para Richardson (1989, p.38), o método qualitativo não pretende numerar nem medir unidades, ele se difere do quantitativo, pois não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise do problema. No entanto, o autor enfatiza que tais métodos podem estar ligados, e que os pesquisadores devem utilizá-los como complementares.

O aspecto qualitativo de uma investigação pode estar presente até mesmo nas informações colhidas por estudos essencialmente quantitativos, não obstante perderem seu caráter qualitativo quando são transformadas em dados quantificáveis, na tentativa de assegurar a exatidão no plano dos resultados (Richardson, 1989, p.38).

Dentro desta perspectiva, foram analisadas as “falas das mulheres” através das entrevistas, e o perfil das mulheres atendidas, analisados através de gráficos que representam os dados de forma quantitativa, mas também com análises qualitativas dos resultados alcançados.

Então, os instrumentos utilizados na pesquisa foram:

a) Análise de Documentos.

Segundo Gil (1994, p. 74), a pesquisa documental não difere muito da pesquisa bibliográfica, o que há de diferente em ambas é a natureza das fontes, pois a pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico de acordo com os objetivos da pesquisa.

Entretanto, é importante ressaltar que segundo o mesmo autor existem “documentos de primeira mão” que ainda não receberam um tratamento analítico, e os de “segunda mão” que são os documentos que de alguma forma já foram analisados.

Assim, os documentos analisados para esta pesquisa foram os prontuários das mulheres internadas. Podemos afirmar que estes documentos constituem-se como de “primeira mão”, pois são documentos que precisam ser analisados sempre que uma pesquisa for realizada com pessoas internadas, pois estes devem conter informações básicas sobre os pacientes e sobre o tratamento de saúde.

Os prontuários foram analisados com o objetivo de conhecer previamente as mulheres e o motivo de sua internação. Durante o período de estágio na instituição foi possível analisar 94 prontuários. Esta análise caracterizou-se como o primeiro passo ao realizar a visita na Unidade de Internação, ou seja, antecedia todo e qualquer tipo de intervenção. Devido a isso, foi possível obter o perfil das mulheres atendidas, de uma forma geral, pelo Serviço Social. Com a análise destes documentos obteve-se as informações sobre a idade, o número de gestação, a procedência e a ocupação destas mulheres.

b) Entrevistas.

Segundo Gil (1994), a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas de coleta de dados nas ciências sociais, vale-se destacar que para este autor a entrevista pode ser definida como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. “A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação” (Gil, 1994, p. 113).

A entrevista é uma forma de se obter dados qualitativos e por isso possui diversas classificações de acordo com a forma em que é estruturada³. As entrevistas foram realizadas individualmente e de forma semi-estruturada, ou seja, com perguntas norteadoras, baseadas no estudo Sócio-Econômico adotado pelo Serviço Social na instituição para conhecer a realidade dos usuários, além de perguntas pertinentes à gravidez e suas repercussões na vida das mulheres em tratamento de saúde (Anexo B). Foram entrevistadas 15 mulheres, cujas “falas” expressaram as preocupações, dificuldades, e repercussões da gravidez no contexto em que vivem.

Segundo Cortes (1998, p.18), a entrevista semi-estruturada possui como principal característica um roteiro que apresenta questões com respostas abertas. Este roteiro serve para nortear a entrevista, onde o entrevistado pode discorrer sobre um tema proposto ou pergunta formulada.

Dentro desta perspectiva, Gil (1994) classifica “entrevista por pautas”, isto é, a entrevista que possui um certo grau de estruturação, pois é guiada por pontos de interesse do entrevistador.

As pautas devem se ordenadas e guardar certa relação entre si. O entrevistador faz poucas perguntas diretas e deixa o entrevistado falar livremente à medida que se refere as pautas assinaladas. Quando este se afasta delas, o entrevistador intervém, embora de maneira suficientemente sutil, para preservar a espontaneidade do processo (Gil, 1994, p.117).

Dessa forma, observa-se uma semelhança entre estes autores sobre a classificação da entrevista. Podemos então, classificar a entrevista utilizada para esta pesquisa como semi-estruturada ou como entrevista por pautas, pois ambas fazem uso de um “fio condutor”, isto é, de questões norteadoras que conduzem a entrevista.

³ Classificação das entrevistas, ver: GIL, Antônio C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, 1994. e, CORTES, Soraya M.V. In: *Pesquisa Social Empírica: métodos e técnicas*. Cadernos de Sociologia, UFRGS, 1998

2.1 - O Perfil das Mulheres atendidas pelo Serviço Social.

Os gráficos a seguir demonstram alguns resultados obtidos na análise sobre as condições das mulheres atendidas na Maternidade Carmela Dutra durante a pesquisa e intervenção profissional na instituição.

Esta forma ilustrativa de colocar os dados é importante para o conhecimento do contexto em que os usuários estão inseridos, e para uma análise também quantitativa dos resultados.

A demonstração dos dados se divide em duas partes:

- a) A primeira parte se refere, de forma geral, ao perfil das mulheres atendidas na Maternidade durante o período de quatro meses de estágio, de março a junho de 2004. Estes dados foram obtidos através da análise dos prontuários de 94 mulheres que ficaram internadas. Com estas análises foi possível conhecer a idade, o número de gestação, a procedência e a profissão destas mulheres.
- b) A segunda parte, no item 3.2, é referente à pesquisa realizada através de entrevistas, além da análise dos prontuários, com 15 mulheres, num período de dois meses, ou seja nos dois últimos meses do estágio. Dessa forma, foi possível conhecer a situação sócio-econômica das mulheres, bem como a idade, procedência e a profissão.

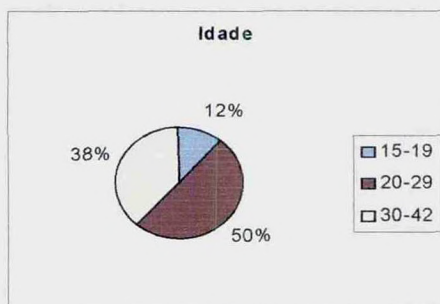


Gráfico I – Idade das mulheres.

Este primeiro gráfico, mostra a idade das mulheres atendidas durante o período de março a julho de 2004. A idade das mulheres varia entre 15 e 42 anos sendo que 50% das mulheres têm idade entre 20 e 29 anos; 38% das mulheres com idade entre 30 e 42 anos e 12% representa as mulheres entre 15 e 19 anos de idade.

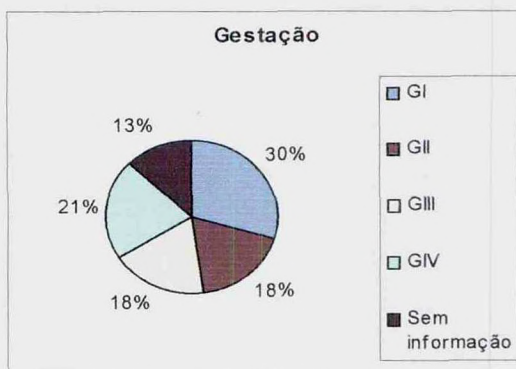


Gráfico II – Número de Gestação das Mulheres

O gráfico mostra o número de gestação das mulheres, representada pela sigla adotada como uso comum nos prontuários: GI (primeira gestação) representa 30% das mulheres; GII (segunda gestação) representando 18%; GIII (terceira gestação) com 18%; GIV (quarta gestação) aqui incluindo algumas mulheres com o número de gestação superior a quatro representando 21%; e os 13% correspondem às mulheres que, cuja informação não foi possível obter.

Com estes dados constata-se que a maioria das mulheres, 70%, já tem pelo menos um filho, o que representa uma experiência com relação à maternidade e gestação. Relacionando com o gráfico anterior, a maioria das mulheres em questão que possui em faixa etária entre 20 e 29 anos, já passaram por mais de uma gravidez.

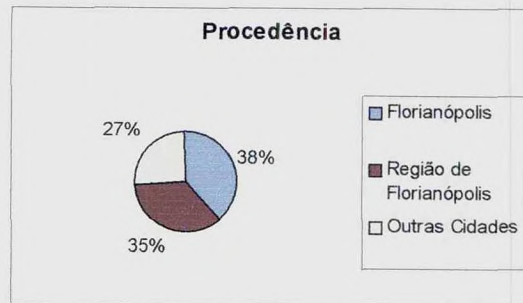


Gráfico III – Procedência das Mulheres.

