

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

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO
SERVIÇO SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE
FLORIANÓPOLIS-SC

ACADÊMICA: LUCIANE GUISSO

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 12/04/06

FLORIANÓPOLIS
2005/02

LUCIANE GUISSO

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO
SERVIÇO SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE
FLORIANÓPOLIS-SC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Universidade Federal de Santa Catarina.

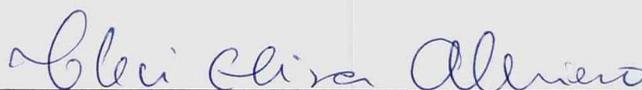
FLORIANÓPOLIS
2005/02

LUCIANE GUISSO

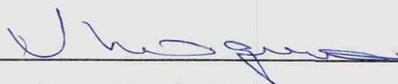
**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DO
SERVIÇO SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE
FLORIANÓPOLIS-SC**

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

Florianópolis, 12 de abril de 2006.



Profa. Cleci Elisa Albiero, Msc.
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Orientadora



Profa. Vera Maria Ribeiro Nogueira, Dra.
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Primeira examinadora



Profa. Andréia de Oliveira, Msc.
Professora do Departamento de Serviço Social – UNISUL
Segunda examinadora

Dedico este trabalho a toda a minha família.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço a Deus, por ter me dado força, coragem, serenidade para realizar esta graduação;
- Agradeço, principalmente, aos pais, Idovino e Helena Salete, por toda a dedicação, incentivo; pelas palavras de encorajamento, por “entenderam” a necessidade da minha ausência, e “compreenderem” que os sonhos precisam perseguidos e conquistados;
- Aos meus irmãos Leocir e Cidiane, pela amizade, pela atenção, carinho, momentos de descontração vividos;
- À professora Cleci, que demonstrou ser além de uma grande orientadora, uma grande amiga. Muito obrigada, pelo encorajamento, pelas palavras de perseverança e dedicação com que conduziu todo este processo de orientação;
- À minha orientadora de campo, Sarita Elisabeth Berreta, pela receptividade, paciência, **contribuições profissionais** fundamentais no meu processo de aprendizagem da prática profissional. Agradeço também, pela amizade, orientação, prestatividade.
- Agradecimento *especial*, às mães de bebês prematuros da MCD, que participaram do grupo de trabalho. Sem *vocês*, este trabalho não teria sido possível;
- À enfermeira Odete, e estagiária de enfermagem Sônia, por aceitarem partilhar dos encontros, e contribuírem com seus conhecimentos e experiências. Muito obrigada!
- Agradecimento especial a: mãe T. e sua família, a mãe C., a mãe M. e família, a mãe F., por aceitaram fazer parte deste trabalho, pela receptividade, e pelas entrevistas concedidas;
- Aos profissionais da Maternidade Carmela Dutra, pela experiência de estágio proporcionada;
- Às amigas de Cdia, especialmente: Cinara, Franciele e Elisa;
- Agradeço aos amigos, que conheci durante toda a fase do curso, mesmo não citando estejam certos que sempre estarão guardados em meu coração. Agradecimento especial à: Eva, Isabel, Shirlei, Janize, Keila, Cíntia.
- À minha amiga Lisa, pela amizade, pela solidariedade, incentivo. Valeu!

- Ao PET (Programa de Educação Tutorial) de Serviço Social, pela oportunidade da vivência do trabalho em grupo, pelo aprendizado adquirido;
- Enfim, a todos, que colaboraram para a concretização deste trabalho. Muito obrigada!

RESUMO

A Educação em saúde, inicialmente foi usada pelo Estado brasileiro enquanto forma de imposição de normas e disciplinas a população, com o intuito basicamente de controle das endemias da época, assegurando o desenvolvimento do modelo econômico agro-exportador. Atualmente esta prática tem tornado-se uma constante nas atividades desenvolvidas pelos vários profissionais, em especial, os da área da saúde. Para o profissional de Serviço Social, esta ação apresenta-se enquanto demanda e tendência de **trabalho, junto às diversas** instituições de atendimento. Assim, essa prática também foi utilizada com o grupo de mães de bebês prematuros da Maternidade Carmela Dutra-Florianópolis, durante o período de desenvolvimento do estágio (abril à junho/ 05). A metodologia empregada, através do trabalho em grupo, possibilitou atender um total de 44 mães, que participaram diariamente dos encontros organizados e/ou coordenados pelo Serviço Social. Desta demanda, foi possível traçar o perfil de 27 mães (61%), sendo que os dados coletados demonstraram que estas mães em sua maioria residiam em Florianópolis (49% das entrevistadas) e 72% delas já tinham mais de filho. A pesquisa de campo, de caráter exploratório–descritivo, realizada possibilitou o reencontro com uma parcela destas mães (quatro amostras), sendo possível através de seus depoimentos conhecer as opiniões das mesmas a cerca do trabalho desenvolvido. As informações cedidas pelas mães, ressaltaram a importância das ações de Educação em Saúde, uma vez que os assuntos tratados foram focados em temáticas vivenciadas pelas mães naquela fase de suas vidas.

Palavras chave: Educação em Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), Serviço Social, Grupo de Trabalho.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Procedência.....	67
Figura 2: Estado Civil.....	67
Figura 3: Faixa Etária.....	68
Figura 4: Grau de Instrução.....	69
Figura 5: Número de Gestações.....	69
Figura 6: Ocupação.....	69
Figura 7: Renda das Mães.....	71
Figura 8: Carteira Assinada.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAP's – Caixa de Aposentadorias e Pensões.

DOC – Desenvolvimento e Organização Comunitária.

IAP's – Instituto de Aposentadorias e Pensões.

INAMPS – **Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.**

INPS – Instituto Nacional e Previdência Social.

LBA – *Legião Brasileira de Assistência.*

MCD – Maternidade Carmela Dutra.

MOPS – Movimento Popular em Saúde.

PSF – Programa de Saúde da Família.

SENAI – Serviço Social de Aprendizagem Industrial.

SESI – Serviço Social da Indústria.

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UTI – Unidade De Tratamento Intensivo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE ENQUANTO DIREITO.....	14
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS: POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE (1870/1960)	14
1.2 O RECONHECIMENTO DA CATEGORIA “EDUCAÇÃO EM SAÚDE” - UM CENÁRIO NO PERÍODO MILITAR.....	19
1.3 DÉCADA DE 80: ABERTURA PARA UM NOVO CENÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	23
1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	25
1.4.1 O Sistema Único de Saúde: aspectos organizativos	26
1.4.2 Contexto pós a implantação do SUS e ações de Educação em Saúde	30
1.4.3 O SUS enquanto espaço de construção da cidadania e aprendizado coletivo.....	33
CAPÍTULO II: O SERVIÇO SOCIAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA ÁREA DA SAÚDE.....	37
2.1 CONTEXTUALIZANDO O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	37
2.1.1 Perfis pedagógicos do Assistente Social – breve apresentação.....	42
2.2 PÓS DÉCADA DE 90: NOVOS ESPAÇOS DE ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE E REGULAMENTAÇÕES PROFISSIONAIS	45
2.2.1 Serviço Social e as práticas educativas no contexto atual	49
2.3 ^{MP} O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA – FLORIANÓPOLIS	54
2.3.1 Breve apresentação da Instituição	55
2.3.2 Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra.....	56
CAPÍTULO III: O TRABALHO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPO DE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS.....	59

3.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL COM GRUPOS.....	59
3.2 O GRUPO DE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS DA MCD- DESCRREVENDO A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO	62
3.2.1 Perfil das Mães de bebês prematuros: participantes do grupo.....	65
3.2.1.1 Apresentando os dados	66
3.3 O REENCONTRO COM AS MÃES: A PESQUISA DE CAMPO	73
3.3.1 Com a palavra as mães da MCD – um breve relato de suas histórias	75
3.3.2 O Trabalho do Serviço Social com Grupo: o olhar das mães.....	81
3.3.2.1 A família enquanto suporte afetivo	88
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXO A - Dinâmicas.....	100
ANEXO B - Perguntas	103
APÊNDICE - Projeto apresentado ao Comitê de Ética da Maternidade Carmela Dutra	
.....	105

INTRODUÇÃO

As práticas educativas em saúde, desde o início do século XX, constituíram-se em intervenções realizadas pelo Estado, cujo objetivo estava no controle das endemias e garantia do modelo econômico agro-exportador do país. É fundamental destacar que todo este processo refletiu na constituição do modelo de atenção à saúde em vigor na época: o sanitarismo campanhista. Diante deste contexto, a participação popular no que concerne a assistência à saúde fora totalmente desconsiderada.

A partir da década de 70, concomitante ao processo de abertura política vivenciado no país, a população de maneira geral passa a participar de forma mais ativa em discussões acerca dos rumos da política nacional. Espaços como sindicatos, movimentos sociais (como o da Reforma Sanitária), foram fundamentais para a derrubada do modelo de atenção, em saúde em vigor, o chamado modelo médico-assistencial privatista.

Assim, as ações de educação em saúde tornam-se práticas de conscientização e difusão de conhecimento. Buscava-se, agora, a efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, de cunho universal, que contemplasse a todos de forma igualitária.

É válido destacar que, a partir da articulação do Movimento de Reforma Sanitária, e conseqüente organização de diversos encontros como da VIII Conferência de Saúde (1986), houve espaço para pensar e definir o novo modelo de saúde, uma vez defendida a idéia que, a categoria “saúde” deveria ser considerada direito de todos e dever do Estado em provê-la. Todo este contexto fora regulamentado na Constituição Federal de 1988, e em leis orgânicas que deram suporte à criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Identifica-se, portanto, que através da mobilização e conscientização da população em torno deste novo rumo da política de saúde, as ações de educação em saúde usadas tiveram papel fundamental.

Além disso, após a estruturação do SUS, estas ações educativas continuam sendo pensadas e realizadas por muitos profissionais, como os da área da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais), no que concerne ao pleno atendimento em saúde e garantia de direitos da população usuária do sistema.

Alguns autores, como Da Ros (2000), Nascimento (2004), Vasconcelos (2001), Wendhausen (1992), têm discutido o trabalho dos profissionais voltado para a dimensão

sócio-educativa, através de um atendimento integral, já que as ações desempenhadas anteriormente neste espaço, de forma técnico-burocrática e focalizadas na causa-efeito da saúde/doença, não têm mais respondido de forma eficaz ao tratamento/cura, bem como na promoção, recuperação e prevenção em saúde.

Assim sendo, neste campo da intervenção profissional o Assistente Social também tem contribuído de forma relevante para o processo de conscientização e garantia do acesso ao atendimento em saúde. Como profissional que atua na ampliação da autonomia do sujeito, garantia de direitos, o mesmo tem encontrado em sua prática a necessidade de desenvolver ações que qualifiquem o atendimento prestado, tornando a "Educação em Saúde" uma importante prática de trabalho.

Diante deste dado é fundamental descrever que este contato mais próximo com o tema "Educação em Saúde" aconteceu durante o período de estágio curricular obrigatório em Serviço Social, realizado na Maternidade Carmela Dutra. Neste momento, houve a oportunidade do desenvolvimento do Plano de Estágio junto ao Programa de Atendimento e Acompanhamento nas Unidades de Internação (Projeto de Atendimento e Acompanhamento no Berçário de Alto Risco e Recanto da Mamãe), que é conduzido pelo Serviço Social desta Instituição.

O público alvo do trabalho foi o grupo de mães de bebês prematuros que questionava a falta de atividades na Instituição durante o período da permanência das mesmas na Maternidade. Diante destes relatos, e com algumas inquietações da própria estagiária, considerou-se pertinente o desenvolvimento do trabalho de Educação em Saúde, enquanto proposta de intervenção.

Assim, desta experiência prática resultou a confecção deste Trabalho de Conclusão de Curso, sendo que a questão norteadora do mesmo foi: a educação em saúde corresponde a uma possibilidade de trabalho do assistente social junto à área da saúde?

Com o intuito de dar respaldo a questão proposta estruturou-se este trabalho em três capítulos. No primeiro encontra-se descrito o processo de construção das experiências de Educação Sanitária (seus agentes, a quem se destinava este trabalho), até a definição atualmente compreendida como Educação em Saúde. Também contempla-se o processo de construção da saúde enquanto direito, os movimentos sociais (mais especificamente o Movimento de Reforma Sanitária), suas trajetórias para a efetivação do Sistema Único de Saúde. Abordar-se-á ainda, de que forma aconteceu a estruturação do SUS, seus princípios organizativos, principais aspectos positivos e negativos do sistema após sua efetivação, bem como este espaço tem se destacado na construção de cidadania.

Público Alvo

cap. 3

No segundo capítulo a ênfase está no Serviço Social inserido na área da saúde, apresentando um breve histórico desta participação até os dias atuais. Segue caracterizados os principais perfis pedagógicos da profissão vivenciados ao longo do cenário histórico de sua organização. Destaca-se também, como estão organizados os principais espaços de atuação do assistente social no contexto após a criação do SUS, as regulamentações surgidas que dão respaldo a esta atuação, bem como as principais demandas atendidas. Complementando, serão explanados os principais eixos de intervenção profissional do assistente social e como este profissional tem entendido a Educação em Saúde no contexto atual. Para finalizar este capítulo, segue caracterizado de que forma o Serviço Social foi implementado na Maternidade Carmela Dutra, além das principais ações realizadas atualmente.

Com o terceiro capítulo procura-se demonstrar a experiência prática de trabalho em Educação em Saúde, realizada junto à Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis: o processo desenvolvido durante o estágio, o perfil do público atendido, a organização dos encontros coordenados e/ou organizados pelo Serviço Social. Buscar-se-á contemplar também o trabalho de campo realizado para a coleta de depoimentos destas mães (total de 4 amostras), bem como a avaliação destas mães através de seus relatos em torno de todo o processo de trabalho vivenciado.

Assim sendo, na seqüência, será dado início a explanação dos capítulos que compõe este trabalho.

CAPÍTULO I:
A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE ENQUANTO DIREITO

no início

A composição do atual quadro de entendimento e do conceito da política de saúde, foram resultados dos diversos embates entre Estado e sociedade no decorrer da história brasileira. Neste sentido, neste primeiro capítulo será realizada uma breve descrição do atendimento em saúde desde o final do século XIX até os dias atuais, demonstrando como aconteceu a construção deste conceito enquanto direito e, principalmente, como as ações de Educação em Saúde desenvolvidas, influenciaram numa importante conquista da sociedade brasileira, assegurados na Constituição Federal de 1988: a saúde enquanto direito e dever do Estado.

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS: POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE (1870/1960)

A assistência à saúde esteve, desde o início, associada ao cenário político e social do Brasil. De 1870 a 1930 o país presenciou economicamente a época da expansão do capitalismo competitivo. Predominava o modelo rural, com economia basicamente agrária e exportação de matérias-primas e importação de manufaturados.

A intervenção do governo voltava-se para a “urbanização das áreas portuárias atingidas pelas moléstias infecto-contagiosas que, pela sua gravidade abalaram o processo agro-exportador brasileiro” (BORBA, 1998, p.20). As medidas tomadas dirigiam-se ao combate de epidemias (como a varíola, peste, febre amarela), uma vez que a presença destas moléstias gerava problemas para a plantação e exportação do café.

Não havia por parte da esfera nacional maior preocupação com a Saúde Pública¹, cabendo portanto às pessoas, comprar os serviços de assistência médica de profissionais

¹ Quer se torne como referencial a história do Egito, da Grécia, ou de Roma, o começo da Saúde Pública pautava-se principalmente em higiene, que podia ser, segundo Hipócrates, dos ares, das águas, dos lugares. Sua base teórica pressupunha o estudo dos astros e a existência de emanações/miasmas que brotariam dos pântanos, por exemplo, e seriam responsáveis pelas doenças/epidemias

liberais. Aos mais “carentes” restavam apenas duas alternativas: “a medicina popular (leigos, curadores, práticos, benzedeiros, etc) ou o auxílio das Santas Casas de Misericórdias, destinados ao tratamento e amparo aos indigentes e pobres”. (CHIORO; SCAFF, 1988, p. 02)

O modelo de atenção em saúde apoiado pelo Estado brasileiro no final do século XIX – sanitarismo campanhista² – correspondia a “uma visão de inadaptação de combate de doenças de massa, com a criação de estruturas *ad hoc*, com forte concentração de decisões e com um estilo repressível de intervenção sobre os corpos individual e social”. (MENDES, 1995, p.20).