A procedência das mulheres compreende todo o Estado de Santa Catarina, sendo a maioria, 38% das mulheres, residentes em Florianópolis; 35% residentes na região da Grande Florianópolis⁴; e 27% residentes em outras cidades do Estado⁵.

A procedência mostra que a Instituição atende mulheres de todo o Estado, embora a maioria seja de Florianópolis e das regiões mais próximas. As mulheres procedentes de lugares mais distantes geralmente precisam de um atendimento mais especializado devido ao diagnóstico médico e do tratamento que necessitam, quando este não é possível nos lugares mais próximos de sua região.

⁴São considerados municípios da Região da Grande Florianópolis, Antonio Carlos, Governador Celso Ramos, Santo Amaro da Imperatriz, Biguaçu, Palhoça, São José, Paulo Lopes, e São Pedro de Alcântara. Dados obtidos no site www.brasilchannel.com.br.

⁵As outras cidades das quais as mulheres têm procedência são: São Bento do Sul, Fraiburgo, Joinville, Águas Mornas, Angelina, Campos Novos, Pomerode, Xaxim, Jaraguá do Sul, Arroio Trinta, Içara, Alfredo Wagner, Tijucas, Braço do Norte, Petrolândia, Anchieta, Rancho Queimado, Canoinhas, Chapecó, Rio Negrinho, Garopaba, Imbituba, Água Doce.

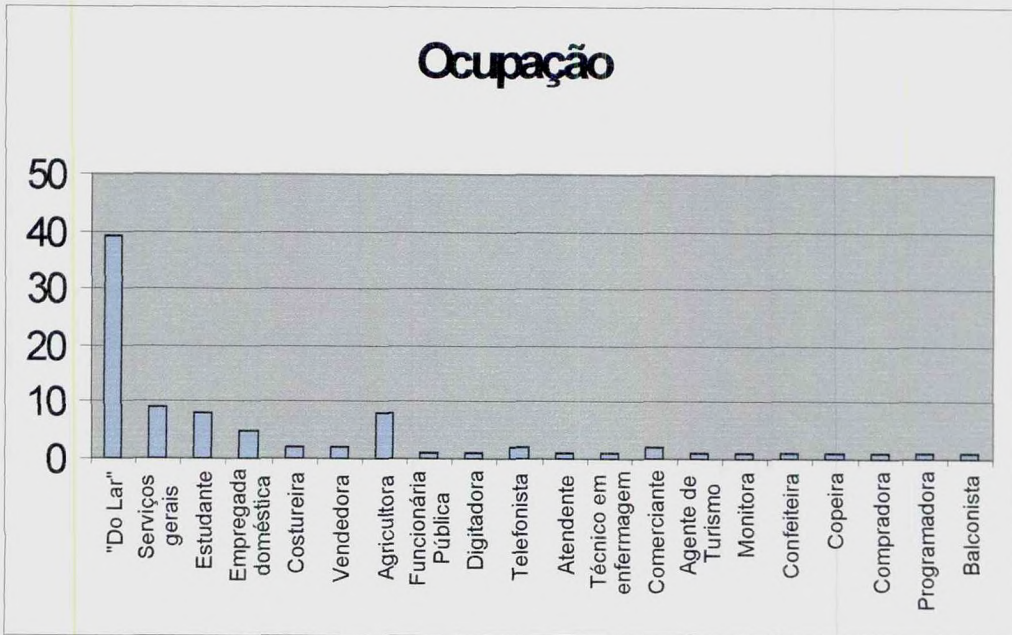


Gráfico IV – Ocupação das mulheres

A ocupação das mulheres mostra que estas se encontram inseridas no mercado de trabalho, embora a maioria não trabalhe fora de casa. Estas mulheres usam a expressão “do lar” para preencher o quadro da profissão nos prontuários. É interessante colocar que durante algumas abordagens com as mulheres, constatou-se que na verdade as mulheres que possuem o quadro da profissão como “do lar”, já haviam trabalhado fora, ou que possuíam uma profissão, mas que devido à gravidez não estavam exercendo.

Isto reflete as dificuldades que as mulheres passam para trabalhar fora e ter filhos, devido ao papel das mulheres que foi socialmente construído que é o de ser mãe. Com isso, as mulheres encontram dificuldades de trabalhar fora e de reconhecer-se como profissional.

É designando à mulher uma atribuição que, na verdade, pertence à toda a família que é ser “do lar”. Toda a família é “do lar”, mas culturalmente a responsabilidade é dada a mulher, ocasionando na tripla jornada de trabalho, ou seja, que além de trabalhar fora, tem que cuidar da casa e dos filhos.

2.2 - O Perfil Sócio-Econômico das Mulheres Entrevistadas:

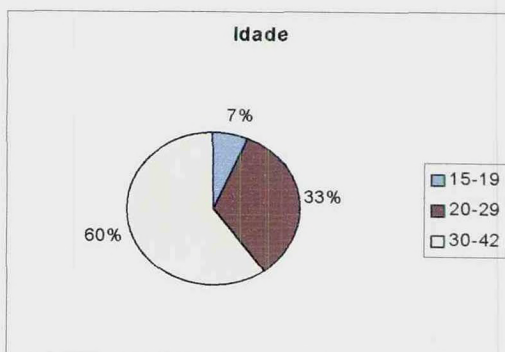


Gráfico V – Idade das mulheres

Este gráfico mostra que a maioria das mulheres entrevistadas possui idade entre 30 a 42 anos representando 60%; 33% representam a idade entre 20 a 29 anos; e os 7% representa a idade entre 15 a 19 anos. Nesta amostragem a maioria das mulheres possui entre 30 a 42 anos, diferente do contexto geral das 94 mulheres, onde a maioria se destacou com idade entre 20 a 29 anos.

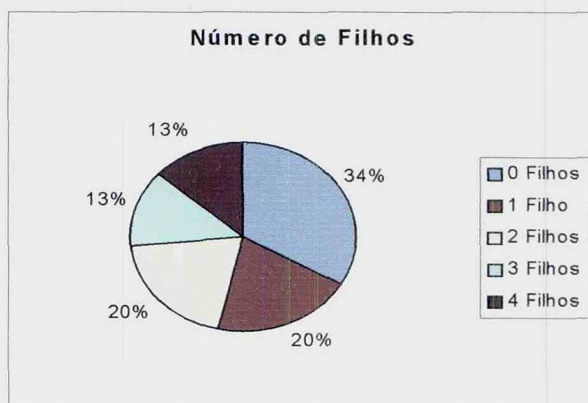


Gráfico VI – Número de Filhos.

Neste gráfico, 34% das mulheres ainda não tem filhos, ou seja, estão na primeira gestação. As mulheres com 1 ou 2 filhos representa 20% do total; e as com 3 e 4 filhos representam 13% cada. Isto significa que 66% das mulheres já têm pelo menos um filho.

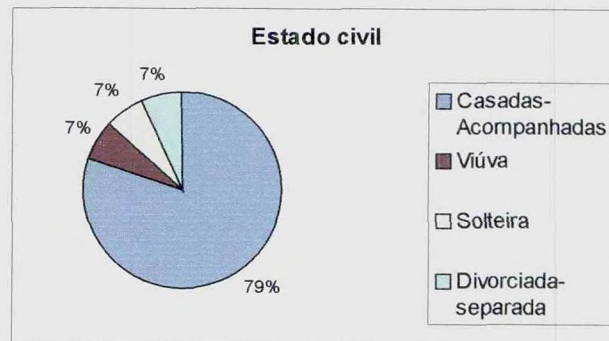


Gráfico VII – Estado Civil das Mulheres.

Com este gráfico contata-se que as mulheres, em sua maioria, são casadas, representando 79% das entrevistadas. No decorrer das entrevistas verificou-se que dentre estas mulheres uma grande parcela não era casada no civil, e que não fazem questão de “casar no papel”. Segundo uma das mulheres, *“um papel não vai fazer diferença, nós estamos bem assim, porque se precisar separar é só ir cada um pro seu canto, sem incomodação, nós somos novos pode ser que um dia não dê mais certo”* (Preta, 22 anos).

O casamento civil é um contrato onde se institui responsabilidades e formalidades com relação a união conjugal. Para a sociedade, muitos aspectos burocráticos são importantes no reconhecimento da situação das pessoas, para a organização da família enquanto instituição social. A questão é se estas formalidades são realmente necessárias para viver uma relação e constituir uma família.

Dentre inúmeros conceitos sobre casamento que poderíamos discutir, é importante colocar que para os aspectos burocráticos e jurídicos, um casamento instituído “no papel” proporciona uma organização na “papelada da família”, ou seja, para a sociedade a família está nos padrões de organização e legalização, tanto do casal como dos filhos, através do registro de nascimento e das responsabilidades do casal em cuidar dos filhos.

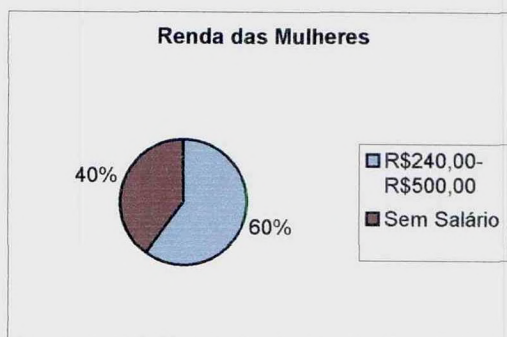


Gráfico VIII - Renda das Mulheres.

A renda das mulheres varia de R\$ 240,00 a R\$ 500,00. Estas mulheres representam 60%, sendo os 40% mulheres que não possuem renda, ou seja, que não trabalham fora.

Estes dados refletem as condições de trabalho em que as mulheres estão inseridas, pois o salário está intimamente ligado com o tipo de ocupação e com nível de escolaridade das pessoas.

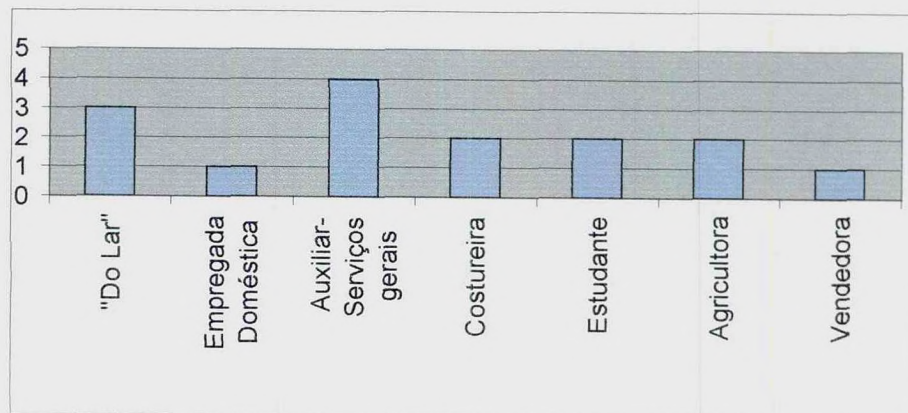


Gráfico IX – Ocupação das Mulheres

Este gráfico mostra que a maioria das mulheres entrevistada está inserida no trabalho informal, tais como os de Serviços Gerais, e os auxiliares de cozinha, de creche, além de um número considerável de mulheres ditas "do Lar" e com as profissões de empregada doméstica, costureira, estudante, agricultora e vendedora.

O trabalho profissional das mulheres ainda é visto como complementar às responsabilidades domésticas. Segundo Lisboa (2002), as mulheres foram inseridas no mercado de trabalho através dos serviços de faxineira e de empregada doméstica, os quais exigiam menor escolaridade e menor experiência profissional.

Com esta pesquisa, constatou-se que os homens também estão inseridos neste contexto da informalidade dos serviços e que o trabalho das mulheres é fundamental na complementação da renda familiar. Isto significa que a exclusão social e a forma como as pessoas são inseridas no mercado de trabalho estão intimamente ligadas às condições de vida e saúde.

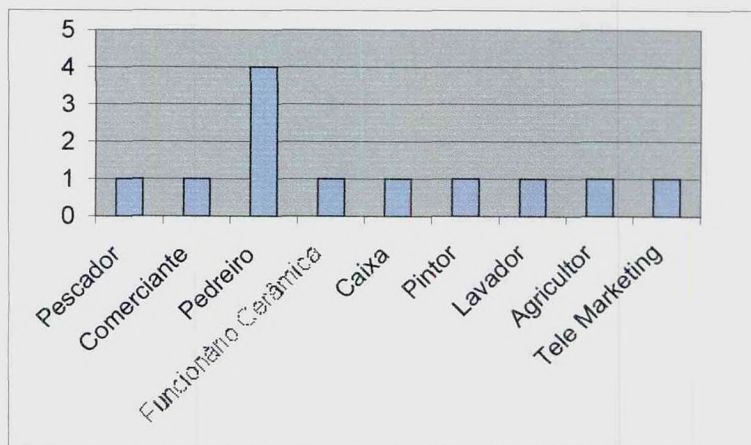


Gráfico X – Ocupação dos Homens

É interessante conhecer a ocupação dos companheiros das mulheres, pois também estão incluídos no mercado informal e autônomo e que por isso não contribuem com a previdência social. Somente os que trabalham de carteira assinada contribuem e neste caso podemos constatar que são poucos.

A renda dos homens (esposo/companheiro) varia entre R\$ 240,00 a R\$ 1200,00. Todos os homens trabalham fora e suas rendas representam a maior proporção do orçamento doméstico.

Podemos perceber então que, embora os homens estejam inseridos no mercado informal, tal qual as mulheres, eles recebem mais. Segundo Faria e Nobre (1997), no Brasil, as mulheres recebem em média metade do salário dos homens e as mulheres negras a metade do que recebem as mulheres brancas. As mesmas autoras colocam que segundo a ONU, as mulheres executam 2/3 do trabalho realizado no mundo, recebem 1/3 dos salários e são proprietárias de 1% dos bens imóveis. Dos quase 1,3 bilhão de miseráveis do mundo, 70% são mulheres.

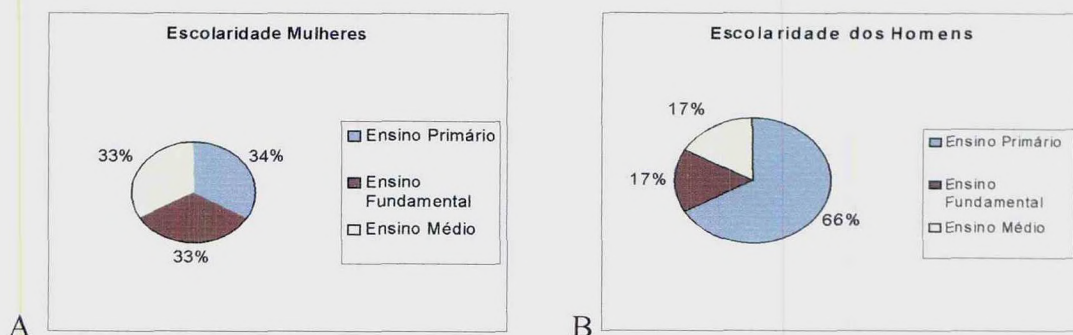


Gráfico 11 – Escolaridade das Mulheres e dos Homens.

A escolaridade das mulheres representa uma equivalência nos três níveis, ensino primário, fundamental e médio, considerados básicos no processo de educação, enquanto que 66% dos homens, como podemos constatar através do gráfico B, possuem até o ensino primário.

Percebe-se então que, as mulheres possuem maior escolaridade do que os homens, porém relacionando tais dados com os gráficos anteriores constata-se que, apesar da informalidade dos serviços (tal qual as mulheres) e da menor escolaridade, os homens ainda recebem maiores salários.

Embora o salário dos homens seja superior ao da mulher, a renda da família é considerada precária, pois dentre as 15 mulheres entrevistadas, 12 delas possuem as necessidades básicas dentro de casa, como banheiro, quarto, cozinha, e 3 mulheres declararam que moram em condições precárias.