Esse modelo de assistência à saúde objetivava o combate das doenças por meio de estruturas verticalizadas de execução em comunidades e cidades. De acordo com Amorim (1995), o que ocorria neste momento era um forte investimento do Estado em Educação Sanitária, com vistas a responder às conseqüências do sistema capitalista que estava em implementação.

Através das ações do sanitário campanhista, organizadas e executadas pelo Estado, são identificadas “as primeiras práticas de educação em saúde, nas quais predominava a imposição de normas e medidas de saneamento consideradas científicas” (NASCIMENTO, 2004, p. 79). Estas ações eram efetuadas através de campanhas urbanas, com caráter de brevidade, pois, segundo Vasconcelos (2001, p.25) para “as autoridades, o povo era incapaz de maiores entendimentos” acerca dos problemas de saúde vividos.

Assim sendo, estas práticas de Educação Sanitária³ deixaram de lado o ator popular desta participação, uma vez que o interesse do Estado estava associado ao controle da sociedade e aumento da produção.

Cabe aqui fazer uma breve distinção dos termos Educação Sanitária e Educação em Saúde⁴. De acordo com Da Ros (2000) as ações desempenhadas pelo Estado eram mais

(teoria miasmática, ou dos eflúvios (ROSEN, 1994). Segundo Da Ros (1991, p.77) “esta teoria resiste, com maior ou menor intensidade, até a teoria bacteriana do século XIX. Com o declínio do Império Romano, os bárbaros, entre outras causas, destroem o modelo de civilização hegemônico na Europa, que se concentrava em cidades. É interessante notar que as preocupações com a higiene (SPB) eram exclusivamente relacionadas ao meio urbano: construções arejadas e higiênicas, com distribuições de água potável, e pensando na exclusão dos dejetos”.

² Este modelo de atenção à saúde, segundo Nascimento (2004), existiria até a década de 60, quando seria substituído pelo modelo médico-privatista.

³ Ou Educação em Saúde, conforme trabalho de Eymard Vasconcelos (1997).

⁴ Segundo Da Ros (2000, p. 132) “enquanto proto-ideia (FLECK, 1986), existe a noção, desde a antiga Roma, de que educar em saúde (praticar a higiene) é uma forma de garantir a mudança de comportamentos, para que as pessoas não adoçam (ROSEN, 1994). Mais tarde, no século XVIII,

comumente chamadas de “Educação Sanitária”⁵, sendo que a expressão “Educação em Saúde” só viria a ser reconhecida na década de 70⁶, enquanto prática conduzida pela própria sociedade.

Ainda, neste período, segundo Oliveira (2000, p.13), “[...] se organizou no Brasil uma idéia de ‘pedagogia higiênica’. A ‘população alvo’ [...] eram as famílias pertencentes à elite”. As ações desenvolvidas pelo Estado estavam “preocupadas” com a garantia de saúde das classes mais abastadas. Conforme observa Costa (1984, p.12),

a família dos grandes proprietários começou a ser incisivamente definida pela higiene social como incapaz de proteger a vida da criança e do adulto. Valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a educação higiênica impôs às famílias de elite dominante uma educação física e moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos de moralidade sanitária. Esta educação dirigida às crianças, modificou os costumes familiares, introduziu o culto à saúde e alterou os velhos hábitos coloniais.

A ideologia do Estado baseava-se na idéia de que “a salvação nacional passava pela europeização e branqueamento da população através da imigração estrangeira e imposição de novos padrões de comportamento” (VASCONCELOS, 1997, p.26). Porém alguns intelectuais da época começam a questionar as crenças defendidas pelo Estado, uma vez que os mesmos acreditavam que o problema brasileiro estava nas doenças que tornavam a população preguiçosa e sem iniciativa. (VASCONCELOS, 2001)

Para conduzir o trabalho sanitário no Brasil, na década de 20 foi fundado o Instituto de Higiene de São Paulo, que tinha por finalidade “preparar intelectuais para atuarem na área da Saúde Pública” (Amorim, 1995,p.09).

Paralelo ao contexto descrito os trabalhadores urbanos passaram a organizar-se em corporações de trabalho. A partir de 1923 os mesmos conquistaram o direito de acesso aos serviços de saúde através da criação da Lei Eloi Chaves. Esta lei estabeleceu as Caixas de

preconiza-se a educação/informação em saúde, como base para que as pessoas possam inclusive mudar a realidade social”.

⁵ Para Da Ros (2000, p. 134) a “Educação Sanitária tem, portanto, as seguintes características: higiene (ou cuidados) individual para evitar doenças – que não são responsabilidade dos indivíduos (ou de seus pais que não lhe garantem educação) – ; estes cuidados, embora sejam pensados de várias maneiras, por exemplo, saneamento de meio ambiente, combate a fatores de risco, existência de habitação arejada, etc.[...] Nas características [...] acrescenta-se, [...] uma concepção de que o educador é conhecedor da ‘verdade científica’ e que deve inculcar tal conhecimento em uma população, objeto do planejamento em saúde dos técnicos”.

⁶ Esta informação será detalhada no item 1.2 deste trabalho.

Aposentadorias e Pensões (CAP's)⁷, que definiam o acesso aos serviços de saúde⁸ somente para o trabalhador contribuinte e pertencente ao mercado formal de trabalho.

Na década de 30 houve a decadência do expansivo modelo agro-rural e posterior investimento no setor industrial, que desencadeou o aumento da migração do campo para a cidade. É neste momento também que o Estado aparece como instância mediadora de conflitos entre capital e trabalho.

Ainda na década de 30, durante o governo de Getúlio Vargas, foram fundidas as CAP's nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's). Os IAP's estavam organizados por categorias profissionais de trabalhadores que eram politicamente organizados não mais por empresas, como no caso das CAP's. De acordo com Oliveira (1986, p.17)

A crescente industrialização nos grandes centros urbanos, especialmente no Rio e São Paulo, provocou um grande impacto na vida das camadas populacionais neles atuantes. O novo espaço urbano, também espaço industrial, trouxe consigo novas condições de vida e de trabalho e, como elas os acidentes, a subnutrição e a emergência de outras doenças. E para continuar a reprodução deste processo, era necessário garantir o mínimo de condições sociais, principalmente para os trabalhadores.

Nascimento (2004, p. 79 apud VASCONCELOS, 2001) comenta a respeito de como o cenário da década de 30 refletiu nas intervenções despendidas pelo Estado,

Com a expansão das indústrias e o processo de urbanização brasileiro, surgiu uma classe média, mais independente das oligarquias rurais, o que possibilitou o surgimento de propostas menos autoritárias de intervenção na saúde da população. Apesar de não contar com o apoio governamental, foram feitas várias campanhas voltadas para o saneamento do interior, com uma política de educação para a saúde voltada o controle de endemias (que eram responsáveis pela apatia das massas populares). As propostas educativas tinham um caráter menos autoritário, mas ainda eram interventivas e unilaterais: os técnicos tinham um saber científico que devia ser incorporado e aplicado pela população ignorante.

Durante o apogeu do Estado Novo a administração sanitária⁹, segundo Bertoli Filho (2000, p. 35) procurou,

⁷As CAP's correspondiam a uma forma de assistência médica previdenciária aos trabalhadores, sendo organizadas por empresas e financiadas pelos próprios trabalhadores e empresários.

⁸ Para Cohn, Nunes, Jacobi e Karsch (2002, p.13) “no Brasil, o fato de a atenção médica estar intrinsecamente associada à previdência social imprime uma especificidade, com profundas raízes históricas, à atual questão da busca da equidade no direito dos cidadãos à saúde.

[...] reforçar as campanhas de educação popular, criando serviços especiais para a educação em saúde. Unindo modernas técnicas pedagógicas e de comunicação com os princípios da medicina sanitária, os funcionários deste setor elaboraram cartazes e folhetos [...] Elas podiam ser entendidas mesmo pelas pessoas que não sabiam ler.

Assim, neste período, as práticas educativas em saúde, estiveram “focadas em programas e serviços destinados a populações à margem do jogo político central, continuando a priorizar o combate das doenças infecciosas e parasitárias” (VASCONCELOS, 2001, p.27).

Em 1942, no campo da Saúde Pública, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), requisito do acordo com os EUA para garantir a exploração da borracha e de minérios em solo brasileiro. O SESP propiciou o desenvolvimento da infra-estrutura médico-sanitária, e também, interior à dentro, colaborou para inovações tecnológicas e técnicas de educação sanitária – a educação de grupos, recursos audiovisuais e do Desenvolvimento e Organização Comunitária (DOC). Cardoso de Melo (1984) assinala que, todo o cenário de fundação do SESP refletiu na própria formação dos profissionais que atuavam junto à educação sanitária.

Neste período a situação de saúde era vista de acordo com os “fatores sociais, econômicos e culturais”, que eram incorporados na maneira de perceber e explicar o binômio saúde/doença. A população ainda continuava a ser vista pelas autoridades como passiva e incapaz de ter iniciativas próprias, sendo que as ações de Educação em Saúde continuavam sendo realizadas através de “técnicas de difusão de informação e convencimento” (VASCONCELOS, 2001, p.27).

A “Era JK” vivida no Brasil na década de 50, representou um momento de crescente industrialização que, segundo Mendes (1996, p. 59) ocasionou “um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida por algum sistema de saúde”. O importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva. Este fato, incentivou a

⁹ Segundo Melo (1987), foi na década de 20 que surgiu o movimento sanitário, bem como o movimento pela escola nova, que teriam papel fundamental na história da saúde brasileira.

redução das ações campanhistas e o conseqüente crescimento do complexo médico-industrial¹⁰.

Nesta mesma década o discurso da “higiene” se faz novamente presente nas justificativas para as ações exercidas pelo Estado, visando enquadrar as camadas populares e grupos marginalizados urbanos. As ações em saúde estavam destinadas à manutenção da saúde do trabalhador, enquanto força produtiva.

Porém, é fundamental ressaltar que o contexto acima descrito foi marcante para a sociedade brasileira, sendo que os fatos citados contribuiriam para a eclosão dos “movimentos sociais”, fundamentais na luta pelos direitos sociais. O processo de conquista dos direitos, as iniciativas e apogeu dos movimentos sociais em torno da saúde serão detalhados na seqüência do trabalho.

1.2 O RECONHECIMENTO DA CATEGORIA “EDUCAÇÃO EM SAÚDE” - UM CENÁRIO NO PERÍODO MILITAR

Em meados da década de 60, Sabroza (1992) destaca que, com a instalação do regime militar, altamente repressivo, centralizador de renda, as questões sociais passam para a ordem da segurança nacional. A possibilidade de socialização da política foi controlada via o fechamento de diversos partidos e entidades representativas dos trabalhadores, e tanto a educação como a saúde ficaram descobertas de investimento.

A hegemonização do modelo médico-assistencial privatista¹¹ aconteceu paralelo ao movimento de integração e universalização da Previdência Social, até a criação do Instituto

¹⁰ O termo Complexo Médico-industrial tem sido usado convencionalmente para assinalar o modelo hegemônico do sistema de saúde, implantado no pós-64, e formado basicamente: pelas indústrias de equipamentos médico-hospitalares sofisticadas tecnologicamente; pela Indústria farmacêutica; pelo setor privado hospitalar; pelas empresas multinacionais de assistência médica; pelos seguros-saúde bancários e pelo setor privado prestador de serviços de saúde (em especial pelas empresas da Méd. de Grupo), todos atendendo aos interesses de acumulação do capital investido na área da saúde. (CORDONI, Jr., L. 1989, p.71)

¹¹ Segundo Mendes (1996, p. 48), “O modelo médico-assistencial privatista compunha-se de três subsistemas. Na base, um subsistema estatal, representado pelo complexo Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em que se exercitava a medicina simplificada destinada à cobertura nominal de populações não-integradas economicamente e ao desenvolvimento de ações remanescentes do sanitarismo. O subsistema hegemônico era o subsistema privado contratado e conveniado com a Previdência Social que cobria os beneficiários daquela instituição. Este subsistema cresceu induzido por políticas públicas de terceirização da atenção médica que criaram um mercado cativo na área da Previdência Social e, muito secundariamente, pelo financiamento subsidiado de capital físico por meio do FAZ. [...] Um

Nacional de Previdência Social (INPS)¹². Assim, os IAPs¹³ são substituídos pelo INPS, em 1966.

No período da Ditadura Militar as políticas de saúde “voltaram-se para a expansão dos serviços privatizados em saúde, fato que abriu espaço para a discussão entre profissionais de saúde insatisfeitos com essas práticas mercantis (compra e venda) dos serviços de saúde” (NASCIMENTO, 2004, p.80). Neste cenário, “a ‘tranquilidade’ social imposta pela repressão política e militar possibilitou que o regime voltasse as atenções para a expansão da economia diminuindo os gastos com as políticas sociais” (VASCONCELOS, 2001, p.27).

Para Vasconcelos (2001, p.27), contraditoriamente, o período ditatorial pós-64 criou condições para experiências de “Educação em Saúde” diferentes das ações que vinham sendo desenvolvidas no país até então, pois segundo o autor,

nos subterrâneos da vida política e institucional se vai tecendo a estrutura de novas formas de organização da vida política. Essas experiências possibilitaram que intelectuais tenham acesso e comecem a conhecer a dinâmica de luta e resistência das classes populares. No vazio do descaso do Estado com os problemas populares, vão configurando-se iniciativas de busca de soluções técnicas construídas com base no diálogo entre o saber popular e saber acadêmico.

articulação p/ o social

É neste período, diante do quadro que o país encontrava-se, com partidos e sindicatos esvaziados, que a população começa a participar de Movimentos Sociais como forma de resistência e reivindicação de direitos básicos, como o acesso à saúde de forma universal. O Movimento Popular em Saúde (MOPS) – uma articulação nacional dos movimentos populares no setor da saúde – chegou a acumular centenas de experiências em vários estados, como, por exemplo, o Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo.

terceiro subsistema – que começava a delinear-se e a implantar-se, aproveitando os incentivos do convênio empresa – é o subsistema de atenção médica supletiva que buscava atrair a mão-de-obra qualificada das grandes empresas. Contudo, na década de 70, este subsistema não chegou a atingir uma massa significativa de beneficiários”.

¹² De acordo com Mendes (1996) o INPS possuía as seguintes características: A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; O privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; A criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o privilégio do produtor privado destes serviços.

¹³ Para Mendes (1996), com a substituição dos IAP's pelo Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966, acontece a uniformização dos benefícios, que antes eram diferenciados. Sendo que isto só foi possível em virtude do Regime autoritário da época e do “milagre econômico” que o país vivia.

Os movimentos sociais comunitários (associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, Igreja) que surgiram denunciavam às autoridades e à sociedade civil a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, exigindo soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde do regime autoritário.

Na década de 70, segundo Conceição (2001, p.09) “os profissionais da saúde começaram a entrar em contato com as experiências de Educação Popular, encabeçadas pela Igreja Católica e intelectuais insatisfeitos com as políticas públicas de educação e saúde (esta última quase inexistente)”. Como consequência houve, “a participação de profissionais da saúde nas experiências de educação popular, [...] trouxeram para o setor da saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde” (NASCIMENTO, 2004, p.80).

★ Todo este contexto favoreceu a eclosão, nesta década, do Movimento de Reforma Sanitária. Este movimento “mal chamado ao final da década de 70 de Partido Sanitário, tem suas origens, como não poderia deixar de ser, nas condições materiais objetivas por que passava o Brasil, passada uma década do Golpe Militar” (DA ROS, 1991, p.10).

Da Ros (1991) em sua dissertação de mestrado¹⁴, traçou um breve histórico desse Movimento no Brasil e em Santa Catarina. Segundo o autor, na década de setenta os movimentos que começam a se construir contrapunham-se a um modelo claramente privilegiado do setor privado, da medicina liberal, com modalidade hospitalar de atendimento. Na Previdência, surgiu o chamado “setor publicista”. No Ministério da Saúde, com a inclusão de jovens sanitaristas nos quadros técnicos, surgiram os “preventistas”. Nos ambientes acadêmicos foram surgindo novos debates em torno da relação saúde/realidade social, fomentados pelo aparecimento de teses de base marxista e pela mobilização estudantil em prol das camadas menos favorecidas da população brasileira.

É válido lembrar que o Sistema Nacional de Previdência Social fora criado em 1977, mesmo ano da efetivação do INAMPS, considerado o símbolo máximo do modelo médico privatista.