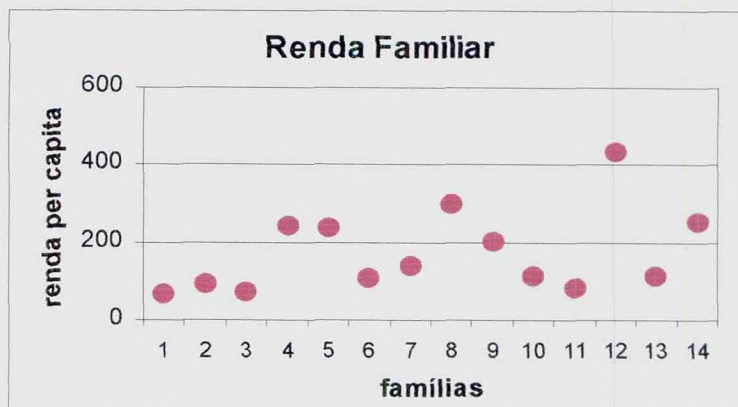


Gráfico XII – Renda *per capita* da Família

A partir dos dados sobre o salário das mulheres e dos homens foi possível verificar como é a renda familiar das mulheres entrevistadas. Este gráfico mostra a renda per capita, ou seja, a quantidade que recebem para cada membro da família.

Com isso podemos constatar que a maioria das famílias possui renda per capita até R\$ 200. Assim, estas famílias possuem dificuldades de garantir o sustento da casa e dos filhos, pois a renda nem sempre é fixa devido ao tipo de ocupação.

O gráfico mostra a renda de 14 mulheres, pois uma delas não possui renda e não soube informar a de seus pais.

Os dados obtidos e demonstrados através dos gráficos são importantes para conhecermos a realidade das mulheres. A questão social estudada e analisada mostra que as relações entre capital e trabalho e as relações de poder na sociedade definem a vida das pessoas, excluindo a maioria da participação dos bens e serviços existentes e as incluindo de forma desigual, como mão de obra barata no mercado de trabalho.

3 - As Repercussões da Gravidez na Vida de Mulheres.

A maternidade para muitas mulheres pode ser um sonho, um objetivo, mas para algumas é uma realidade não esperada e não desejada no momento de suas vidas. Com a pesquisa realizada junto as mulheres internadas na Maternidade Carmela Dutra como gestantes de alto risco, foi perceptível que as mudanças na vida de mulheres causam dificuldades e preocupações.

As mulheres estão incluídas na sociedade de forma desigual, embora as conquistas através das lutas dos movimentos feministas vêm revertendo este quadro. Mas com a atenção voltada para a realidade das mulheres pesquisadas podemos constatar que estas ainda são discriminadas, usadas como objetos sexuais, com direitos violados, vítimas de violência e falta de políticas públicas.

Por exemplo, a atenção à saúde da mulher está relacionada às condições de reprodução, ou seja, representada tradicionalmente sobre o princípio de que mulher tem que ser mãe. Quando se discute sobre atenção integral à saúde da mulher requer olhar esta em suas várias dimensões, ou seja, no contexto em que estão inseridas: no seu corpo, no seu psicológico, suas emoções, sofrimentos e alegrias, no trabalho, na família.

No entanto, as questões pertinentes à saúde da mulher se reduzem ao cuidado interno do seu corpo, da parte que garante a visão de reprodutora, isto é, do útero, das mamas e do cuidado com os filhos. É importante enfatizar que a mulher precisa de outros cuidados, ela não é somente mãe, companheira, amiga. A mulher precisa de atenção à sua saúde de forma realmente integral, que envolva seu trabalho, suas emoções, preocupações, seu modo de viver e as conseqüências que causam a discriminação e injustiças contra as mulheres, além da importância da prevenção e conhecimentos sobre a realidade e as questões de gênero.

É preocupante que em pleno século XXI, o atendimento às mulheres é dado de forma focalista e reducionista, pautado no binômio saúde-doença, e por se tratar de mulheres, esta forma reproduz a idéia de submissão e do papel de mãe como sendo a única coisa que a mulher sabe desempenhar.

Não é negada a importância óbvia sobre os cuidados com o biológico, pois este também garante a vida, mas o que há muito tempo as mulheres estão tentando dizer à sociedade é que elas não são somente mães. A mulher é trabalhadora, é pesquisadora, é desempregada, é estudante, é analfabeta... Enfim inúmeros fatores determinam sua qualidade de vida e conseqüentemente a sua saúde.

Faria e Nobre (1997), colocam que as desigualdades entre homens e mulheres são construídas pela sociedade e não relacionadas a fatores biológicos e sexuais, mas que há uma intensa relação entre o social e o biológico.

...O papel feminino tradicional estabelece a maternidade como principal atribuição das mulheres e, com isso também o cuidado da casa e dos filhos, a tarefa de guardiã do afeto moral e da família. Ela é uma pessoa que deve sentir-se realizada em casa. (Faria e Nobre, 1997).

As mulheres nem sempre estão preparadas para estas atribuições ou mesmo não querem exercê-las, pois diante do contexto sócio-econômico em que estão inseridas, ser mulher e mãe ao mesmo tempo torna-se uma tarefa muito difícil e penosa, pois segundo Lagarde (1996) citado por Lisboa (2003, p.18):

...O gênero feminino é aquele que mais trabalha; recebe menor retribuição pessoal por seu trabalho; enfrenta mais impedimentos e limitações para alcançar riqueza social; possui mais carências, enfrenta mais privações e satisfaz em menor medida suas necessidades vitais. (Lisboa, 2003 apud Lagarde, 1996).

Portanto, a realidade mostra que as mulheres são vitimizadas pelo sistema econômico que as coloca em situações precárias de sobrevivência, as mulheres vivem em constantes preocupações, principalmente quando se encontra internada para tratamento de saúde.

Contudo, analisaremos as “falas das mulheres” que expressam as repercussões de uma gravidez em suas vidas, mesmo sendo planejada ou não. É importante colocar que, dentre as 15 mulheres entrevistadas apenas 4 disseram ter planejado a gravidez.

3.1 – “As mulheres são sempre para os outros e nunca para si”

De acordo com as "falas das mulheres" é possível perceber as situações em que vivem e como a condição histórica da mulher de ser provedora e única responsável pela harmonia do lar é fato presente.

Estou muito preocupada com meus filhos sozinhos em casa, meu marido tem que voltar e ficar com eles. Aqui eu posso ficar sozinha. (Pérola, 42 anos)

Esta mulher reside no interior do Estado, é agricultora e decidiu que seu marido deveria voltar para casa e cuidar das três filhas, pois, sabendo que alguém estaria com seus filhos, se sentiria mais segura.

Sobre os acompanhantes, é importante ressaltar que é permitido a presença destes durante a internação, mas as condições do espaço físico da instituição não estão preparadas para receber os/as acompanhantes, pois há somente os leitos para as mulheres em tratamento, assim, caso haja um acompanhante este deve dormir numa cadeira ao lado do leito. Segundo alguns profissionais

não é permitido que durma no chão e nem no sofá da sala de visitas para evitar possíveis contaminações e para manter a higiene do ambiente.

Diante desta realidade, estes acompanhantes são atendidos pelo Serviço Social, que os encaminha a albergues noturnos e/ou hotéis conveniados com diárias a preços acessíveis.

De acordo com o relato desta mulher a família, mora em um “rancho” de secar as folhas de fumo, não tem banheiro e possuem um quarto e uma cozinha. No seu relato, ela colocou que não gosta de morar no interior, pois *“tudo é difícil, quando chove não tem como sair”*, segundo ela quando morava na cidade trabalhava como diarista *“a gente sempre tinha um dinheirinho, as vezes as minhas filhas querem alguma coisinha nova e a gente não pode dar, meu esposo é epilético e não consegue arrumar emprego, por isso que fomos morar lá (Pérola, 42 anos).”*

As condições de vida das mulheres as colocam em situações precárias de sobrevivência. Esta mulher relatava que sofria de depressão e que não sabia como a sua vida iria ficar devido a outros problemas de saúde e suas condições habitacionais.

Este é um dos relatos que estaremos analisando, pois a vida de mulheres traduz as condições sociais que lhes foram impostas e as desigualdades produzidas pelo sistema capitalista.

Estou muito preocupada, com medo, meus filhos (6,4,3 anos) estão na creche e o meu esposo está trabalhando, eu não sabia que ia ficar internada, ele não sabe, eu tenho que avisá-lo pra pegar as crianças e pra mandar roupas pra mim... o médico olhou pra mim e disse "amanha vamos ver o que fazemos com ela, e por isso fiquei com medo e eu não sei o que eu realmente tenho, como vão ficar as coisas..." (Cristal, 22 anos)

A preocupação das mulheres não é devido ao seu “problema de saúde”, mas sim sobre a sua família. As próprias mulheres as colocam como únicas responsáveis pelo cuidado dos filhos e neste momento de internação ficam preocupadas. Assim, as mulheres deixam de viver para si e passam a viver pelos filhos. Segundo Lagarde (1996), as mulheres são sempre para os outros e

nunca para si. Do contrário, os homens vivem para si e depois para os outros e tem como centro a sua realização pessoal, enquanto que, a realização das mulheres está diretamente ligada à realização dos filhos e do marido.

...O ser-para-os-outros contém um princípio oculto e alienado. As mulheres devem fazer de um lado suas necessidades pessoais e colocar no centro de suas vidas a necessidade dos outros, devem alienar-se. Ser alheias as suas próprias necessidades e em todo o caso pô-las em segundo plano e satisfazê-las em segundo lugar. Além disso, a condição tradicional da mulher implica na inferiorização, na discriminação e na subordinação das mulheres. Devido a esses princípios genéricos, as mulheres como seres-para-outros, quando satisfazem suas necessidades as fazem com satisfação de menor qualidade, com desejos e com proporções mínimas (Lagarde, 1996, p.148).

As mulheres internadas, quando simplesmente falam, não conversam sobre si, mas sobre as pessoas e suas casas esquecendo que precisam se cuidar e ser cuidadas também.

O atendimento às mulheres ainda é tradicional e autoritário do médico sobre as pacientes. Esta mulher estava desesperada, pois não havia mais ninguém para cuidar de seus filhos que ainda estavam na creche, e seu esposo não sabia que ficaria internada. Com isso percebe-se a falta de relações interdisciplinares no atendimento à saúde da mulher.

As mulheres permanecem inertes no processo de atendimento, fora do contexto da sua situação clínica. Constata-se que as mulheres internadas ficam duplamente preocupadas, de um lado sobre sua saúde e do seu bebê, de outro com os filhos que estão dependendo delas em casa. As preocupações das mulheres são provenientes de dificuldades que enfrentam no dia-a-dia, com a internação e com a gravidez.

3.2 - “A Criação dos Filhos sobra quase sempre para as Mulheres.”

"Eu sofro muito, moro em Pomerode e tenho que vir de 15 em 15 dias para transfusão de sangue que se faz em um dia, mas acabo gastando 3 dias por causa da distância e fico aqui internada" (Jasmim, 28 anos)

A precariedade do Sistema Único de Saúde ainda atinge uma parcela muito grande da população que depende dos serviços. Parcela esta em que as mulheres representam uma grande maioria, pois procuram os serviços não só para si, mas para os filhos e até mesmo para o esposo/companheiro”. Os municípios são responsáveis pela garantia do atendimento básico e, quando necessitam de atendimento especializado as pessoas precisam se deslocar de seu municípios para receber atendimento de outros níveis como o Estadual e Federal.

As formas das políticas públicas de saúde são lamentavelmente arcaicas, focalistas, paliativas e que não dão conta da demanda. Demanda esta, fruto de uma sociedade capitalista que defende um acelerado e desordenado "crescimento econômico" criando pessoas com "mazelas sociais", ou seja, pessoas "doentes de necessidades", pois além dos problemas de saúde, surgem outros devido a forma do atendimento e de como este direito está realmente sendo garantido. Segundo Shiva (1991, p.26), "o maldesenvolvimento é geralmente chamado de crescimento econômico... mais mercadorias e mais dinheiro significam menos vida: na natureza (pela destruição ecológica) e na sociedade (pela negação das necessidades básicas)".

As mulheres possuem a responsabilidade de cuidar dos filhos e quando há a ausência do esposo ou companheiro, por vários motivos tais como: falecimento, separação e "abandono, ou negação da gravidez". Dessa forma, as mulheres passam a dedicar sua vida ao cuidado dos filhos, superando as dificuldades postas pela sociedade por serem mulheres e sem marido, além das dificuldades de ter um emprego que seja reconhecido e bem remunerado.

"Meu primeiro esposo faleceu há 8 anos, eu criei sozinha os meus filhos, um que tinha 4 anos e outro com 6 meses, foi muito difícil, mas eu consegui superar, fiquei muito sozinha e tive que me virar..." (Carisma, 32 anos).

"Eu aprendi com a minha mãe a ser forte, nosso pai abandonou a minha mãe com os 10 filhos pequenos e a minha mãe criou a gente sozinha" (Amélia, 32 anos).

"Eu tenho um filho de 10 anos, engravidei quando tinha 16 anos, meu namorado não quis assumir e ele já tava com outra namorada, então eu nem quis que ele assumisse ... eu levava o meu filho comigo até os quatro anos de idade, ele ficava num carrinho, e eu descascando camarão... Depois não deu mais, a minha família me ajudou, eu pagava uma menina pra cuidar dele..." (Íris, 26 anos).

As famílias chefiadas por mulheres estão submetidas a maiores condições de vulnerabilidade e pobreza, mas que nem todos os domicílios chefiados por mulheres são necessariamente mais pobres. Carvalho (1998) define quatro fatores que parecem contribuir para o agravamento de condição de vulnerabilidade dessas famílias:

Em primeiro lugar, a autora ressalta as condições de trabalho em que as mulheres estão inseridas caracterizadas em piores postos de trabalho, pior remuneração e na ausência de mobilidade social nas atividades ditas femininas; Em segundo lugar, a autora coloca que a mulher quando chefe de família geralmente representa o único adulto responsável pelo sustento da casa e do cuidado com os filhos; Em terceiro lugar, a cultura de que apenas a mulher é responsável pela atividade doméstica dificulta a conjugação entre o trabalho remunerado, cuidado com a casa e com os filhos. Em quarto e último lugar, a autora enfatiza que as famílias chefiadas por mulheres, em grande parte, são decorrentes de gravidezes precoces e instabilidade familiar.

Assim, Carvalho (1998, p.86) coloca que, "no caso brasileiro, não há como negar as evidências empíricas comprovando que as famílias chefiadas por mulheres predominam entre as famílias mais pobres".

De acordo com a pesquisa observa-se que as mulheres sempre carregam consigo a responsabilidade maior de criar os filhos e, quando a falta do esposo acontece como colocam nos depoimentos, neste caso por falecimento e por negação da gravidez, elas precisam garantir seu sustento e o de seu filho. Podemos constatar que embora as mulheres tenham que passar por inúmeras barreiras, do preconceito à exclusão, elas conseguem garantir a sobrevivência, embora, a sociedade vem colocando as mulheres em condições de miséria familiar, pessoal e profissional.

3.3 - “Não podíamos ter este filho agora...”

Ao se tratar de trabalho das mulheres, a maternidade é colocada como uma das formas de discriminação, muitas mulheres deixam de trabalhar por estarem grávidas devido a demissões e/ou pelas dificuldades de ter filhos e trabalhar fora de casa.

"Eu tinha começado a trabalhar de empregada na casa de uma fonoaudióloga do posto de Tijucas, estava nos três meses de experiência e eu desisti porque não conseguia fazer o serviço direito, eu desmaiava... eu não vou poder mais trabalhar enquanto o meu filho estiver pequeno, a creche não aceita recém-nascido, meu esposo estava desempregado, faz 15 dias que começou a trabalhar. nossa casa não é boa tem 1 quarto, 1 cozinha e um chuveiro, não recebemos ajuda de ninguém. Eu não queria que ela nascesse agora, eu não tenho nada, nem enxoval, nem banheirinha eu tenho pra dá banho nela.. (Chorou)...(Cristal, 22 anos)

As repercussões da gravidez na vida de mulheres demonstram ainda mais as condições precárias de sobrevivência. O depoimento desta mulher, grávida do 4º filho, reflete as formas de atendimento e atenção do Estado perante os cidadãos. A situação de pobreza e vulnerabilidade dificulta o planejamento familiar e as perspectivas de vida que as mulheres possam ter.

Segundo Faria e Nobre (1997, p.27),

No campo da saúde e direitos reprodutivos, a constituição afirma que os casais podem planejar e ter filhos,... que o Estado deve prover os meios e informações necessárias para isso. Infelizmente, para muitas brasileiras estas e outras conquistas não saíram do papel.

Estas autoras colocam que os direitos das mulheres de planejar ter filhos não é viabilizado. É possível perceber, através dos relatos, que as mulheres têm consciência das condições precárias em que vivem e que por isso não queriam ter filhos no momento.