Ainda na década de 70, os escritos de Paulo Freire sobre educação popular, destacaram-se como um dos principais referenciais teóricos sobre a saúde coletiva e

¹⁴ DA ROS, Marco Aurélio. **Um drama estratégico:** o movimento Sanitário e sua expressão num município de SC. 1991, 343f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública.

pública, que segundo Nascimento (2004), propunham a integração entre o “saber popular” com o “saber acadêmico”. Surgem também, neste período, cursos de pós-graduação na área da saúde, denominados de Saúde Coletiva, Comunitária, Pública ou de Medicina Preventiva. Isto contribuiu para o processo de construção de conhecimento e reflexão do momento que se estava vivendo nacionalmente.

enf. da Ed. em Saúde

★ Merece destaque que, no auge do período militar aconteceu o reconhecimento da terminologia “Educação em Saúde” enquanto categoria de intervenção. Portanto, houve o “abandono” do termo “Educação Sanitária”, principalmente pela Escola Nacional de Saúde Pública – SP (Da Ros, 2000). Esta mudança porém, não esteve só relacionada à terminologia, mas como observa Da Ros (2000, p. 140),

[...] a concepção de- Educação em Saúde tem pressupostos diferenciados em relação- Educação Sanitária: uma relação sujeito- objeto, a participação de atores sociais, uma concepção não inculcadora, a construção do conhecimento, a respeito das culturas diferentes, a informação contextualizada e a transformação das relações sociais- tomando os estilos incompatíveis entre si.

O processo de participação popular que é gestado neste período passa a reivindicar serviços públicos locais e a exigir a participação social no controle dos serviços estruturados, tendo na “Educação em Saúde” o respaldo técnico para as ações desenvolvidas em torno da mobilização, troca de conhecimentos, etc. Pois a Educação em Saúde era agora buscada enquanto “uma assessoria técnica às demandas e iniciativas populares, bem como um instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos” (VASCONCELOS, 2001, p.28).

Assim sendo, frente ao exposto, é preciso ressaltar que o cenário dessa década foi marcado por diversas situações, onde um grande contingente da sociedade passa a “tomar conhecimento” do contexto excludente que estava posto, mobilizando-se através da participação em movimentos sociais e buscando a transformação daquela situação imposta historicamente.

Assim, os movimentos sociais surgidos (principalmente na Reforma Sanitária) teriam no momento posterior (década de 80) um papel fundamental no que concerne aos rumos da trajetória sócio-política brasileira. As ações do movimento de Reforma Sanitária, e os rumos da política nacional de saúde brasileira serão tratados no próximo item.

1.3 DÉCADA DE 80: ABERTURA PARA UM NOVO CENÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE

A década de 80¹⁵, foi marcada por inúmeras mudanças estruturais na conjuntura social, econômica e política do país. Neste período o modelo de atendimento em saúde que predominava era o médico assistencial-privatista.

Este modelo começava a apresentar sinais de esgotamento, em virtude das mudanças no cenário nacional. A intenção de criação de um novo modelo de atenção à saúde que atendesse a todos sem restrição, passa a ser articulada com a eclosão de diversos movimentos sociais na sociedade brasileira. Em meio a este contexto, engajados na luta pela democratização do Estado, a educação popular assume um papel fundamental enquanto instrumento de construção e ampliação da participação da sociedade no gerenciamento e reorientação das políticas públicas.

Também ganha destaque aqui a Educação em Saúde, identificada enquanto mecanismo que propiciaria o desenvolvimento da consciência, em torno da necessidade de mudanças frente às várias questões emergentes do país. Para Amorim (1995, p.14)

A educação em Saúde começa a ser compreendida como uma proposta que visa criar consciência da necessidade de mudança social, econômica e cultural para superar os problemas de saúde determinados pelo grau de desenvolvimento e seus condicionamentos; sensibilizar os usuários a [...] novas condições de vida que signifiquem outros valores; destruir as crenças referentes à saúde; favorecer alternativas para o cuidado com a saúde individual [...].

+ também a necessidade de mudança de cunho expande ao nível de saúde...

De acordo com Ramos (1992, p.97) era necessário “problematizar as questões, estimulando a população a colocar seus pontos de vista e reivindicações sobre sua saúde, o sistema que deveria servi-la e a forma pela qual ela se articula, com outras áreas e práticas”.

Assim, ganha notabilidade, neste período, o Movimento de Reforma Sanitária (surgido na década anterior), que segundo Mendes (1985, p. 24) consistia em,

¹⁵ Para Garcia (1997, p.33). “o agravamento da crise e o crescimento da pressão social faz com que o governo começasse a implementar algumas mudanças, em 1980 foi elaborado o PREV- SAUDE, integrando os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, proposta que não saiu do papel. Em 82, foram implementadas as propostas de AIH (autorização de internação hospitalar) e AIS (Ações Integradas de Saúde). Estas propostas foram básicas para a implementação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Em 85, já na Nova republica, o movimento social se intensificou, pressionando para a adoção de medidas que melhorassem o sistema de saúde”.

um processo modernizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político- institucionais e político- operativo, para dar conta da saúde do cidadão, entendida como um direito universal e suportada por um sistema único de saúde, constituindo- se sob a regulação do Estado. Ainda objetivando a eficiência, eficácia e equidade e construindo permanente, a sua base social da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro programa de assistência do desenvolvimento de uma ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. Este movimento traz consigo a necessidade de se repensar a equidade e o direito à saúde.

+ até qual ponto este espaço (demanda) é considerado do direito.

A proposta do Movimento de Reforma Sanitária estava associada ao entendimento da saúde enquanto direito de toda a sociedade, cujo objetivo pautava-se em

[...] atender as carências de classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área da saúde. Sendo assim, a luta pela reforma sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classe do país. (Saúde materna: componentes essenciais dos direitos reprodutivos- Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos- Apoio UNICEF- Comitê dos E.E. U.U- Cartilha Bordo)

A “reforma na saúde” defendida pelo movimento tinha como diretriz a criação de um sistema que garantisse o acesso igualitário aos serviços de saúde a todos os sujeitos. Nogueira (2002 apud FLEURY, 1997, p. 20) comenta a respeito das três características da Reforma Sanitária

Poder-se-ia concluir que a Reforma Sanitária é uma proposta que encerra um conjunto de princípios e proposições [...]. É também um projeto, pois consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas mais amplas. É um processo portanto a proposta formulada não se converte nos arquivos nem nas bibliotecas mas transformou- se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político- cultural consistente enquanto prática social, tomando- se história.

Muitos eventos contribuíram para o “amadurecimento” das propostas do Movimento Sanitário. Um deles foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁶,

¹⁶ Mendes (1999) refere que essa conferência difere das demais devido a duas características principais. Uma consiste no seu caráter democrático, pela significativa presença de 4.000 participantes, sendo que 1.000 eram delegados representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão saúde. A outra característica diz respeito a sua dinâmica processual, que se iniciou por conferências municipais, depois estaduais, até chegar no âmbito nacional.

organizada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, em 1986. Esta Conferência diferenciou-se das demais, pois além de contar com a participação dos profissionais da saúde pela primeira vez na história das Conferências de Saúde, havia expressiva presença de grupos de setores populares. Assim, setores sindicais e de associações de moradores, bem como outras entidades representativas da sociedade civil, se fizeram representar neste momento.

Desse encontro resultou o conceito de saúde compreendido de maneira ampliado, conforme colocado no relatório desta Conferência

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas quotidianas. Em seu sentimento mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, rendas, liberdades, acesso, posse de terras e acesso a serviços de saúde. É assim, antes da organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades a nível de vida. (MAGAJEWSLI, 1994, p.103)

A proposta de criação de um Sistema de Saúde Único, separado da Previdência Social, foi defendida pelos diversos atores presentes na Conferência. Os rumos da “saúde” começavam a ser esboçados, tendo o usuário do serviço intervenção ativa neste processo de participação e decisão.

Neste sentido, a estrutura de funcionamento do novo sistema de saúde, seus aspectos organizativos, a “Educação em Saúde” que passou a ser defendida pelos profissionais de saúde, a fim de garantir o direito ao atendimento em saúde tendo em vistas a sua promoção¹⁷, serão apresentadas na seqüência do trabalho.

1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) ✖✖

O Sistema Único de Saúde representa, na prática, o reconhecimento legal da saúde enquanto direito universal. A organização definida e os princípios contemplados dão suporte ao sistema de abrangência defendido pelos vários segmentos da sociedade. Assim

¹⁷Segundo definição contida na Carta de Ottawa (1986): “Promoção em saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS, 1986).

sendo, segue caracterizado na seqüência deste trabalho a estrutura organizativa do SUS, uma breve caracterização do cenário atual – pós-implantação do sistema – as ações educativas, e como estas têm sido usadas pelos profissionais de saúde, bem como este sistema tem servido de espaço de construção de cidadania frente a atual conjuntura nacional.

1.4.1 O Sistema Único de Saúde: aspectos organizativos

Após o período de mobilização do Movimento da Reforma Sanitária e da realização da VIII Conferência de Saúde, os princípios resultantes deste encontro foram incorporados à Constituição Federal de 1988. A citada Constituição apresentou avanços no campo das políticas sociais e em especial, na área da saúde, onde um novo cenário ressurgiu através do reconhecimento da saúde enquanto direito universal e dever do Estado.

Inscrita na conceituação mais ampla da Seguridade Social, a saúde foi considerada responsabilidade do Estado, dada a sua determinação social, econômica e política, devendo este garantir os serviços de atendimentos mediante políticas sociais e econômicas. O artigo 196 da CF-88 define o novo conceito de saúde

{ a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Fruto da extinção do INAMPS, o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸ foi criado para prestar o atendimento em saúde defendido enquanto sistema de cunho universal, gratuito,

¹⁸ A efetivação do SUS segundo Mendes (1996, p. 50) é “[...] composto por três subsistemas: o subsistema público – SUS, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema de desembolso direto. O subsistema de desembolso direto, em que indivíduos e famílias pagam diretamente de seus bolsos os serviços, portanto campo da medicina liberal, [...]. O subsistema de atenção médica supletiva é um sistema privado, composto por cinco modalidades assistenciais. Ele cresceu vertiginosamente a partir da segunda metade da década de 80, chegando a cobrir aproximadamente 35 milhões de brasileiros. Finalmente, na base, o subsistema público, SUS, ao qual compete atender a grande maioria da população brasileira, em torno de 120 milhões de brasileiros e que se compõe dos serviços estatais diretamente prestados por União, estados e municípios e dos privados que, de alguma forma, estão pactuados com o Estado, seja por convênios, seja por contratos, recebendo recursos estatais pela prestação de serviços. Assim, o SUS inclui serviços estatais e

descentralizado e democrático, abandonando o antigo modelo que baseava-se no atendimento médico e na assistência hospitalar excludentes.

Assim, o SUS, adquiriu uma nova disposição em relação aos serviços, diferentemente dos modelos vivenciados anteriormente, com estabelecimento de diretrizes universais, segundo consta no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

SUS

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I-descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II-atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais; III-participação da comunidade. Parágrafo único: O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O citado sistema de saúde passou a seguir os mesmos princípios¹⁹ e diretrizes em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo (federal, estadual e municipal). Assim, os princípios doutrinários, foram:

- **Universalidade:** garantia de acesso do cidadão aos serviços de saúde públicos ou contratados pelo Poder Público. Deixa de existir, com isto, a figura do indigente para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho);
- **Equidade:** garantia de atendimento ao cidadão em todos os serviços, em igualdade de condições, respeitando-se a necessidade de saúde de cada caso;
- **Integralidade:** garantia de atendimento integral reconhecendo-se o cidadão, as ações e os serviços.

O SUS também contemplou os seguintes princípios organizativos:

- **Hierarquização:** corresponde à divisão dos serviços em três níveis de complexidade: atenção primária (prevenção), secundária (assistência médica) e terciária (assistência hospitalar);
- **Regionalização:** é a distribuição dos serviços numa determinada região, levando-se em conta os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender a população. Os serviços devem ser dispostos numa área geográfica delimitada e com definição de população a ser atendida, com acesso a todo o tipo de tecnologia disponível;

serviços privados pactuados com o Estado. Na realidade, quando se fala em SUS, se quer referir, de fato, não a um sistema único, mas ao subsistema público único, parte de um sistema plural”.

¹⁹ Os princípios (doutrinários e organizativos) do SUS encontram-se na Cartilha do SUS organizada pela Secretaria do Estado da Saúde (Santa Catarina) 1999.

- **Resolutividade:** é a capacidade do serviço resolver, no seu nível de competência, as exigências de atendimento individual ou de impacto coletivo sobre a saúde;
- **Descentralização:** é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre vários níveis de governo;
- **Participação dos cidadãos:** é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e de controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local;

A organização dos serviços de saúde foi esboçada diante de uma outra estrutura de funcionamento. Vasconcelos (2002) destaca a nova configuração dos serviços de atendimento: Posto de saúde – prestam assistência à saúde de determinada população [...], atuam no nível de educação primária. Centro de saúde – estabelecimento mais complexo que posto [...] atenção primária e secundária. Policlínicas – [...], atuam no nível de atenção secundária; Pronto socorro – [...] atuam na atenção secundária e terciária. Hospital – estabelecimento voltado precisamente para a assistência médica em regime de internação, localizado geralmente nas áreas urbanas, funcionando dia e noite, apresentando graus variáveis de incorporação de tecnologia e dispondo de médico e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento.

Para regulamentar o Sistema Único de Saúde foram estabelecidas as Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8080, de 19/09/1990 e nº 8142, de 28/12/1990, ambas ainda em vigor.

Sendo que a lei nº 8080²⁰ dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Já a lei 8142 destaca a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área.

O controle da política de saúde, a partir deste momento, foi oficializado com a criação de várias instâncias²¹: *W. posso p/ denunciar o MP →*

- **Conselhos de Saúde**²²: órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, com a função de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde.

²⁰ Segundo Garcia (1997, p. 36) o texto constitucional foi reforçado em 1990 pela Lei 8.080, no seu artigo 3º, onde: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

²¹ Todas as informações descritas em relação aos Conselhos de Saúde, Ouvidoria, Conferências de Saúde e Ministério Público foram retiradas da Cartilha do SUS. Florianópolis, 1999.

²² A composição dos Conselhos de Saúde: -50% por representantes dos usuários do SUS; -25% por profissionais de saúde; -25% por gestores e prestadores. Desta forma a população passou a ter o direito de melhor “controlar” as ações em saúde. (Cartilha do SUS. Florianópolis, 1999)

- **Conferências de Saúde:** fóruns de instância máxima onde se reúnem representantes da sociedade e usuários do SUS, profissionais de saúde, dirigentes e prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, nos níveis nacional, estadual e municipal do governo”.
- **Ouvidoria:** canal intermediário de comunicação entre a população e o gestor, possibilitando identificar necessidades e distorções no setor e apresentar soluções.
- **Ministério Público:** a Constituição Federal atribuiu ao Ministério Público o dever de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública e direitos individuais e coletivos.

Desta forma, a população passou a ter reconhecido legalmente o direito de participar e decidir questões públicas, bem como os rumos da política de saúde brasileira.

No que tange o financiamento do Sistema Único de Saúde, este passou a ser responsabilidade das três esferas do governo.

É válido destacar também que, para superar os obstáculos político-burocráticos, na implementação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde (MS) tem elaborado desde 1991 Normas Operacionais Básicas (NOB), definindo aspectos da operacionalidade e financiamento dos serviços. Conforme comenta Vasconcelos (2002, p.78),

A NOB/91 define critérios de repasse de recursos do MS para estados e municípios, unidades públicas e privadas, criando um padrão único de pagamento para os serviços públicos e privados. Retrocedendo ao repasse centralizado da União para estados e municípios, esta NOB desarticula a função técnica e política dos estados na gestão descentralizada. A NOB/92 acrescenta os critérios populacionais para o repasse automático aos municípios. A NOB/93, incentivando a suposta autonomia dos municípios, define bases para o processo de descentralização e estabelece mecanismos de financiamento, controle e avaliação a partir da capacidade de cada município, caracterizando três estágios de gestão: Incipiente, Parcial e Semiplena. A NOB/96, que sintomaticamente só entra em vigor em janeiro de 1998, rompe com o conceito de integralidade na saúde e enfatiza a criação de programas focalistas.

Assim, diante deste quadro apresentado, é fundamental destacar que todos os aspectos colocados em relação a organização do SUS e princípios defendidos, o

diferenciam dos demais modelos de atenção, uma vez que este universaliza o atendimento e “faz valer o direito” dos usuários em relação ao acesso ao serviço de saúde.

Através desta exposição técnica dos aspectos organizativos do SUS, é importante visualizar como o referido sistema tem estruturado-se desde o reconhecimento constitucional, os seus avanços e desafios. Também considera-se relevante descrever como alguns autores têm percebido as práticas diárias de “Educação em Saúde” nas diversas instituições que prestam diariamente atendimento em saúde, e como estas ações têm sido usadas pelos profissionais que integram a equipe da saúde. As informações referentes ao assunto descritos serão contempladas no próximo tópico. *o meu tema.*

1.4.2 Contexto pós a implantação do SUS e ações de Educação em Saúde

O Sistema Único de Saúde tem encontrado dificuldades de firmar-se na prática, de acordo com os princípios que foram defendidos na Constituição Federal e Leis Orgânicas regulamentadas. Algumas destas situações de dificuldade são descritas por Carvalho e Santos (1995), que salientam que existem:

- os obstáculos trazidos pelas correntes opostas à concepção e execução das políticas sociais e econômicas aptas a garantir o direito à saúde;
- a complexidade dos fatos e circunstâncias que envolvem a organização do SUS e seu funcionamento (especialmente nos campos jurídico, administrativo e financeiro);
- a falta de vontade política para concretizar a descentralização prescrita no texto constitucional;
- as profundas raízes da prática na descentralização do poder e conseqüentemente, da centralização da distribuição dos recursos fiscais;

Na prática estes fatos encontram-se transcritos no cotidiano das diversas unidades de atendimento, onde ocorrem problemas quanto: filas, atendimento desumanizado, pacientes nos corredores, mortes desnecessárias, etc.

É válido destacar que as citadas dificuldades só foram reforçadas com a criação do SUS, pois segundo Mendes (1996, p.56)

[...] constituem problemas históricos em nosso país e, [...], são, de um lado, reflexos da crise do Estado brasileiro e, de outro, expressão

localizada de crise universal do paradigma flexneriano da atenção médica. Certamente que esses problemas agravaram-se em virtude da contemporaneidade do SUS com brutal e rápida diminuição de seu financiamento, no início de sua implantação.

O paradigma flexneriano²³ colaborou para o que o Brasil adotasse a política de saúde de “incentivo” ao complexo médico-industrial, não condizente com as reais necessidades da população, bem como com os princípios da saúde pública articulados pelos profissionais da Reforma Sanitária e sociedade em geral. Este fato tem dificultado a estruturação do sistema de saúde na perspectiva da universalidade e igualdade do atendimento.

Porém, é preciso destacar que com a criação do SUS muitos avanços também foram concretizados. No campo das doenças imunopreveníveis, além da erradicação da poliomielite, há outros resultados expressivos²⁴. Também a implantação do SUS atingiu resultados promissores no movimento ligado a municipalização, que segundo Mendes (1996, p.62) “[...] resultados, seja em descentralização e democratização, seja no aumento da eficácia e eficiência do sistema, são incontestáveis. [...] já é possível identificar alguns resultados da municipalização, seja no aumento da produtividade, seja na melhoria dos níveis de saúde”.

Ainda segundo Mendes (1996, p.62)

[...] o Sistema Único de Saúde instituiu-se com base no princípio da universalidade. Por meio dele, incorporaram-se como cidadãos da saúde, possuidores de direitos a serem garantidos pelo Estado, a partir da criação do SUS, 60 milhões de brasileiros, até então submetidos a uma atenção estatal de medicina simplificada ou à filantropia.

²³ Segundo Da Ros (2002, p. 83) “(...) em 1910, no afã de estabelecer um padrão para a educação médica, a AMA, e Flexner divulgam um relatório que propõe a redução do número de faculdades de medicina nos EUA, em mais de 50%. Justamente na época em que a SPB estava tentando construir sua identidade multiprofissional (em grande expansão), o relatório diminuiu em muito o impulso naquela direção. A verdade é que, com a reforma flexneriana (positivista, centrada no hospital, mecanicista e biologicista) Mendes (1985), os médicos passaram a olhar a SPB não mais como atividade inerente à prática médica, mas como algo estranho, que não mais lhes dizia respeito. Essa dissociação entre medicina clínica X SPB, embora não seja objeto de análise desta tese, pode ter uma de suas matrizes importantes a partir dessas ocorrências”.

²⁴ O sarampo passou de uma taxa de incidência de 42,8 por 100.000 habitantes em 1990 para 0,2 por 100.000 em 1993, uma redução de 99,9%; os coeficientes de incidência de difteria por 100.000 habitantes, apesar de ainda altos, apresentam tendência declinante, transitando de 0,50 em 1989 para 0,19 em 1993; o coeficiente de incidência de coqueluche por 100.000 habitantes declinou de 9,81 em 1989 para 2,42 em 1993; a taxa de incidência de tétano acidental baixou de 1,22 por 100.000 habitantes em 1989 para 0,77 por 100.000 em 1993; finalmente, a mesma tendência de queda nos casos e nos óbitos por tétano neonatal é observada no período de 1989 a 1993. (Ministério da Saúde/FNS/CENEPI/CDI. Relatórios de grupos de trabalho. Brasília, 1994).

Neste cenário, junto às instituições de saúde que compõem o Sistema Único (SUS), encontram-se os mais diversos profissionais realizando variadas atividades, como a função de “desenhar” o direito à saúde de forma universal, uma vez que a consolidação deste sistema é no embate cotidiano da “prática social”. (MENDES, 1996)

O trabalho desenvolvido por estes profissionais, atualmente, tem buscado refletir uma nova concepção de saúde que extrapola o binômio saúde/doença de atendimento, com um trabalho voltado também para a prevenção de doenças e promoção de saúde, através da troca de conhecimentos entre o saber popular e o saber técnico-científico. Ou seja, um trabalho participativo, onde “os sujeitos do processo” são ouvidos.

Assim, os profissionais (como enfermeiros, nutricionistas, médicos, assistentes sociais. etc)²⁵ da área, tem encontrando nas práticas educativas “uma das formas de intervenção” que possibilita a garantia da qualidade no serviço de saúde oferecido. Esta prerrogativa é defendida por diversos autores como Vasconcelos (1997), Wendhausen (1992), Nascimento (2004), Costa (2002), Muller (2002), Da Ros (2000).

Neste cenário de conquistas sociais em torno do acesso a saúde, as ações de Educação em Saúde adquiriram novas conotações, pois segundo Wendhausen, (1992, p.08)

A educação em saúde surge como um dos instrumentos para o acesso à cidadania plena, tema discutido com intensidade nos dias atuais, [...] . Daí depreende-se que a saúde/ doença deva ser entendida como processo e de modo amplo que, em última análise depende da qualidade de vida das populações, como ficou definido na VIII Conferencia Nacional de Saúde

Ou seja, para Muller (2002, p.17), “a Educação em Saúde é uma atividade fundamentada em conhecimentos sócio- políticos, técnico- científicos e pedagógicos, que possibilita ao individuo e a comunidade a compreensão dos reais determinantes da saúde e da doença”.

E assim esta prática tem contribuído de forma contundente nas atividades desenvolvidas diariamente, seja nas abordagens individuais ou grupais, realizadas pelos profissionais. Segundo Amorim (2002, p.17) tais ações realizam-se

²⁵ Inclusive o Assistente Social entra neste leque de profissionais que utiliza-se da Educação em Saúde, enquanto possibilidade de trabalho na área da saúde. Porém como este profissional trabalha com a Educação em Saúde, seus principais objetivos serão detalhados no Capítulo II deste trabalho, no item 2.2.1.

[...] entre profissionais X usuários, no tocante a realidade sócio-econômica e cultural destes; as dificuldades enfrentadas no tratamento; as necessidades e expectativas trazidas para o atendimento, visando a busca de alternativas para um melhor enfrentamento da doença.

É relevante destacar que, as referidas ações, possuem um papel considerável na mobilização para garantia do acesso à saúde e dos demais direitos sociais, bem como da própria discussão em torno da condução da política de saúde desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde.

Mesmo diante de todos os percalços citados em relação às dificuldades de efetivação plena do SUS em todo o território nacional, este tem sido reconhecido enquanto espaço profícuo para o desenvolvimento de “educação” na área da “saúde”, em virtude do trabalho que vêm sendo desenvolvido pelos seus agentes (trabalhadores da saúde). Este sistema ainda vem sendo considerado um canal direto de construção de cidadania. Assim, este último aspecto identificado, no que concerne às realizações do SUS, será tratado brevemente, na seqüência deste trabalho, uma vez que alguns autores, como Mendes (1996) têm defendido a tônica deste sistema, enquanto mecanismo de participação e aprendizagem junto a área da saúde.

1.4.3 O SUS enquanto espaço de construção da cidadania e aprendizado coletivo

O SUS representa efetivamente a consagração de luta social em busca da universalidade do acesso, da melhoria da qualidade e da prestação dos serviços de saúde. Assim este sistema, deve ser entendido, segundo Mendes (1996 p. 57) como

[...] um processo histórico e social em marcha, que não teve seu início a partir da Constituição Federal (Constituição Federal, 1988) com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ser um momento definitivo para seu término, como profetizavam alguns de seus críticos.

O referido sistema de saúde corresponde a uma política que ainda está sendo implementada através da descentralização e estendida para todo o território nacional. Além disso, o SUS tem sido reconhecido também como política de referência de atendimento e aprendizado voltado para a garantia da saúde da população que dá entrada nos

estabelecimentos de saúde. Assim, Mendes (1996) considera que este sistema tem representado um processo sócio-histórico com dimensões²⁶ política, ideológica e tecnológica.

Observa-se que após 18 anos desta “conquista constitucional”, o SUS tornou-se um espaço privilegiado de construção de cidadania devido a sua política organizativa. Nascimento (2004, p. 53) considera que

O SUS pode ser considerado como um espaço privilegiado de construção de cidadania remando contra a corrente hegemônica neoliberal que busca o fim das políticas públicas, pois além de contemplar em seus princípios doutrinários o acesso igualitário e integral de toda a população brasileira aos serviços públicos de saúde, também defende como um dos itens de seus princípios organizativos, a participação e o controle social, através de entidades como os conselhos de saúde (locais, municipais, estaduais e federal).

É de suma importância destacar, que no Brasil, a categoria cidadania ainda é uma prática em construção, em virtude do próprio sistema político e ideológico nacional que reforçou historicamente a concessão dos direitos enquanto “favor” de uns em prol de outros. Para Mendes (1996, p.54), o direito de cidadania ainda é visto como

[...] privilégio de poucos e concessão do Estado. Trazido para o campo das políticas sociais, as relações entre Estado e segmentos populares instituem um padrão de “cidadania regulada”, em que os direitos dos cidadãos aparecem como benesse, sujeitos ao controle de uma burocracia que, por meio de normas, estabelece quem tem ou não direitos.

Na atualidade pode ser compreendida enquanto cidadania a “competência humana de fazer-se sujeito, para fazer história própria e coletivamente organizada” (DEMO, 1995, p. 01). É válido destacar que a referida categoria é um conceito abrangente, que já sofreu ao longo da história outras interpretações e definições. Para Mendes (1996, p.68)

²⁶ Para Mendes (1999, p.58) “o SUS, como processo social, tem dimensão política dado que vai sendo construído em ambiente democrático, em que se apresentam na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos variados. O SUS tem, também, dimensão ideológica, uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja a implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Essa dimensão cultural, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa ao processo de implantação. Por fim, apresenta uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que referência.

cidadania não é dada, como também nunca está acabada, pois constitui processo em permanente construção no cotidiano social. Historicamente, o conceito de cidadania vem sofrendo alterações no curso da história. [...], no século XX, implica a reivindicação e a defesa dos direitos sociais.

É preciso destacar que o processo organizativo do SUS e o espaço criado através do mesmo pode ser considerado o local para a construção da “cidadania coletiva” uma vez que, “une coletivos sociais da sociedade civil e pressiona o Estado pela regulamentação, implementação e vigilância da aplicabilidade de direitos de inúmeras ordens”. (GOHN, 2005, p.26). Aqui, fica visível a função das Conferências de Saúde e dos próprios Conselhos de Saúde.

Neste sentido, o espaço para o desenvolvimento da cidadania se dá no meio democrático, participativo, através da constante conscientização dos direitos²⁷. Segundo Mendes (1996, p.16),

É preciso relevar que a cidadania só tem espaço para construir-se socialmente em ambiente democrático, o qual propicia a formação de atores sociais, sujeitos em situação, portadores de demandas e reivindicações; portanto, muito mais que meros participantes sociais ou titulares de poder político. Daí que a questão central, para aperfeiçoamento das instituições democráticas, passa a ser como sujeitar o Estado ao controle de uma cidadania emergente.

Reconhece-se, portanto, neste espaço, a possibilidade de efetivação da garantia do direito à saúde e exercício da cidadania por meio de ações, como as de Educação em Saúde. Sendo que todo este processo deve ser estendido de forma mais contundente a toda a sociedade através da mobilização para a participação, seja nos espaços institucionais de trabalho, como nos espaços dos estabelecimentos de saúde.

Assim sendo, a apresentação deste quadro histórico, político e social em torno da política de saúde é necessário enquanto suporte teórico no que concerne ao entendimento do momento presente, tanto da política de saúde como das ações educativas. Pode-se dizer portanto, que todo o cenário explanado até agora corresponde a ferramentas fundamentais para embasar o que segue descrito no Capítulo II deste trabalho: o processo de trabalho do

²⁷ Direito é aqui identificado como: conjunto de leis e disposições que regulam obrigatoriamente as relações da sociedade (GOMES, Sebastião E., NETO, Pedro., ALVES, B., Dicionário Jurídico Universitário: Terminologia Jurídica- Expressões portuguesas e latinas de uso forense, 2003)

Assistente Social na área da saúde, e como este profissional também tem lidado com a prática de ações de Educação em Saúde.

CAPÍTULO II

O SERVIÇO SOCIAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA ÁREA DA SAÚDE

O Serviço Social, corresponde a uma profissão que atua em variados espaços sócio-ocupacionais, dentre os quais a área da saúde. Sendo que ao inserir-se na equipe de saúde este profissional possui atribuições próprias, baseado na busca pela promoção em saúde, universalização do acesso a direitos sociais dos usuários da política de saúde. Para compreender o atual cenário de inserção do assistente social nesta área será realizado um breve resgate histórico de como esta profissão foi comportando-se neste cenário, bem como os Perfis profissionais exercidos. Uma vez que este profissional também trabalha com práticas educativas, também será contextualizado como estas têm sido empregadas e entendidas atualmente, assim como as principais regulamentações que asseguram a atuação deste profissional junto a área da saúde. Todo este contexto será contemplado nos tópicos que seguem.

2.1 CONTEXTUALIZANDO O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A profissão de Serviço Social, desde a sua gênese, articulou-se a partir dos embates entre os sujeitos (profissionais, Estados, usuários). Na área da saúde as descobertas bacteriológicas, a adoção do modelo flexneriano de fazer medicina, “a valorização dos hospitais, dos métodos assépticos anti-sépticos” (BRAVO, 1996, p. 21) influenciaram na reflexão teórica e prática do Serviço Social.

Segundo Vasconcelos (2002, p. 99)

[...] a histórica inserção profissional dos assistentes sociais, hegemonicamente na área da saúde e dentro dela na atenção terciária, mostra que o Serviço Social acompanhou a tendência da medicina no Brasil: o desenvolvimento e a consolidação de uma medicina curativa calcada no modelo clínico- assistencial com a conseqüente priorização de construção e manutenção de unidade de atenção terciária- os hospitais- e o descaso com as unidades de atenção primária.

O atendimento prestado pelo Serviço Social esteve vinculado ao cunho curativo com abordagens de caráter individual (Serviço Social de Caso)²⁸.

Durante a década de 30, com a institucionalização dos serviços de saúde a nível nacional e internacional, o Serviço Social passou a “atuar nas instituições públicas, executando as políticas sociais de saúde emanadas do Estado. A ação tem por intencionalidade ajustar o paciente às instituições assistenciais e às condições normais de vida”. (BRAVO, 1996,p. 21)

No Brasil, após a implementação das primeiras escolas de Serviço Social (São Paulo e Rio de Janeiro), a formação acadêmica baseou-se nos fundamentos do movimento de higiene mental que seguia os pressupostos da psiquiatria no trabalho. Vasconcelos (2002) comenta que o Serviço Social herdou do movimento de Saúde Mental as bases de sistematização da profissão (especialmente o atendimento de caso), com forte influência do movimento de higiene mental no contexto histórico e político nos anos 30, refletindo nas bases de implementação do Serviço Social católico uma formação higienista, explícita no ensino repassado pelas escolas de Serviço Social.