Os relatos das mulheres mostram como não estavam preparadas para ter mais um membro na família devido às condições financeiras e de trabalho.

"Não podíamos ter este filho agora... tem mês que a renda é boa, mas tem mês que meu esposo não consegue emprego, quando ele tá trabalhando eu fico mais aliviada, só o meu salário de auxiliar não dá conta...estamos construindo e pagando a nossa casa aos poucos, gastamos uns 500 reais, e falta forro, reboco e os acabamentos"(Esmeralda, 31 anos).

As condições de trabalho de mulheres e homens pobres no capitalismo dificultam a garantia das necessidades básicas de sobrevivência. A família desta mulher é composta por três pessoas, um número considerado razoável nas condições atuais, mas que no entanto não conseguem renda fixa que garanta segurança financeira. Segundo Martins (1997), citado por Lisboa (2003),

...O que se chama de pobreza, em termos concretos é privação "privação de emprego, privação de meios para participar do mercado de consumo, privação de bem-estar, privação de direitos, privação de liberdade e privação de esperança..

Diante do contexto em que vivem, as mulheres realmente são privadas de terem esperança, vivem de incertezas e inseguranças que impedem o planejamento e a participação na

vida em sociedade, não só do mercado de trabalho, mas na política, no controle social, no exercício da cidadania.

"Meu esposo não paga INSS e nem eu... ele não deixa eu trabalhar... disse que eu não preciso..." (Iris, 26 anos).

Através deste relato, podemos perceber que as mulheres ainda aceitam com subordinação a ordem do marido. Muitas mulheres decidem por não trabalhar e ficar em casa cuidando dos filhos. Outras reconhecem que estão realizando este papel, mas que são infelizes por não terem oportunidades de escolher; e outras que possuem autonomia e poder econômico no sustento da família e sobre suas vidas.

"Estamos apurados, com essa renda e mais dois filhos agora, porque são gêmeos... Só pelo aluguel, as vezes a minha tia cobra 180 reais, 120... porque ela também precisa." (Carisma, 32 anos)

Oliveira (2003), traz uma discussão sobre as articulações entre o público e o privado na contemporaneidade onde enfatiza a necessidade de uma "reengenharia do tempo", ou seja, repensar as condições de vida de homens e mulheres com relação ao trabalho. O relógio do mundo moderno está cada vez mais acelerado e desumano alienando as pessoas devido a necessidade de sobrevivência e processo de produção em que estão inseridas.

Segundo a mesma autora, para que as mulheres entrassem no "mercado de trabalho" foi imposta a condição de entrar no mundo dos homens e deixar de ser mulher. "Isso significa esconder tudo aquilo que compõe a vida das mulheres, ou seja, a vida privada, os filhos, a gravidez" (Oliveira, 2003).

As mulheres estão inseridas nas mais precárias condições de trabalho, como afirma Neves (2000, p. 173),

...Apesar da crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, podem-se detectar, nas diferentes análises, a segmentação por gênero no mercado de trabalho com a concentração feminina em determinados guetos ocupacionais e, além disso, a concentração de mulheres em postos de trabalho mais instáveis possíveis e de piores remunerações.

Com isso, a entrada das mulheres no mercado de trabalho significou uma tarefa a mais para as mulheres, pois estas ainda são responsáveis pelo trabalho da casa e do cuidado dos filhos, ou seja, a mulher passou a adquirir mais uma jornada de trabalho, somando assim, a tarefa de cuidar dos filhos, da casa e do marido.

3.4 – “Esta gravidez será um atraso de três anos na nossa vida...”

As transformações na vida de homens e mulheres na sociedade são constantes, boas ou ruins. As transformações podem ser esperadas, desejadas ou indesejadas, ocasionando um grande transtorno.

A maternidade na vida de algumas mulheres é desejada e esperada, para outras não. Sempre pensamos que para as pessoas que não planejam as conseqüências são negativas, já para quem planeja são sempre positivas. Esta discussão pode parecer verdadeira quando a criança ainda não chegou à realidade.

Certamente para quem não planejou uma gravidez as mudanças ocorrem de forma mais brusca em relação à mulher ou o casal que planejou ter filhos. Entretanto as transformações são

inevitáveis, principalmente para as mulheres, as mudanças no corpo, na dia-a-dia, no cuidado à saúde, no trabalho.

"Essa gravidez será um atraso de três anos na nossa vida... ficamos felizes, mas muito preocupados no começo (...) vou ter que deixar o serviço, não posso deixar um recém-nascido com uma criança de nove anos, depois eu acerto com eles na firma, a gente faz um acordo..."(Esmeralda, 31 anos).

Para esta mulher, sair do emprego significará na perda da única renda fixa que a família tem, pois seu esposo trabalha como pedreiro e nem sempre possui serviço. Ao analisarmos esta situação, constata-se que a chegada de mais um membro na família significa uma renda a menos no orçamento, pois as mulheres não conseguem trabalhar fora e cuidar dos filhos sem uma creche ou uma pessoa com quem possa deixá-los.

"Não quero nem falar, senão eu fico doida.... Tenho mais dois filhos, estamos morando aqui faz um ano, eu estou trabalhando como faxineira.... não sei nem o que eu vou fazer, como as coisas vão ficar... eu nem penso mais nisso..."(Marrom, 27 anos)

Como podemos perceber nos relatos, a gravidez representa uma mudança forte na dinâmica familiar, na vida destas mulheres que não estavam esperando esta transformação. Com isso, as mulheres têm que pensar alternativas de superação de um problema que devido a fatores sócio-econômicos pode ser para a vida toda.

Segundo Badinter (1985), em sua teoria sobre o "mito do amor materno", este amor existe desde a origem dos tempos, mas que não existe necessariamente em toda as mulheres.

Que os biólogos me perdoem a audácia, mas sou dos que pensam que o inconsciente da mulher predomina amplamente sobre os seus processos hormonais. Aliás, sabemos que a amamentação no seio e os gritos do recém-nascido estão longe de provocar em todas as mães as mesmas atitudes. Badinter (1985, p.16).

Percebemos que para estas mulheres entrevistadas a gravidez veio no momento indesejável devido as condições financeiras da família. A maioria das mulheres deseja ter filhos, mas por não possuírem suportes econômicos a gravidez passa a ser uma preocupação. Por isso que as mulheres precisam ter acesso às condições e informações que as possibilitem planejar quando ter filhos.

Dentre as mulheres entrevistadas, apenas uma colocou como inaceitável a gravidez no momento e que já havia tentado reverter a sua situação através de um aborto, como coloca no seu relato:

"...Não era a hora de eu ter um filho, não estou preparada, ele acabou com a minha vida. Vamos ver no que vai dar"... Eu tentei tirar, eu não queria este filho... procurei a minha médica, ela disse que não fazia aborto e também pediu que eu não procurasse nenhuma clínica e nem tentasse com instrumento como algumas mulheres fazem porque isso prejudicaria ainda mais. Então ela me disse o que eu poderia tomar... Tomei o Citotec, tomei mais do que a dose e não avisei pra ninguém, fiquei em casa e começou a me dar calafrios, a tremer, passei muito mal, parecia que eu ia desmaiar. Consegui chegar até a delegacia que era a coisa mais próxima da minha casa, falei pra me levarem pro hospital, eles perguntaram o porquê, e eu insisti: me levem pro hospital agora que eu tô passando mal e apaguei... Acordei no hospital sendo tratada, disseram que o meu bebê estava bem, mas que eu poderia ter morrido também por causa da dose, intoxicada.."(Violeta, 23 anos).

Para Rangel (1993), as mulheres mais jovens, ao contrário de muitas décadas atrás, possuem planos diferentes do que ser mães. Embora as dificuldades, estas mulheres tiveram maior acesso à escola, o que colocou para mais longe a idéia de casar e ter filhos.