A profissão de Serviço Social foi delimitando seu campo de ação a partir da primeira metade do século XX, que, conforme Bravo (1996, p. 22) foi o momento que o

Serviço Social

desenvolve novas técnicas para adequar- se às exigências do momento, destacando- se a investigação social, com o intuito de instrumentalizar os profissionais para participarem nas pesquisas médico- sociais, o trabalho com a família e a abordagem grupal com os pacientes.

A primeira experiência profissional do Serviço Social em Hospital foi junto ao “Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, sob a denominação de Serviço Social Médico” (NOGUEIRA, 2002, p. 04). A intervenção do Serviço Social neste momento estava vinculada consoante a lição de Albuquerque²⁹ (1983, 1997, p.27)

ao médico, ao doente, à administração e à comunidade, destacando- se que, já na época, a incidência em ações de mediação entre médico/ paciente/ família, na realização de estudos sociais sobre as condições de vida do paciente, da ação grupal sócio-terapêutica, tanto contribuindo

²⁸ Bravo (1996) relata que a mudança do viés de intervenção do Serviço Social só ocorreria a partir da década de 80, quando aconteceu o processo de Reconceitualização da Profissão.

²⁹ Citação retirada do: CRESS 12ª Região SC. **Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Cadernos de Texto. Florianópolis. Dezembro de 2005.

para o paciente aceitar aspectos de sua moléstia, como a preparação para alta hospitalar, na organização de campanhas para arrecadação de fundos financeiros, no intercâmbio interinstitucional além da educação social e sanitária da população.

Outros espaços de intervenção começaram a ser conquistados pelo Serviço Social a partir da década de 40 e 50, tais como: a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Serviço Social de Aprendizagem Industrial (SENAI) e Serviço Social da Indústria (SESI). Nestes locais, o profissional foi chamado para assumir programas educativos em saúde, efetuar orientações individuais em cuidados de higiene, bem como puericultura às famílias de trabalhadores (NOGUEIRA, 2002).

Na década de 50 o Serviço Social assumiu “a postura desenvolvimentista, ideário da época, valorizando a modernização, administração, do bem-estar e planificação como soluções para o enfrentamento de questões emergentes” (BRAVO, 1996, p. 22). Esta mudança também aconteceu na área da saúde, nas diversas atividades desenvolvidas nos estabelecimentos de atendimento.

No contexto da Ditadura Militar, apesar do país enfrentar uma séria repressão do regime com a institucionalização do Estado de Segurança Nacional, há o abafamento das reivindicações que questionavam a estrutura de poder, a sociedade de classes e as práticas sociais inspiradas no marxismo. Para Bravo (1996, p. 84) este contexto deixou para o profissional de Serviço Social novas exigências, isto é, o

Serviço Social, enquanto profissão histórica e socialmente determinada, sofreu profundas modificações no pós-64 que tiveram rebatimento na prática do assistente social na saúde, com novas exigências advindas da política de saúde e da reorganização institucional do setor, dos movimentos sociais e da conjuntura em questão.

O Serviço Social neste período passou a conviver com vários questionamentos e reflexões sobre a práxis profissional que espalharam-se no âmbito internacional, reflexos de uma série de acontecimentos econômicos, micro-sociais, políticos, ideológicos e culturais da época. Para Bravo (1998, p. 91)

O processo de crítica iniciado no Serviço Social, na década de 60 teve muito pouca repercussão na área da saúde. A ênfase, nesse setor, foi sedimentar um padrão técnico para atender às necessidades da assistência médica que vai ser reforçada no pós-64, acerca do Serviço Social realizado em 1961, que definiu como objetivo da ação profissional relacionar a doenças aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, centralizando-se nas múltiplas implicações desses fatores, que

impedem a preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescença.

Em meados da década de 70 o Serviço Social participou ativamente da organização do Movimento de Reforma Sanitária³⁰, recebendo influências tanto da conjuntura política nacional, bem como do próprio movimento. Matos (2003, p. 87) comenta que a profissão estava “passando por um processo interno de revisão e de negação do Serviço Social tradicional, havendo assim uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão”. Direção esta que certamente influenciaria também no atendimento do Serviço Social junto à área da saúde. Observa-se que este foi um momento marcado pela renovação da profissão e descobrimento do próprio projeto ético profissional.

Também durante o regime militar, com a recessão econômica, o desemprego, os movimentos sociais e com a denominada crise do “Welfare State”, na área da saúde ocorreram várias alterações como a discussão da racionalização dos gastos, a participação popular, promoção de saúde, etc. Para o Serviço Social foi o momento em que os “profissionais [...] enfatizam a necessidade de participar na elaboração das políticas sociais e nos programas de bem-estar social e não apenas na sua execução” (BRAVO, 1996, p.22).

Na mesma década, após o surgimento do sistema previdenciário de assistência médica e estruturação do INPS, o Serviço Social deixou de vincular-se à presidência dos IAP's, passando à subordinação da Secretaria de Bem-Estar, órgão de direção superior do INPS, com o objetivo de promover atividades assistenciais de caráter educativo com vistas à “integração social” do beneficiário. Os atendimentos feitos pelo Serviço Social junto à assistência médica da previdência eram: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para a mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Aqui, “foi ressaltada a contribuição do Assistente Social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisa médico-sociais” (BRAVO, 1996, p.90).

Após a realização do II Congresso Brasileiro (1979), que discutia a ação do Assistente Social na saúde, a atuação profissional junto aos ambulatórios e hospitais, passou a contemplar as “abordagens grupal e comunitária e também a sinalização para o

³⁰ Informação já descrita no Capítulo I deste trabalho, no item: 1.3 Década de 80: abertura para um novo cenário da política de saúde.

enfoque em saúde pública na proteção, prevenção e recuperação da saúde” (BRAVO, 1996, p. 91).

O Serviço Social na saúde sedimenta sua ação na prática curativa, primordialmente na assistência médica previdenciária, que transformou-se no maior empregador de profissionais. Sendo assim

[...] O aspecto educativo da profissão foi salientado através das funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visavam ao controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria e restauração de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas pedagógicas desarticuladas dos determinantes da questão social, resultante do conflito capital X trabalho (BRAVO, 1996, p. 94).

Conforme verifica Bravo (1996), o Serviço Social na área da saúde, até a década de 90, passou por mudanças de posições, bem como avanços quanto ao entendimento da profissão e seu desenvolvimento na sociedade. A autora observa ainda que a postura crítica do Serviço Social aparece nos diversos debates e trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais, de 1985 a 1989.

Com a organização do Sistema Único de Saúde no Brasil a partir de 1988, foram também estruturados os estabelecimentos de intervenção do Assistente Social na área da saúde. A partir da organização da saúde em níveis de atendimento de acordo com o grau de complexidade, o Assistente Social também foi chamado a participar nestas esferas, desenvolvendo diversas atividades características deste campo de atuação profissional.

No âmbito geral, neste período, a categoria conquistou avanços consideráveis para desempenhar suas atividades, como: a promulgação do Novo Código de Ética do Assistente Social, em 1993; a Nova Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93), sendo que em 1996 acontece a aprovação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Serviço Social. Estas conquistas da categoria foram possíveis através de diversos fóruns realizados, que contribuíram para a reflexão do atuar profissional, ou seja, a busca da consolidação do novo projeto ético-político da profissão. É válido destacar que nesta década aconteceram várias publicações, no campo acadêmico, propiciando a emersão de uma vanguarda intelectual acadêmica, de acordo com Netto (1996), até então, inexistente.

No âmbito da saúde, para o Serviço Social, viveu-se um período de grande movimentação, uma vez que “faz-se necessário ter em mente ser esse período o de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal do país” (MATOS, 2003, p.90).

Ocorreram uma série de precarizações quanto às conquistas sociais e trabalhistas. Assim, de acordo com Matos (2003, p.91),

é sobre essa tensão - entre o direito à saúde e ofensiva neoliberal- que vai se debruçar o Serviço Social. Por mais que, enquanto categoria, o Serviço Social ainda não tenha nessa década intervenção no movimento sanitário, há um reconhecimento interno na categoria da defesa estratégica do SUS. Tal defesa tem seu ponto de arranque na concepção de políticas sociais que a categoria vem tecendo coletivamente desde a década de 80.

Porém, o debate da profissão prosseguiu de forma mais intensa no início da década de 90. Foi publicado, neste período também o livro de Bravo (1996), intitulado “Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais”, que consolidou-se em uma contribuição importante sobre a relação da profissão com o movimento de reforma sanitária. Efetuaram-se publicações de diversos artigos – na revista Serviço Social & Sociedade, bem como apresentação de trabalhos em diversos congressos, sobre o Serviço Social na saúde.

Neste sentido, após esta exposição do quadro geral da inserção do assistente social na área da saúde ao longo das décadas, é fundamental também descrever como historicamente o assistente social trabalhou com ações educativas. Portanto, segue descrito no próximo tópico do trabalho, de forma breve, os perfis pedagógicos do profissional de Serviço Social ao longo da história.

2. 1.1 Perfis pedagógicos do Assistente Social – breve apresentação

A prática de Educação em Saúde foi, inicialmente, empregada pelo Serviço Social como instrumento de fácil manipulação e da busca de adequação das pessoas ao sistema capitalista. Segundo Cardoso e Maciel (2000, p.143)

A função educativa dos assistentes sociais desenvolve-se no processo de institucionalização do Serviço Social mediatizada pelas estratégias de assistência social. O processo de racionalização da assistência avança, integrando ao sistema de seguridade social implementando pelo chamado Estado de Bem- Estar- Social. O referido sistema define-se para atender, contraditoriamente, sob forma de garantia de direitos

sociais e trabalhistas, às demandas do padrão fordista-taylorista de produção e trabalho, como também as necessidades das classes subalternas”.

Ou seja, por meio de práticas educativas o profissional de Serviço Social conseguia junto as classes subalternas, dar respostas às necessidades de adesão e consentimento das mesmas às condições materiais que serviam de suporte ao modelo hegemônico em desenvolvimento (CARDOSO; MACIEL, 2000).

Neste sentido, para reforçar a função educativa desenvolvida pelo assistente social nos diferentes espaços institucionais ao longo da história, Abreu (2001), em sua tese de doutorado, identificou três principais perfis pedagógicos: a pedagogia da “ajuda”, da “participação” e do “movimento pela construção de uma nova pedagogia emancipatória pelas classes subalternas”. Isto demonstra que a profissão vinculou sua ação a práticas educativas, porém, em cada momento, as finalidades do trabalho foram entendidas e desenvolvidas de maneira diferenciada.

O primeiro perfil destacado por Abreu (2001) é identificado na primeira metade do século XX. Sendo que as práticas educativas estiveram consubstanciadas na “ajuda” psicossocial individualizada como modalidade interventiva. Nesse processo a questão social é reduzida às suas manifestações na esfera individual e subjetiva, sendo entendida enquanto problema moral, em detrimento de suas expressões materiais e coletivas.

Observa-se que a ação interventiva do Assistente Social foi associada a uma perspectiva tecnicista/pragmatista – subsidiada no pensamento conservador – conferindo ao processo de “ajuda” a tarefa de “adaptação a ajustamento dos indivíduos à sociedade”, bem como a “reificação de suas relações constitutivas” (ABREU, 2001).

Quanto ao pensamento conservador da época, este compatibiliza-se com a Doutrina Católica, imprimindo à função pedagógica do Assistente Social um caráter autoritário e moralista.

Outro perfil destacado por Abreu (2001) foi o da pedagogia da “participação”, que teve como ponto de partida a influência da ideologia desenvolvimentista modernizadora e suas propostas de Desenvolvimento de Comunidade. Este processo ocorre a partir da década de 50.

Neste momento a participação possuía uma nova abordagem, que perpassava a atitude inerente ao processo de ‘ajuda’, constituindo-se uma esfera programática da intervenção profissional nas relações sociais (ABREU, 2001). Ainda na década de 50, a participação popular passou a ser enfatizada nos programas de governos, como forma de “integração” e “promoção social” das classes pauperizadas. A questão social foi enfrentada

com “programas sociais consubstanciados na retórica da interação e da promoção social, constituindo a principal referência do chamado ‘bem-estar social’, coronário do desenvolvimento econômico” (ABREU, 2001, p.54).

Todo este cenário sofreu modificações quando o Serviço Social iniciou o processo de Reconceitualização na América Latina e, posteriormente no Brasil, na década de 80. Pois é a partir deste momento que identifica-se que “a prática do Assistente Social inicia um processo de construção de uma pedagogia emancipatória vinculada às classes subalternas, a fim de apresentar um projeto, alternativo ao projeto tradicional conservador que caracterizava a profissão até então” (JESUS, 2005, p. 71). Ou seja, aqui iniciou-se o que a autora caracterizou como terceiro perfil pedagógico do assistente social.

Nesta mesma década, no Brasil, foram criadas condições concretas para o avanço do projeto profissional identificado com os interesses das classes subalternas face ao movimento de democratização das relações sociais “em que avançam estratégias de politização dessas relações integradas às lutas sociais e organização” das referidas classes e, “contraditoriamente, pelas estratégias estatais no âmbito das políticas sociais direcionadas à busca de legitimidade do sistema de poder em crise” (ABREU, 2001, p. 139).

A profissão passou a viver um momento de superação do anterior quadro conservador e assistencialista, pois, segundo Cardoso e Maciel (2000, p. 144) identifica-se que

[...] o movimento contraditório da sociedade gesta as condições concretas de desmistificação das relações sociais, alterando as bases do equilíbrio momentâneo imposto pelas forças sociais dominantes. Neste quadro de tensões, constroem-se elementos de crítica, de negação e superação da ordem estabelecida, sob o ponto de vista das classes subalternas.

Silva (2004) reforça a idéia das autoras acima citadas, dizendo que os acontecimentos ocorridos na década de 80 acarretaram intensas mudanças no interior do Serviço Social, o que possibilitou que o Assistente Social ingressasse na década de 90 como uma categoria amadurecida em termos de representação acadêmica e profissional.

O novo processo assumido pelo Serviço Social fez crescer o compromisso com os usuários dos serviços, no sentido da busca pela sua autonomia. As práticas educativas passaram então a ter outra função, “a função educativa dos assistentes sociais integra o

amplo processo de elaboração de uma ideologia própria desenvolvido por estas classes, como elemento constitutivo de uma nova e superior cultura” (GRAMSCI, 1978).

Assim, “Educação em Saúde” é identificada enquanto possibilidade de atendimento em Serviço Social, no sentido de trabalho horizontal e participativo.

Diante deste quadro brevemente abordado convém identificar os principais espaços de trabalho do Assistente Social após a organização do SUS, as demandas que foram reconhecidas como próprias da ação profissional, e como a profissão tem se utilizado de ações educativas e/ou sócio-educativas em suas abordagens, baseando-se em teorias defendidas pelos autores. Todo este contexto segue descrito no próximo tópico do trabalho.

2.2 PÓS DÉCADA DE 90: NOVOS ESPAÇOS DE ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE E REGULAMENTAÇÕES PROFISSIONAIS

Com a implementação do Sistema Único de Saúde e a estruturação dos estabelecimentos de atendimento em saúde em níveis de atenção³¹ (primário, secundário e terciário), o profissional de Serviço Social foi chamado a compor o novo organograma institucional estabelecido. Ou seja, o assistente social passou a organizar seu processo de trabalho regido pelos princípios da “hierarquização, descentralização e democratização do sistema” (COSTA, 2000, p.41).

Este profissional passou a atuar em: Postos de Saúde, Centros de Saúde, Hospitais, Policlínicas, ambulatórios, instituições de saúde mental, Conselhos de Saúde, etc.

Para atuar neste contexto diversas leis³² foram regulamentadas, balizando as intervenções profissionais realizadas junto aos mais variados campos de trabalho. Sendo que neste momento é aprovado o novo Código de Ética Profissional, em 1993, bem como

³¹ Os estabelecimentos de saúde que caracterizam cada nível de atendimento em saúde são descritos por Cohn e Elias, 1996, p.74-76.