Segundo a mesma autora, “a gravidez vem para a maior parte dessas jovens mulheres como um corte brusco em tudo isso, um desafio para o qual não se sentem preparadas. Um verdadeiro susto do qual algumas não se recuperam”. (Rangel, 1993)

Sabemos que a prática do aborto é considerada ilegal e criminosa, no entanto percebe-se que mesmo nestas condições esta prática é realizada. Com esta pesquisa constata-se que a gravidez é algo incontrolável tanto pelas mulheres como pelos homens, ou seja, eles não planejam a gravidez e nem se previnem com relação a isto. Contudo, podemos nos perguntar o porquê destes comportamentos. Estes são reflexos de como as políticas sociais ganham espaço e da forma como são planejadas e executadas para atender esta demanda. As políticas sociais devem estar interligadas, com as de saúde, educação, de trabalho e renda, para o enfrentamento destas questões, pois muitas famílias não possuem acesso à informações, não tem poder e nem autonomia de decidir suas vidas devido as condições precárias de sobrevivência, sem perspectivas de melhorar e realizar seus objetivos.

Muitas mulheres, devido ao contexto histórico e cultural sobre a gravidez, aceitam em ter filhos para satisfazer o desejo do esposo. É muito mais fácil para os homens terem filhos do que para as mulheres, principalmente quando esta não é a sua vontade.

"Eu não queria esta gravidez, eu já tenho quatro filhos do meu outro casamento, meu marido que quis, ele escondeu os meus comprimidos... então eu deixei e não fiz esforço pra comprar outra cartela porque é a vontade dele"(Jasmim, 28 anos).

Para Badinter (1985), "o amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento humano, é incerto, frágil e imperfeito". Ao contrário dos preconceitos ele pode ou não despertar numa mulher, e que talvez não está tão profundamente inscrito na "natureza feminina".

Observando-se a evolução das atitudes maternas, constata-se que o interesse e a dedicação à criança se manifestam ou não se manifestam. A ternura existe ou não existe. As diferentes maneiras de expressar o amor materno vão do maior ao menor, passando pelo nada, ou quase nada (Badinter, 1985, p.22).

Segundo a mesma autora, ao estudar a maternidade, os “comportamentos maternos”, precisamos considerar algumas variáveis. Tais variáveis significam ver a “mãe” como uma personagem “relativa e tridimensional”. Relativa no sentido que só se concebe enquanto mãe em relação ao pai e ao filho. E Tridimensional, porque além dessa dupla relação, a mãe é também uma mulher, isto é, “um ser específico dotado de aspirações próprias que freqüentemente nada tem a ver com as do esposo ou com os desejos dos filhos” (Badinter, p.25).

Entretanto percebe-se que as políticas de atenção às mulheres e a sociedade como um todo não interpreta a mulher desta forma e que por isso, ela ainda continua passando por discriminações, violência e preconceitos.

Segundo Faria e Nobre (2000), a inclusão dos temas gênero nas políticas públicas é produto do esforço do movimento de mulheres. As mulheres lutam pela equidade de gênero nas políticas públicas, ou seja, que as políticas de atendimento às mulheres considerem a realidade por estas vividas, ou seja, entender a mulher em suas dimensões, relacional e tridimensional.

O princípio de equidade supõe considerar as diferenças, pois ao tratar igualmente homens e mulheres, estas ficariam em desvantagem, pois são diferentes e possuem particularidades. Por isso, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, que ao remeter à situação de mulheres na sociedade este é fundamental para a garantia dos direitos.

As transformações na vida de mulheres com a gravidez mostram a situação em que estão inseridas. Situações estas de miséria, dificuldades e preocupações conseqüentes das condições econômicas e sociais e das condições históricas e culturais que remetem à mulher a responsabilidade de ser mãe, excluindo-as de participar politicamente da vida em sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada com as mulheres foi proveniente de um processo de trabalho no estágio obrigatório, onde se percebeu a importância de explorar o universo trazido pelas mulheres internadas com gestação de alto risco.

A necessidade de conhecer as repercussões na vida das mulheres com a gravidez surgiu durante as intervenções e as abordagens, uma vez que sempre estavam se queixando das dificuldades e das preocupações. O interessante é que estas preocupações não diziam respeito à situação de saúde destas mulheres, mas sim sobre a casa, os filhos, o esposo e sobre as mudanças com relação à gravidez.

O resultado encontrado através das entrevistas e reuniões traduz a forma como a mulher ainda é vista na sociedade. As mulheres ainda são vítimas de preconceitos e discriminação, onde o amor materno é colocado como natural e como obrigação de todas as mulheres.

O que constatamos é que a necessidade de ter filhos não é algo desejado por todas as mulheres e que mesmo as que desejam ter filhos muitas vezes não possuem condições de criá-los. Com isso, as mulheres não são preparadas para enfrentar as transformações que uma gravidez pode causar em suas vidas, ocasionando as preocupações e dificuldades que devem ser superadas diariamente.

As políticas públicas de atenção à mulher reproduzem idéias focalistas na relação mãe-filho, contribuindo com a visão de reprodutora que a sociedade coloca às mulheres. Para que o atendimento à mulher seja de forma integral é preciso considerar as demais relações que as mulheres fazem parte.

Por isso, que atender à saúde da mulher requer considerar as relações de poder, de violência, de preconceito, de discriminação, de desigualdade, de carinho, de amor, de luta por

melhores condições de vida. Isto significa olhar a mulher como um ser integral, ou seja, repensar as formas de atendimento que é dado às mulheres na saúde, na educação e no trabalho.

O contexto institucional da Maternidade Carmela Dutra atende as necessidades de saúde-doença destas mulheres gestantes, mas não considera as demais relações em que as mulheres estão inseridas. Não é perceptível uma integração de profissionais com o objetivo de fazer da interdisciplinariedade um instrumento de intervenção.

O trabalho interdisciplinar garante a qualidade do atendimento e o coloca em diversas dimensões estratégicas e sistematizadas para atender a demanda dos usuários que, neste caso, poderiam ser:

- O primeiro contato com os usuários, a aproximação, o conhecimento;
- O atendimento ao seu “problema de saúde” e tratamento;
- A mobilização e incentivo a participação fazendo-os sujeitos deste processo;
- A prevenção no que se refere ao cuidado da saúde e nos meios bem como informações sobre o planejamento familiar;
- Trabalhar as questões de gênero através de atividades grupais e também individuais, para ampliação de seus conhecimentos e perspectivas com relação a sua vida, trabalhando no viés das relações sociais nas quais as mulheres estão inseridas.

A comunicação entre os profissionais seriam constantes e fundamentais na melhoria do atendimento. Com isso, beneficiaria a instituição, os usuários, os profissionais e o desenvolvimento de pesquisas cujos resultados ampliariam as possibilidades de intervenção e de garantia de direitos.

Dessa forma, gostaria de colocar o que Nogueira (1998) entende sobre o trabalho interdisciplinar, “O trabalho em equipe situa-se como uma das formas de dar maior rentabilidade

às atividades humanas, superando as ações fragmentadas e buscando uma visão de globalidade, atributo dos fenômenos e fatos sociais”.

O trabalho interdisciplinar não significa ter vários profissionais de diferentes áreas, mas sim a inter-relação destes, ou seja, na junção de diferentes áreas do conhecimento científico para atender a demanda e “solucionar problemas”, viabilizar o exercício da cidadania e o reconhecimento enquanto sujeitos de direitos e deveres no processo de construção das relações sociais para que estas sejam baseadas nos princípios de igualdade e justiça.

É importante colocar que o Serviço Social defende e possui a integralidade como fundamental no processo de intervenção profissional, esta é uma das características que fazem da profissão ser essencial no processo de construção das relações sociais.

Com isso, também poderíamos dizer que as políticas de atendimento à saúde da mulher seriam fontes e instrumentos de desconstrução da condição de subordinação e discriminação em que as mulheres ainda se encontram.

Esta pesquisa foi realizada num espaço de tempo considerado curto, para uma pesquisa qualitativa, por isso que não tratamos mais detalhadamente sobre as demais políticas e assuntos pertinentes ao objeto estudado. Entretanto, esta experiência teve pontos muito significativos e importantes para o desenvolvimento de futuras pesquisas que serão desenvolvidas.

Estudar as repercussões da gravidez na vida das mulheres atendidas é um passo para esta desconstrução, e para os estudos sobre a maternidade e a vida de mulheres. Dessa forma, podemos dizer que este trabalho corresponde a um ensaio sobre as trajetórias da maternidade, das transformações ocorridas na vida das mulheres com a gravidez, pois como perspectiva deste trabalho fica a necessidade de pesquisar as “trajetórias maternas” e verificar como estas transformações ocorrem, ou seja, o antes, o durante e o depois da gravidez na vida de mulheres.

BIBLIOGRAFIA

BADINTER, Elizabeth. Um Amor Conquistado: o mito do amor materno. Nova Fronteira: rio de Janeiro, 1985.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Rideel ed

CARVALHO, Luiza. Famílias Chefiadas por Mulheres: relevância para uma política social dirigida. In: Serviço Social e Sociedade. Temas contemporâneos. No 57. Ano XIX, julho 1998.

COHN, A. ; ELIAS, P. E. Saúde no Brasil: política e organização dos serviços. São Paulo: Cortez. CEDEC, 2001.

CORTES, Soraya M. V. Técnicas de Coleta e Análise Qualitativa de Dados. In: Cadernos de Sociologia. Pesquisa social empírica: métodos e técnicas. Porto Alegre: PPGS/UFRGS, 1998.

GIL, Antônio C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 1994.

FALEIROS, V. P. Estratégias em Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1997.

IAMAMOTO, M.V. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

LAGARDE, Marcela. Gênero y Feminismo: desarrollo humano y democracia. Cadernos Inacabados. Madrid: Horas y horas, 1996.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, No. 8080/ 1990.

LEITE, M.C.T.M. A Intervenção em Serviço Social: visão praxiológica. São Paulo: Cortez, 1982.

LISBOA, Teresa K. Gênero, Classe e Etnia: trajetórias de vida de mulheres migrantes. Florianópolis: UFSC; Chapecó: Argos, 2003.

_____ Mulheres Migrantes de Origem Cabocla e seu Processo de Empoderamento. In: KATALYSIS. v 5, n 1. Florianópolis: UFSC, 2002.

LOURO, Guacira L. Gênero, Sexualidade e Educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

LUZ, Madel T. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática”- anos 80 – In: Ministério da Saúde, Projeto Gerus. Brasília, 1995.

MERHY, Emerson E. em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (orgs). Praxis en Salud: un desafio para lo publico. Buenos Aires: Lugar Editorial, São Paulo: HUCITEC, 1997.

Minayo, M. C. (org). Pesquisa social: teoria método e criatividade (verificar)

NALU, Faria & NOBRE, Miriam (orgs). Gênero e Desigualdade. Cadernos Sempreviva. SOF: São Paulo, 1997.

NALU, Faria ; SILVEIRA, M.L. ; NOBRE, Miriam. (orgs). Gênero nas Políticas Públicas. Cadernos Sempreviva. São Paulo: SOF, 2000.

NEVES, M. de A. Reestruturação Produtiva, Qualificação e Relações de Gênero. In: ROCHA, Maria, I. B.(org). Trabalho e Gênero: mudanças, permanências e desafios. ABEP, NEPO/UNICAMP e CEDEPLAR/UFMG. São Paulo: editora 34, 2000.

NOGUEIRA, Vera M. R. Assimetrias e Tendências da Seguridade Social Brasileira. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Seguridade Social e Cidadania, no 65, Ano XXII. São Paulo:Cortez, 2001.

_____. A Importância da Equipe Interdisciplinar no Tratamento de Qualidade na Área da Saúde. In: Katálysis. Saúde, Estado e Sociedade Civil, no 3. Editora da UFSC: Florianópolis,1998.

OLIVEIRA, Rosiska D. Reengenharia do Tempo. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

PASSOS NOGUEIRA, R. O Trabalho em Serviços de Saúde. In:MS/FNS/OPS. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário: Projeto Gerus. Brasília, 1995.

RANGEL, Olívia. Menina-Mãe. Revista Presença da Mulher. Paraná: Sara Sorrentino, 1993.

RICHARDSON, Métodos em Pesquisa Social.(verificar)

SARMENTO, Herber B.M. Serviço Social nas Tradicionais Formas de Regulação Sociopolítica ao Redimensionamento de suas Funções Sociais. (s.n.), 1993.

SCIAR, Moacyr. Do Mágico ao Social: a trajetória da saúde pública. São Paulo: L&PM editores, 1987.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: Educação & Realidade. v1, n°1. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, 1976.

SHIVA, Vandana. Mulher, Ecologia e Sobrevivência. São Paulo: Publicações Rede Mulher. Caderno 1. UNIFEM, 1991.

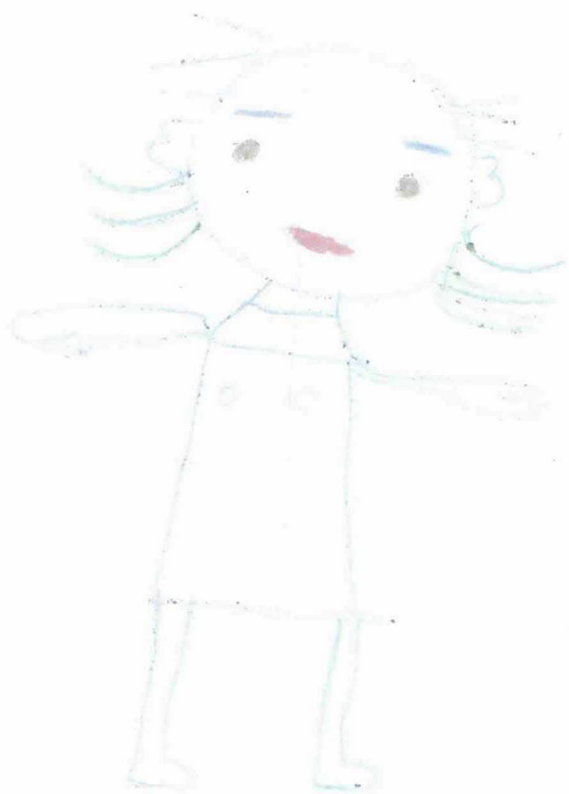
SILVA, M.L.L. Um Novo Fazer Profissional. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. CEFESS – ABEPSS CEAD/NED UnB, 1996.

SOUZA, Gladys M. B. Mulheres Grávidas Trabalhadoras: uma proposta educativa para o exercício da cidadania. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. UFSC. Pelotas, 2001.

VASCONCELOS, A.M. de. A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

WANDERLEY, Luis.E.W. A Questão Social no Contexto da Globalização: o caso latino-americano e o caribenho. In: CASTEL, R. ; WANDERLEY, L.E.W. e SELFIORE, W.M.. Desigualdade e Questão Social. São Paulo: EDUC, 2000.

ANEXO A



Handwritten text, possibly a signature or name, located below the drawing.



se guardava ao norte Santa Catarina

Profusão do lar.

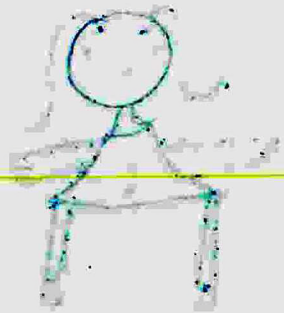


Petrolin dace



maro em Rancho
queimada.



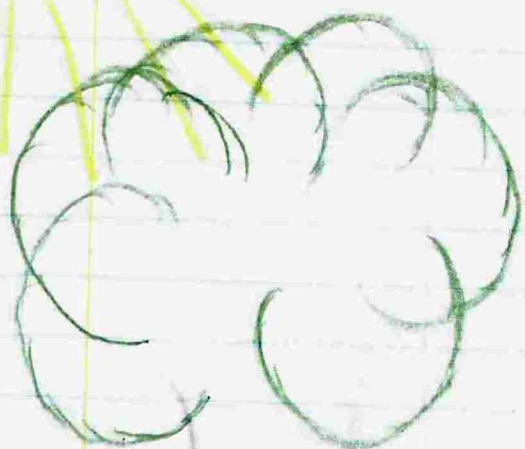


Handwritten text at the bottom of the page, possibly a signature or name, which is partially obscured and difficult to read.



Person

ANEXO B



china

ANEXO C

Questões Norteadoras da Entrevista.

- 1 - “Questões referentes ao Estudo Sócio-Econômico na ficha em anexo”.
- 2 - Como você está se sentindo com relação à gravidez?
- 3 - Você estava esperando engravidar? Vocês planejaram?
- 4 - Como foi a sua reação, o que pensou? (independente se foi planejada ou não).
- 5 - Como é a sua atividade diária, o seu trabalho?
- 6 - O que você acha que vai mudar em sua vida com esta gravidez?
- 7 - Quais as dificuldades e desafios que acha que enfrentará com a chegada de um novo membro na família?
- 8 - Quais as suas perspectiva e os planos para o futuro?