³² A ação profissional tem sua base legal pautada na: *Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social- Lei 8.662 de 07.06.93; *No Código de Ética da Profissão, aprovado em 15/03/1993 com alterações através das resoluções CFESS nº 290/90 e 293/94; *8080 de 19.09.1990 e 8142 de 28.12.1990 (SUS Sistema Único de Saúde); *8.742 de 07.12.1993 (FAAS Lei Orgânica da Assistência Social e seus desdobramentos: Política Nacional de Assistência Social e Sistema Único de Assistência Social SUAS); *8069 de 13.07.1990 (ECA Estatuto da Criança e do Adolescente); *10.741 de 01.10.2003 (Estatuto do Idoso); *Decreto nº 914 de 06.09.1993 (Política Nacional para integração da Pessoa Portadora de Deficiência); *Lei 9262 de 12/01/1996-Planejamento Familiar; *Lei 13.324 de 20.01.2005 Cartilha dos Direitos do Paciente do Estado de Santa Catarina”(Dados retirados da Cartilha “Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Caderno de Texto, nº 7).

a lei nº 8.662 de 07.06.1993, que regulamenta a profissão de Serviço Social. Assim, nos artigos 4º e 5º da referida lei, ficam estabelecidas as competências³³ e atribuições³⁴ próprias do Serviço Social.

Assim sendo é preciso salientar que o trabalho que passou a ser desenvolvido pelo profissional refletiu o novo “cenário nacional” da década de 90, das conquistas dos movimentos sociais em torno dos direitos sociais, da “cidadania” e “retorno” à democracia participativa. Diante deste contexto, este profissional procurou ampliar sua prática no sentido de dar respostas às novas demandas surgidas, bem como suporte as já atendidas anteriormente.

É importante destacar que na área da saúde o profissional de Serviço Social (sua formação acadêmica contempla de forma específica na grade curricular a área da saúde), tem apresentado competências e habilidades que o permitem elaborar, coordenar,

³³ Art. 4º- Constituem competências do Assistente Social: I- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas e entidades e organizações populares; II- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III- encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV- (VETADO); V- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI- **planejar, organizar e administrar** benefícios e Serviços Sociais; VII- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX- prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X- planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI- realizar estudos sócio- econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

³⁴ Art.5º- Constituem atribuições privativas do Assistente Social: I- coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área do Serviço Social; II- planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidades de Serviço Social; III- assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV- realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V- assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós- graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI- treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VIII- dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós- graduação; VIII- dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX- elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos interentes ao Serviço Social; X- coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados através dos Conselhos Federal e Regionais; XII- dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII- ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

implementar, e executar políticas sociais, com a finalidade de garantir a qualidade de prestação dos serviços, baseado nos princípios de universalidade e integralidade do acesso aos serviços de saúde (GERBER, 2000).

Neste sentido, é pertinente destacar a obra de Vasconcelos (2002) intitulada “A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde”, que traz uma síntese das principais atividades que têm sido executadas pelos profissionais de Serviço Social, nas diversas instituições de saúde. Dentre as atividades gerais, destacam-se:

- Facilitação, resolução, orientação e/ou encaminhamento, internos e externos, de problemas criados para a instituição e usuários, pelos entraves decorrentes da escassez/qualidade dos recursos materiais/humanos e serviços, para a qualidade da demanda e da forma como a rotina da unidade de saúde é organizada;
- Controle de prescrições médicas nos Programas de Saúde;
- Comunicação/Orientação do quadro clínico do paciente e família;
- Agilização da alta e remoção hospitalar objetivando maior número de leitos liberados;
- Controle, orientação, aconselhamento e encaminhamento do paciente e/ ou família no interior da unidade de saúde;
- Encaminhamento da burocracia (triagem, inscrição, estudo sócio-econômico, etc.) tendo em vista o atendimento médico na emergência e nas enfermarias;
- Asilamento após atendimento médico;
- Aconselhamento e mediação de conflitos institucionais e/ ou familiares;
- Viabilização de acesso e/ou repasse de recursos materiais (medicamentos, órteses, próteses, alimentos, enxoval de gestantes, contraceptivo);
- Apoio;
- Interpretação para a família e paciente do discurso técnico do médico;

É importante lembrar que esta autora também vai compreender como atividade do Serviço Social, a ser desenvolvida em todos os estabelecimentos de saúde, a Educação em Saúde³⁵.

O profissional, ao desenvolver seu trabalho na área da saúde deverá fazê-lo com auxílio de instrumentais que conduzam à soluções perante as demandas apresentadas. Para isto, cabe ao mesmo ter conhecimentos, como o funcionamento da rede de atendimento, pois segundo Costa (2002, p.62),

³⁵ Este tópico será melhor desenvolvido no item 2.2.1 O Serviço Social e as práticas educativas no contexto atual.

[...] o assistente social necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ ou unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ ou se apresentem como meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde. Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais [...]

Desta forma, em virtude de fatores como as transformações (econômicas, políticas e sociais) no cenário atual, é necessário que o assistente social, busque novos conhecimentos de outras áreas, que facilitem a articulação em seu campo de trabalho. Compreende-se que, assegurado o conhecimento, tanto ao profissional quanto ao usuário, o atendimento às demandas será feito por parte do primeiro de maneira mais efetiva, e os direitos, como os da Saúde, serão garantidos aos usuários de maneira integral, pois a atuação do assistente social precisa pautar-se na busca pela promoção da saúde com equidade³⁶.

Percebe-se que diante do contexto descrito dos “novos” espaços profissionais, bem como suas regulamentações legais que balizam a profissão na sociedade, a atuação profissional vem sendo cada vez mais legitimada e reconhecida. Neste sentido, é fundamental a apresentação, neste trabalho, de uma destas possibilidades de intervenção prática que o Serviço Social tem encontrado, para desenvolver sua ação cotidiana: a Educação em Saúde. Portanto, segue descrito, na seqüência, como o Serviço Social está compreendendo atualmente estas práticas, principalmente junto à área da saúde.

³⁶ A equidade em saúde é afirmada na Carta de Ottawa: “Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção em saúde. As ações de promoção em saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial em saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial em saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres” (OPAS, 1986).

2.2.1 Serviço Social e as práticas educativas no contexto atual

Para contextualizar o tópico proposto é fundamental conhecer o que os autores identificam como Educação em Saúde e/ou ações educativas para a profissão de Serviço Social na área da saúde atualmente. Convém mencionar que alguns autores têm identificado eixos de intervenção profissional junto aos diversos campos de atuação profissional.

Inicialmente, é válido destacar o que é definido pelo Conselho Federal de Serviço Social (1990 apud JESUS, 2005, p.57) em suas diretrizes, sobre as práticas do trabalho do assistente social, pois para este órgão, este profissional pode desenvolver nos diversos campos profissionais, atividades de

Assessoramento: Prestar assessoria técnica na elaboração de planos, programas e projetos junto à Direção, às Chefias, Equipes Multiprofissionais, Instituições e população usuária. Intervenção Social: Garantir a ação do Serviço Social dentro dos objetivos propostos pelos profissionais permitindo o atendimento da população usuária a nível individual, grupal e comunitário, em consonância com suas atribuições específicas. Educação Social: (grifo nosso) Engajar efetivamente a população usuária no processo saúde/ enfermidade tornando-a um agente participante na Instituição e na comunidade, através de um conjunto de ações, sejam estas individuais ou grupais, com finalidade de reforçar ou substituir padrões, divulgar o conhecimento adquirido, garantindo real aproveitamento dos recursos existentes. Assistencial: Prestar serviços concretos com vistas à solução de problemas imediatos, apresentados pela população usuária dentro dos recursos e critérios institucionais ou da comunidade. Pesquisa Social: Promover o levantamento de dados relacionados aos aspectos sociais evidenciados na população usuária, demonstrando as relações de causa e efeito encontradas, correlacionando-as ou não ao aspecto saúde/ enfermidade; -Identificar e conhecer a realidade social; - Verificar a eficácia da ação Profissional. Ensino e Supervisão: -Proporcionar aos estudantes de Serviço Social, condições de aprendizado de acordo com as possibilidades da Unidade, tendo em vista as exigências curriculares e as disposições institucionais.- Proporcionar treinamentos e reciclagem aos profissionais de Serviço Social na sua área e sobre assuntos relativos à Política Institucional. - Participar em treinamentos de profissionais de outras áreas a fim de dar conhecimento das funções e atribuições do Serviço Social na Unidade. Ação Comunitária: - Propiciar a participação em vários níveis da comunidade, a ser trabalhada de modo a favorecer o desencadeamento do processo de Desenvolvimento da Comunidade, da qual é uma etapa.

Nesta abordagem, o trabalho educativo fica caracterizado nas ações denominadas “Educação Social”. Mas é claro que todo o processo de trabalho, nas várias caracterizações feitas pelo CFESS (1990), são investidas e perpassadas por ações educativas.

Na seqüência, é válido destacar a contribuição de Mioto (2003 apud LIMA, 2004, p.04), que classifica a intervenção profissional do Serviço Social, nos diversos espaços institucionais em torno de três eixos: Processos Político-Organizativos³⁷, Processos de Planejamento e Gestão³⁸ e Processos Sócio-Assistenciais³⁹.

Assim, o trabalho do Serviço Social na área da saúde⁴⁰ está relacionado aos Processos Sócio-Assistenciais, que conforme Lima (2004, p. 04),

[...] as ações sócio-educativas podem ser desenvolvidas tanto em um caráter de enquadramento disciplinador destinado a moldar o usuário em sua inserção institucional e na sua vida sócio-político-cultural, como podem estar direcionadas ao fortalecimento dos projetos e lutas da classe trabalhadora, contribuindo para a reconstrução das relações sociais ao retraduzir os valores ético-políticos, os modos de pensar e agir dessa classe, o que implica na defesa intransigente dos direitos humanos, da justiça, da autonomia e da democracia.

A autora citada acima percebe que o processo educativo na área da saúde também pode ser classificado no âmbito das ações sócio-educativas. Convém observar que a classificação de Mioto (2003 apud LIMA, 2004) dos eixos de inserção do profissional de Serviço Social, corresponde a uma tipologia válida, porém, esta categorização ainda é uma discussão recente no Serviço Social.

³⁷ Conforme Mioto (2003) o eixo processo político organizativo pode ser definido como: “uma área de trabalho dos assistentes sociais que têm como foco de intervenção a participação social, quer seja no associativismo civil, nos movimentos sociais e na esfera pública (Conselhos de Gestão e de Direitos). Nele o trabalho profissional se desenvolve basicamente através de ações de assessoria e mobilização, realizadas através de diferentes abordagens como a grupal, individual e a coletiva, utilizando-se de diferentes instrumentos técnico-operativos”.

³⁸ Para Mioto (2003) o Processo de Planejamento e Gestão consiste “no desenvolvimento de ações de assessoria e consultoria nas instituições públicas e privadas voltadas a proposição e avaliação de políticas sociais, bem como o desenvolvimento de ações voltadas para a gestão e capacitação de recursos humanos, gestão de informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços”.

³⁹ De acordo Mioto (2003) nos Processo Sócio- Assistenciais “a intervenção está orientada para a intervenção direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis, acontecem privilegiadamente no contexto institucional e o processo interventivo se realiza a partir de demandas singulares. Seu objeto é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Integram este eixo quatro categorias de ações: sócio- educativas; sócio- emergenciais; sócio- terapêuticas; e periciais”.

⁴⁰ Aqui considera-se estabelecimentos de saúde, onde o assistente social passou a atuar: Postos de Saúde, Policlínicas, Hospitais, etc.

Desta forma, para finalizar as caracterizações propostas pelos autores, cabe colocar a contribuição de Costa (2000) que usa outra terminologia para classificar os eixos de inserção⁴¹ do Serviço Social junto à área da saúde. Esta autora discute a “educação e informação em saúde”, como um dos campos de intervenção profissional. Para a autora (2000, p. 45), a ação educativa em saúde pode ser caracterizada como atividades que

[...] consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais do usuário, família e à comunidade para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração destes na resolução de problemas de saúde individual e coletiva, sobretudo quando se trata de epidemias e endemias.

É fundamental observar que o processo educativo, seja ele realizado junto a área da saúde ou em outra área, corresponde a um processo abrangente. Sendo que, muitas vezes este processo perpassa as categorizações feitas pelos autores. É claro que compreende-se que tais identificações são pertinentes para situar o processo do trabalho do Assistente Social, porém, é necessário observar que a educação em saúde (seja ela conduzida por orientações, discussões, problematizações, informações, etc.), se faz presente na maioria das ações desenvolvidas pelo Assistente Social.

Assim sendo, existem outros autores que conceituam a Educação em Saúde também no campo da saúde, identificando o significado desta categoria tanto para os profissionais bem como para os usuários. Como a Educação em Saúde corresponde a uma possibilidade de trabalho a ser desenvolvida pelos profissionais de Serviço Social nos variados espaços de trabalho organizados com o Sistema Único de Saúde, compreende-se ser relevante o conhecimento de algumas destas conceituações.

Autores como Silva, Gonzaga e Penna (1992, p. 85) caracterizam a Educação em Saúde enquanto prática voltada para a construção da cidadania, ou seja,

[...] a educação em saúde tem se apresentado como uma das dimensões da assistência que concretamente instrumentaliza o processo de redefinição da cidadania. Uma educação para a saúde que busque, além de informar, conscientizar, capacitar e organizar os indivíduos em sua emancipação, respeitando sua autonomia. Uma educação que tenha como essência a construção do homem e da sociedade enquanto sujeitos de sua própria história.

⁴¹ Para Costa (2000, p.45) as atividades do Serviço Social estão concentradas em quatro campos de atividades ou eixos de inserção, que são: Ações de caráter emergencial, planejamento e assessoria, mobilização da comunidade, e, **educação e informação em saúde.**

O trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais tem sido “repensado”, uma vez que tem procurado-se realizar um atendimento voltado para a perspectiva macro de atenção, no que concerne a aquisição da cidadania, busca da emancipação social, universalização e ampliação dos direitos sociais.

Iamamoto (1992, p. 40) descreve a ação educativa em Serviço Social, voltada para uma perspectiva de atendimento junto às classes trabalhadoras. Segundo a autora,

[...] O Assistente Social exerce uma ação eminentemente educativa nas classes trabalhadoras. Seu objetivo é transformar a maneira de ver, de agir, de se comportar e de sentir dos indivíduos em sua inserção na sociedade. Essa ação incide, portanto, sobre o modo de viver e de pensar dos trabalhadores, a partir de situações vivenciadas no seu cotidiano, embora, se realize através da prestação de serviços sociais.

A autora citada trabalha com a ação educativa do assistente social no sentido de conscientização da classe trabalhadora, englobando a necessidade de também junto aos trabalhadores desenvolver ações que busquem a autonomia no meio que estão inseridos.

Na área da saúde, Vasconcelos (2002) identifica que as práticas de Educação em Saúde são demandas legítimas, dirigidas ao Serviço Social, correspondendo, portanto, no contexto atual a tendências e possibilidades de prática profissional.

O público atendido na área da saúde corresponde ao empregado formal ou não; procura o Serviço de saúde para ser atendido em suas necessidades a fim de restabelecer o equilíbrio no âmbito da saúde. Assim, os trabalhos em Educação em Saúde desempenhados pelo assistente social, procuram garantir o pleno atendimento em saúde, com integralidade de atenção e busca da promoção social.

As ações educativas em saúde desenvolvidas pelo assistente social podem ser identificadas quando este profissional propicia aos usuários mecanismos que os possibilitam melhor entender a realidade na qual encontram-se inseridos, a relação saúde/doença, e os instrumentaliza para que conheçam e exercitem seus direitos. Sendo importante lembrar que, de acordo com Abreu (2001 apud JESUS, 2005, p.72) a função educativa

[...] é a primeira e essencial dos Assistentes Sociais. Além disso, está contida no projeto ético-político-profissional e nos diferentes espaços da prática profissional, respondendo às demandas já consolidadas e às emergentes no quadro de transformações contemporâneas.

Busca-se, diante do contexto atual, especificamente com o trabalho que vem sendo desenvolvido pela Educação na área da Saúde, propiciar aos usuários “o conhecimento crítico entre a realidade e recursos institucionais tendo em vista a construção de estratégias coletivas em atendimento às necessidades e interesses das classes subalternas” (CARDOSO; MACIEL, 2000, p.144).

Assim sendo, as ações educativas estão presentes na prática cotidiana do assistente social. Cardoso e Maciel (2000, p. 141) complementam ressaltando a veracidade desta prática de trabalho, dizendo que

[...] é incontestável a função educativa desempenhada pelos assistentes sociais [...]. Tal função caracteriza-se pela incidência dos efeitos das ações profissionais na maneira de pensar e agir dos sujeitos envolvidos nas referidas ações, interferindo na formação de subjetividade e normas de conduta, elementos estes constitutivos de um determinado modo de vida ou cultura.

Cabe aqui destacar o entendimento da categoria educação para o Serviço Social. Conforme Jesus (2005, p. 125) a categoria educação pode ser entendida como “um ‘espaço’ de aprendizagens e vivências para usuários e profissionais, onde através do conhecimento de si mesmo e do mundo se constrói uma consciência crítica e coletiva e onde são produzidas idéias”.

É importante salientar que educação é compreendida como um “processo” contínuo e permanente de convivência e de diálogo, de conscientização e participação, que vai capacitando os usuários a compreender sua realidade para nela atuar de forma transformadora (JESUS, 2005). É sobre esta base de entendimento que práticas do profissional de Serviço Social, como a Educação em Saúde, têm contribuído para o trabalho na área da Saúde.

Desta maneira, mesmo diante das dificuldades que o sistema de saúde enfrenta (dados já apresentados no item 1.4.2), a prática de Educação em saúde precisa cotidianamente ser perseguida pelos profissionais de Serviço Social, com a finalidade de empoderar⁴² o usuário do serviço, para que este saiba como reivindicar qualidade de vida e acesso de qualidade aos serviços como os de saúde.

⁴² Para Lisboa (2003b, p.23), “a categoria empoderamento surge exercendo forte influência no meio acadêmico, a partir da década de 1990, para analisar o processo pelo qual pessoas, organizações sociais e comunidades criam seu próprio espaço vital, tanto social como ecológico, e a partir dele aprendem a lidar criativamente com situações-problema e em função de suas necessidades básicas; o enfoque é centrado na força e na capacidade das pessoas de descobrirem e

É válido lembrar que o compromisso do assistente social foi balizado mediante a consolidação do atual projeto ético-político da profissão, uma vez que este profissional assumiu o

[...] compromisso político consciente com o projeto societário das classes subalternas e competência teórica, metodológica e política para a identificação e apropriação das reais possibilidades postas pelo movimento social para o redirecionamento da prática profissional no horizonte da luta pela emancipação das referidas classes. (CARDOSO; MACIEL, 2000, p. 144)

Assim sendo, este profissional deve estar integrado às reais necessidades, não só executando mas estando apto a propor novas formas de trabalho. Uma vez que exigisse hoje um profissional “com capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano – um profissional propositivo e não só executivo” (IAMAMOTO, 1998, p. 20). Seja na área da saúde ou em outra área, este profissional precisa estar atento ao seu projeto ético-político, procurando materializá-lo nas suas intervenções cotidianas.

Diante disso, segue descrito o espaço institucional onde ocorreu o desenvolvimento do Estágio Curricular obrigatório (da acadêmica), bem como o trabalho que o Serviço Social tem desenvolvido nesta instituição, seus programas de intervenção e os principais projetos profissionais.

2.3 O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA – FLORIANÓPOLIS

Para contextualizar o processo de trabalho do Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis, primeiramente será apresentada uma breve caracterização desta instituição, os principais atendimentos, programas e profissionais envolvidos. Na sequência, segue detalhado o trabalho do Serviço Social, os programas e projetos criados e executados nesta instituição de saúde.

2.3.1 Breve apresentação da Instituição

A Maternidade Carmela Dutra⁴³ é uma instituição pública que presta atendimento pelo SUS, bem como atendimentos a convênios particulares, sendo subordinada à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Foi inaugurada em 03 de julho de 1955, e localiza-se na rua Irmã Benwarda, nº 208, no centro de Florianópolis (SC). Os serviços prestados pela mesma estão relacionados à saúde integral da mulher e do binômio mãe-filho, com atendimentos às mulheres dos diversos níveis sociais, e provenientes dos diversos municípios do estado catarinense, em situação de saúde/doença, estando ou não relacionadas às fases do ciclo gravito-puerperal.

A citada Instituição tem como objetivo promover a assistência integral à saúde da mulher e do recém-nascido, estando este atendimento ligado ou não com as fases do ciclo gravito-puerperal, e também desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão através de colaboradores motivados e de uma tecnologia efetiva.

A Instituição dispõe atualmente de 121 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico e oncológico. Mensalmente nascem na Maternidade Carmela Dutra cerca de 320 a 350 bebês, sendo responsável por 50% dos atendimentos obstétricos em Florianópolis.

O Serviço de Neonatologia prestado pela Maternidade Carmela Dutra é referência no atendimento de recém-nascidos. A instituição possui um “Alojamento Conjunto” para os recém-nascidos saudáveis, e o Berçário de Alto Risco e UTI Neonatal para os recém-nascidos doentes.

Um dos serviços que a instituição oferece às mulheres, e que merece destaque, é o atendimento de oncologia ginecológica, que visa dar assistência interdisciplinar e humanizada no tratamento destas pacientes. É válido lembrar que este serviço é referência no Estado de Santa Catarina, contando com atuação ambulatorial e hospitalar.

A Maternidade Carmela Dutra possui o Serviço de Banco de Leite Humano e Central de Informações sobre Aleitamento Materno, fundado em 1979. A instituição foi a primeira no Estado de Santa Catarina a concretizar estes serviços. As ações desenvolvidas estão relacionadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, contando

⁴³Dados referentes à caracterização da Instituição (Histórico, Programas e Serviços Maternidade Carmela Dutra), retirados do Plano de Trabalho da Equipe Técnica da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, 1991.

também com atividades de coleta, processamento, controle de qualidade, estocagem e distribuição do leite.

A Maternidade Carmela Dutra em 1992 recebeu do Ministério da Saúde o reconhecimento como Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher. Em 03 de julho de 1996 recebeu da UNICEF/OMS e Ministério da Saúde, segundo a portaria nº 155 da Secretaria da Assistência Social (MS), o Título de Hospital Amigo da Criança, por ser uma instituição que procura dar Incentivo e Proteção ao Aleitamento Materno.

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, mantém um Programa de Controle de Infecção Hospitalar cuja atuação resultou na obtenção da Acreditação em Infecção Hospitalar em julho de 1997.

Em julho de 1998 a Portaria nº 3.016 do Ministério da Saúde instituiu o programa de apoio a Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento a Gestantes de Alto Risco. Assim, a Instituição dispõe de oito leitos destinados preferencialmente as gestantes de alto risco.

A Maternidade conta, ainda, com Associação de Voluntárias que oferece apoio e entretenimentos às pacientes, realizam doações de enxovais para recém-nascidos carentes e atividades beneficentes para captação de recursos financeiros.

Esta instituição constitui-se em um centro de referência no Estado de Santa Catarina por ser uma Maternidade/Escola, conveniada com a Universidade Federal de Santa Catarina e outras instituições de assistência e de ensino, com residência médica em ginecologia obstetrícia, mastologia e neonatologia, e campos de estágios para as áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social e Nutrição. Serve, também, como campo de estágio e pesquisa para alunos de pós-graduação e cursos técnicos.

2.3.2 Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra

O Serviço Social⁴⁴ foi implantado na Maternidade Carmela Dutra em 1967, com a contratação de uma profissional. Ao longo do tempo, desde a primeira contratação, existiram momentos que trabalhavam na Instituição cinco assistentes sociais contratados. Porém,

⁴⁴ Dados retirados do Plano de Trabalho da Equipe de Serviço Social, Florianópolis, 2003.

atualmente, trabalham apenas dois assistentes sociais que dividem o trabalho de acordo com as unidades de internação que assim encontram-se divididas:

- Unidade I: Cesárea;
- Unidade II: Parto Normal;
- Unidade III: Parto Normal;
- Unidade IV: Fototerapia;
- Unidade V: Cirurgias Ginecológicas;
- Unidade VI: Oncologia;
- Unidade VII e anexo: pequenas cirurgias, curetagem;
- Unidade VIII: Gestantes de Alto Risco;

Os programas desenvolvidos pelos profissionais de Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra, são:

- **Programa de Atendimento e Acompanhamento nas Unidades de Internação:** o objetivo deste programa é acompanhar e orientar a paciente e sua família durante a internação hospitalar, proporcionando o seu bem-estar e contribuindo na elucidação e resolução de situações problemas que possam comprometer seu restabelecimento e conseqüente alta. Constitui-se como objetivos específicos deste programa:
 - Conhecer a situação social da paciente e família, objetivando um plano de intervenção quando necessário;
 - Proporcionar esclarecimento, orientação e encaminhamento à paciente e familiares que procuram apoio as suas dificuldades;
 - Acompanhar, com a equipe interdisciplinar, a evolução do tratamento hospitalar;
 - Participar de reuniões interdisciplinares;

Dentro desse programa estão inseridos o Projeto de Atendimento e Acompanhamento nas Unidades de Obstetrícia, Projeto de Atendimento e Acompanhamento no Berçário de Alto Risco e Recanto da Mamãe, Projeto de Atendimento e Acompanhamento nas Unidades V e VI e o Projeto de Atendimento e Acompanhamento na Unidade de Oncologia.

- **Programa de Atendimento Ambulatorial:** Devido à necessidade de acompanhamento sistematizado às pacientes atendidas no ambulatório da Maternidade Carmela Dutra, o Serviço Social se propõe a realizar um trabalho de esclarecimento, orientação e encaminhamento relativo às necessidades de cada paciente. O objetivo geral deste programa é: orientar e situar pacientes e familiares no contexto ambulatorial, motivando

a continuidade do tratamento. E, desta forma, os objetivos específicos deste programa podem ser considerados:

- Esclarecer e orientar a paciente quanto à estrutura e funcionamento do ambulatório e postos de saúde e marcação de consultas;
 - Esclarecer dúvidas relativas à legislação previdenciária e trabalhista;
 - Proporcionar orientações específicas, interpretando à paciente e seus familiares as solicitações médicas e motivando a continuidade do tratamento;
 - Identificar dificuldades que possam interferir na continuidade do tratamento e auxiliar na remoção delas;
 - Informar os recursos da comunidade e proceder ao encaminhamento quando necessário;
 - Interagir com a equipe interdisciplinar.
- **Programa de Recepção e Triagem (Plantão):** Em virtude do grande contingente de pessoas que procuram diariamente o serviço social em busca de resolução para as mais diversas situações, este programa procura:
- **Informar**, esclarecer e orientar o usuário que vem ao Serviço Social e encaminhá-lo aos serviços da Unidade e/ou Comunidade;
 - Proporcionar atendimento adequado aos usuários; (Plano de Trabalho do Serviço Social da Maternidade Carmela Dutra, 2003).

Os programas desenvolvidos pelo Serviço Social procuram atender a paciente de forma integral, uma vez que a mesma vem a Instituição (para ganhar o bebê, fazer curetagem, ou outros procedimentos cirúrgicos) e trás consigo suas angústias, insegurança, em relação ao momento que está vivendo. A interação entre a assistente social, paciente e familiares, bem como o trabalho desenvolvido é necessário para que estas pacientes sejam bem acolhidas e atendidas pela Instituição durante o tempo que permanecerem recebendo os serviços da mesma.

Assim sendo, convém destacar que a experiência de estágio desenvolvida (que será trabalhada no Capítulo III deste trabalho), realizou-se junto ao Programa de Atendimento e Acompanhamento nas Unidades de Internação, mais especificamente junto ao Projeto de Atendimento e Acompanhamento no Berçário de Alto Risco e Recanto da Mamãe.

CAPITULO III

O TRABALHO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPO DE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS

Para a composição deste capítulo foram estabelecidos alguns tópicos que traduzem melhor a experiência de estágio curricular obrigatório, vivenciada junto a Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis.

Primeiramente considerou-se como relevante destacar a importância do trabalho com Educação em Saúde, organizado e/ou coordenado pelo Serviço Social com o grupo de mães de bebês prematuros. Na seqüência segue a descrição do perfil das mães que participaram do grupo de trabalho realizado. E finalizando, será dado ênfase à pesquisa de campo realizada pela estagiária, com uma amostra das mães que participaram do grupo, anteriormente citado, a fim de identificar o pensamento das mesmas em relação ao trabalho desenvolvido.

3.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL COM GRUPOS

Um grupo caracteriza-se enquanto tal, quando existem, entre as pessoas envolvidas, objetivos em comum e suas partes se inter-relacionam. Ou seja, são pessoas que encontram-se ligadas por constantes de tempo e espaço. Assim sendo, grupo pode ser compreendido, segundo Afonso (2003, p.19) como,

[...] um conjunto de pessoas unidas entre si porque se colocam objetivos e/ou ideais em comum e se reconhecem interligadas por estes objetivos e/ou ideais. Para estar dentro dessa definição, um grupo deve ter relações “face a face”, isto é, todos os seus membros se conhecem e se reconhecem unidos no grupo.

Os grupos de trabalho são caracterizados por diversos autores, de várias formas. Neste trabalho achou-se pertinente à escolha da metodologia de trabalho adotada por

Afonso (2003), que classifica os diferentes grupos de trabalho na área da saúde. Este autor entende que

A utilização desses grupos na área da saúde já se liga à necessidade de esclarecer e trabalhar aspectos de uma questão de saúde/doença, especialmente quando essa problemática é influenciada por fatores sociais, culturais e psíquicos, exigindo a mudança de mentalidade e a reorganização do cotidiano da população atendida. Não se limita a conhecer as crenças, mas intensiona a sua transformação, precisa incrementar os aspectos educativos e reflexivos do grupo, melhorando a comunicação e a aprendizagem dentro dele. (Afonso, 2003, p.40)

Afonso (2003) identifica alguns grupos de trabalho, tais como: focais, sócio-educativos, psico-educativos, terapêuticos, e operativos. Assim, para a condução dos trabalhos do Estágio curricular obrigatório realizado, utilizou-se à caracterização de grupos sócio-educativos⁴⁵, uma vez que este grupo objetiva “[...] conhecer as crenças, idéias e sentimentos de seus participantes visando a sua reflexão, adaptação e/ ou mudança, e estimulando novas aprendizagens, para o enfrentamento de um dada problemática” (AFONSO, 2003, p. 40).

Assim, no grupo sócio-educativo o coordenador tem uma função importante, no sentido da condução dos trabalhos, bem como nas informações repassadas, uma vez que aqui entende-se que este processo de conhecimento não corresponde a uma ação verticalizada, mas uma troca de saberes entre as pessoas envolvidas. Ou seja, o coordenador/educador, que trabalha com os grupos sócio-educativos

[...] tem um papel importante, que se aproxima bastante do papel de um educador. É um profissional da saúde como um educador. Como recursos educativos, são preparados materiais que respeitem a linguagem e o nível educacional dos educandos, tais como jogos educativos, técnicas lúdicas e recursos áudio- visuais, visando aumentar a compreensibilidade da informação bem como a motivação do grupo. (AFONSO, 2003, p. 41)

Diante disso, o trabalho com grupos corresponde a um instrumento técnico fundamental para o desenvolvimento do processo de trabalho do Assistente Social, nos

⁴⁵ Algumas características do Grupo Sócio-Educativo: “Esses grupos tem um foco no trabalho, uma questão previamente definida que será o objeto de sua reflexão. Funcionam bem como um número de até 20 participantes e tendem a ser formados com maior homogeneização das características destes participantes em torno do foco do trabalho. Podem funcionar com um número pequeno de sessões, ou com um numero maior de sessões. Podem ser ainda permanentemente abertos, sem definições de numero de sessões, e com certa rotatividade dos participantes, mas mantendo- se o foco na reflexão” (AFONSO, 2003, p. 40).

vários campos de intervenção que o mesmo encontra-se inserido, como na saúde. Esta base de intervenção (o grupo) possui diversas finalidades, dependendo do objetivo a que se destina utilizar. Uma vez que o Assistente Social, possui em seu Código de Ética princípios, como o da difusão de informações, este profissional precisa buscar esta prática com o objetivo de promover a autonomia do sujeito nas diversas situações que o mesmo se encontra, a fim de assegurar o pleno atendimento em saúde, bem como a promoção desta saúde.

Sendo que, ao realizar uma intervenção junto aos grupos, o Assistente Social necessita perceber a finalidade de seu trabalho estimulando sempre a aprendizagem, a desmistificação de crenças e tabus, proporcionando elementos para a formação de uma consciência mais crítica do paciente e família em relação ao processo vivido.

Como há troca constante de conhecimento, entre os usuários e entre usuários e assistente social, o diálogo torna-se um instrumental técnico bastante utilizado no trabalho em grupo, para a facilitação da interação e efetivação dos trabalhos. Assim sendo, o diálogo pode ser entendido como

[...] mecanismo de autonomia e emancipação é um veículo importantíssimo para a construção de processos educativos e reflexivos que transformam os indivíduos envolvidos em sujeitos que constroem suas histórias. A cidadania passa por esse processo de interação com o outro onde divide-se a informação e troca de conhecimentos, sendo assim o movimento de tese, antítese e síntese é sempre construído coletivamente num movimento dialético de construção e reconstrução do real. (CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2001 apud JESUS, 2005, p. 130)

Neste sentido, o trabalho em grupo baseado no diálogo corresponde a uma assertiva a ser usada para o desenvolvimento do trabalho de Educação na área da Saúde, pois, acredita-se que este trabalho no grupo, neste caso, corresponda ao

[...] lugar de socialização- momentos de vivência coletiva, de encontro, escuta, solidariedade e de queixas do cotidiano, mas é também espaço para propor e iniciar ações- negociar as próprias questões. É um lugar de troca onde cada um aprende a situar-se em relação ao outro, encontrando um território de símbolos coletivos que permitem sentir o orgulho de pertencer à [...]. (CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1998 apud JESUS, 2005, p. 130)

Assim, é fundamental destacar a experiência de trabalho em “Educação em Saúde”, junto ao grupo de mães de bebês prematuros da Maternidade Carmela Dutra, conduzido pelo Serviço Social. Convém salientar que,

[...] o grupo, contexto no qual desenvolveu-se este processo, representa mais do que um conjunto de pessoas reunidas em um mesmo local e ao mesmo tempo; sua essência não se traduz na soma de seus componentes. Com esta convicção grupo foi aqui percebido como um encontro de seres humanos que desenvolvem entre si uma relação de confiança mútua, afeto e solidariedade, interessam-se pelos problemas, pelos sentimentos e pela história de cada um e de todos, compartilham vivências e saberes, aprendem uns com os outros e buscam expressar o aprendido exercitando sua cidadania na re-criação cotidiana da arte de viver (MADUREIRA, 1994, p. 23).

Para exemplificar todo o processo de trabalho em grupo desenvolvido pelo Serviço Social, segue descrita a experiência vivenciada junto ao grupo de mães de bebês prematuros.

3.2 O GRUPO DE MÃES DE BEBÊS PREMATUROS DA MCD- DESCRVENDO A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

O período de estágio na Maternidade Carmela Dutra aconteceu de 08/03 à 01/07 de 2005, onde objetivou-se desenvolver um trabalho com grupos de mães de bebês prematuros dessa Instituição.

As mães, quando terminado o horário das “mamadas” não encontravam outra atividade que suprisse a espera da próxima, e ficavam “vagando” pela instituição sem outra atividade para desenvolver.

Diante deste contexto, e após contatos com as mães, considerou-se de suma relevância desenvolver com as mesmas um trabalho que possibilitasse não só a ocupação de tempo, mas sobretudo, a troca de experiências, o conhecimento, reflexão, em torno da nova fase em que as mesmas estavam experienciando em suas vidas – a chegada de um bebê prematuro.

Assim, o trabalho realizado, tinha como objetivo geral: **Desenvolver de forma participativa um trabalho de Educação em Saúde com as mães de recém-nascidos**

internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI Neonatal) da Maternidade Carmela Dutra.

A idéia pautou-se em desenvolver um trabalho voltado para a Educação em Saúde, e que fosse acolhido pelas participantes (mães), uma vez que este trabalho estaria associado ao cotidiano das mesmas. Um trabalho de cunho participativo, onde os assuntos abordados foram também sugeridos pelas mães⁴⁶.

Neste sentido, estabeleceram-se quatro objetivos⁴⁷ específicos para o trabalho:

- 1 – Traçar o perfil sócio-econômico das mães que tem seus filhos internados na UTI neonatal, a fim de obter maiores informações das mesmas, para melhor conhecer as suas demandas, necessidades e angústias (item descrito no próximo tópico);**
- 2 – Realizar encontros semanais com as mães, estimulando sua participação para conscientiza-las de seus direitos sociais e do seu bebê, bem como das práticas que podem ser usadas pelas mesmas no que tange aos cuidados básicos com o recém-nascido.**

Os encontros foram organizados em dois dias (haja vista a limitação de tempo, bem como a variedade de assuntos a serem trabalhados) na semana. Para realizar o primeiro encontro contactou-se a participação de uma enfermeira da Maternidade Carmela Dutra. Sendo que em todo o encontro semanal trabalhava-se o mesmo tema: “Cuidados básicos com o recém-nascido prematuro”. Como este era um assunto amplo, as dúvidas, na grande maioria das vezes, variavam. As mães que já haviam participado de um encontro tinham livre poder de escolha em querer participar novamente de outro.

No encontro coordenado pela estagiária de Serviço Social o objetivo foi de trabalhar assuntos que estivessem relacionados com o cotidiano das mães, sob a perspectiva da ampliação de cidadania destas usuárias do serviço de saúde. Assim foi possível criar quatro encontros. Cada semana trabalhava-se com um tema diferente. Como a demanda era bastante flutuante, nunca coincidiu das participantes debaterem os mesmos temas, sendo também que, ao término dos quatro temas planejados, iniciava-se novamente o cronograma.

⁴⁶ Concorde-se com as observações de Madureira (1994, p.13) “a realidade social a que se referiu no trabalho, configura-se no viver daquelas mulheres, que buscavam, em suas relações com os outros no mundo, conhecer e saber mais para vir a ser mais, para conquistar um viver mais saudável, para criar a re-criar formas de enfrentar as diversas situações envolvidas no seu cotidiano, dentre as quais as relacionadas com o cuidado com o filho.”

⁴⁷Os objetivos específicos do Plano de Estágio não encontram-se descritos em ordem seqüencial, ou seja, após cada objetivo citado a autora do trabalho destaca algumas idéias que possibilitaram o melhor entendimento do trabalho desenvolvido.

As reuniões com o Serviço Social foram dispostas de acordo com os seguintes temas:

- 1º Encontro: Inserção da Criança na Família.

Objetivo: Conversar com as mães sobre a inserção da criança prematura no cotidiano da família.

- 2º Encontro: Planejamento Familiar.

Objetivo: Trabalhar com as mães este tema, demonstrando a sua importância a fim de proporcionar reflexão e esclarecimento das mesmas em relação ao assunto.

- 3º Encontro: Cuidados Básicos e Acesso aos Serviços de Saúde.

Objetivo: Trabalhar com as mães os cuidados básicos e o acesso aos serviços de saúde.

- 4º Encontro: Direitos Sociais

Objetivo: Trabalhar com as mães os direitos sociais⁴⁸, prestando esclarecimentos acerca de como funcionam e acessibilidade aos mesmos.

Assim, foi possível observar que as mães que estiveram presentes nos encontros participaram e contribuíram para a ampliação de seus conhecimentos. Convém dizer que as participantes avaliaram positivamente a dinâmica dos encontros, uma vez que estas mães eram convidadas a relatar as suas experiências.

Também para a estagiária este foi um momento muito rico, sendo que as experiências relatadas pelas mães contribuíram para o próprio processo de aprendizado nesta Instituição.

3 – Proporcionar para as mães uma forma de ocupação do tempo, enquanto aguardam os horários da amamentação dos bebês, bem como um momento de integração e troca de experiências.

Os temas discutidos pautaram-se nas idéias sugeridas pelas mães (em todo o período de estágio), bem como nas considerações da estagiária, no que tange a disponibilidade de tempo e recursos para a realização dos encontros.

4 – Criar um grupo sócio-educativo com as mães que acompanham seus filhos internados na UTI Neonatal.

O grupo criado com as mães que tinham filhos internados na UTI Neonatal tinha como finalidade reunir as mães e proporcionar a reflexão entre as mesmas, acerca do momento que estavam vivenciando.

⁴⁸ Os direitos sociais trabalhados nos encontros foram: Licença Maternidade, Salário Maternidade, Licença Paternidade, Direito à amamentação, Direitos da mãe assegurada com mais de um emprego, Esterilização (ligaduras de trompas, vasectomia).

Para melhor conduzir os encontros foram consultadas dinâmicas de grupo (ANEXO A), e escolhidas aquelas que considerava-se estar mais próxima do assunto do dia, bem como da realidade vivida por estas mães. O intuito do uso das dinâmicas era conhecer um pouco mais da vida destas mães, a fim de saber também qual o melhor tratamento que poderia ser dado diante das situações apresentadas.

Assim sendo, segue o perfil das mães atendidas pelo Serviço Social no período de março a junho de 2005 na MCD.

3.2.1 Perfil das Mães de bebês prematuros: participantes do grupo

Para a concretização do objetivo específico do Plano de Estágio, que era: “Traçar o perfil sócio-econômico das mães que tinham filhos internados na UTI neonatal, a fim de obter maiores informações das mesmas, para melhor conhecer as suas demandas, necessidades e angústias”, foram realizadas algumas atividades.

Inicialmente, era necessário localizar as mães nas Unidades da MCD, cujos bebês estavam internados na UTI Neonatal, sendo que para isto, era realizado diariamente, pelo Serviço Social, o levantamento das pacientes que estavam internadas, e aquelas que possuíam bebês prematuros. Através da consulta aos seus prontuários, acontecia a entrevista, onde estas mães já eram orientadas de como deveriam agir caso recebessem alta e seu bebê permanecesse internado, bem como recebiam o cronograma dos encontros organizados e/ou coordenadas pelo Serviço Social.

Para traçar este perfil, foram feitas novas abordagens individuais, onde se aplicava um questionário com perguntas semi-estruturadas (ANEXO B), o que possibilitava a obtenção de dados quantitativos e qualitativos. Este fato proporcionava as condições para a realização do Estudo Sócio-Econômico destas mães e suas famílias, bem como o diagnóstico psicossocial relativo a situação de cada mãe.

Os estudos sócio-econômicos eram sempre agendados previamente, assim como os possíveis e prováveis locais onde poderiam ser realizadas as entrevistas (Leito, Sala do Serviço Social, Espaço do Recanto da Mamãe), respeitando as rotinas da Instituição no que se refere aos horários estabelecidos para as refeições, horário dos médicos, das mamadas, de visitas, Banco de Leite, etc.

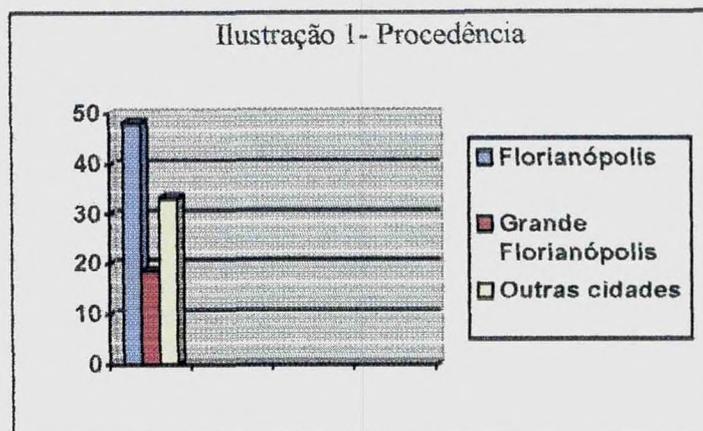
Os estudos sócio-econômicos eram instrumentos importantes para se conhecer um pouco mais da vida destas mães, das angústias que traziam, das expectativas que tinham, suas percepções em relação aos filhos internados na UTI Neonatal. O conhecimento prévio das informações prestadas por estas mães era fundamental tanto para saber as providências que melhor poderiam ser tomadas pelo Serviço Social, bem como para a elaboração dos encontros. É importante salientar que os primeiros estudos realizados serviram de base preliminar dos temas a serem trabalhados nos encontros com o grupo de mães.

Das entrevistas agendadas e as que não puderam ser levadas a efeito, as causas foram as mais variadas, tais como: alta simultânea da mãe e do bebê; falta de tempo da própria estagiária, uma vez que esta tarefa demanda tempo e disponibilidade de horários; falta de tempo da mãe que tinha outros compromissos marcados para os horários “vagos”; o fato de agendar a entrevista para um determinado horário e local e a mãe já ter recebido alta e também o fato da paciente não comparecer á entrevista previamente marcada.

Assim, através das entrevistas feitas traçou-se o Perfil das mães com bebês internados na UTI Neonatal da Maternidade Carmela Dutra, no período de estágio de 14 de abril a 17 de junho de 2005, que será detalhado na seqüência. Cabe lembrar que, das 44 mães que tiveram bebês prematuros durante o período, foi possível realizar entrevista com 27 delas, o que representa uma amostra de 61% de mães com bebês prematuros. Os dados levantados foram: procedência das mães, estado civil, faixa etária das mesmas, grau de instrução, número de filhos, ocupação, renda das mães e trabalho formal.

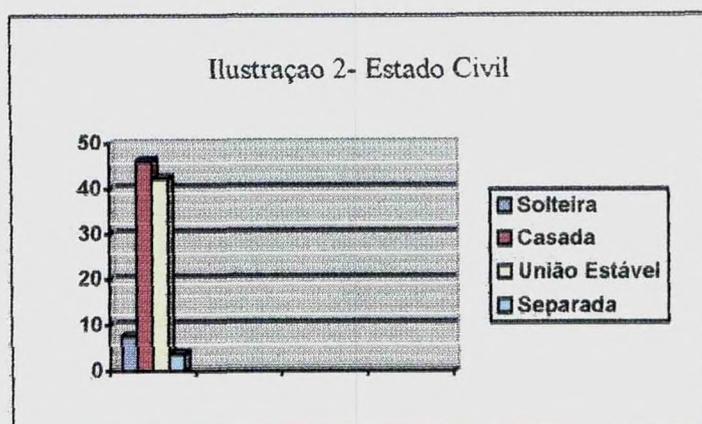
3.2.1.1 Apresentando os dados

Na seqüência, portanto, seguem os gráficos montados com as referidas informações coletadas, assim como uma breve avaliação das referidas informações obtidas junto ao grupo de mães de bebês prematuros.



Fonte: Elaborado pela autora, 2005

Por meio dos dados obtidos no gráfico percebe-se que a procedência das mães compreende vários municípios do Estado de Santa Catarina, fato que comprova a abrangência do sistema referência de atendimento da Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis. Sendo que 49% das mães entrevistadas residiam em Florianópolis, 18% das mães moravam na Grande Florianópolis⁴⁹, e 33 % das mães tinham residência em outras cidades⁵⁰ do Estado de Santa Catarina.



Fonte: Elaborado pela autora, 2005

⁴⁹ São considerados municípios da Região da Grande Florianópolis: Antonio Carlos, Governador Celso Ramos, Santo Amaro da Imperatriz, Biguaçu, Palhoça, Paulo Lopes. Dados obtidos no *site* www.brasilchannel.com.br.

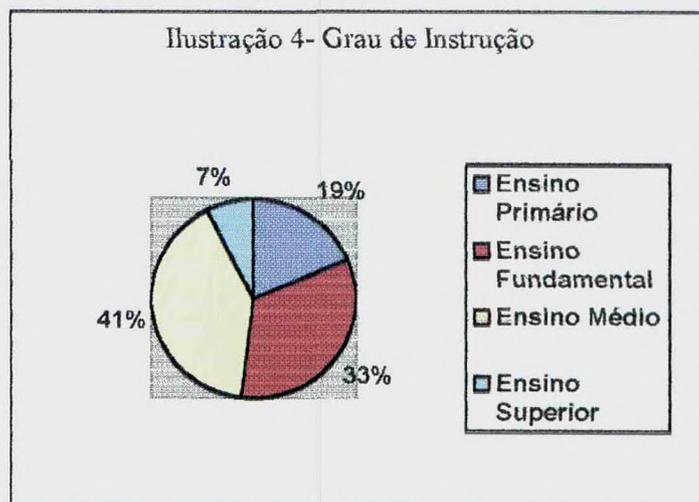
⁵⁰ As outras cidades do Estado de Santa Catarina, de procedência destas mães são: Joinville, Presidente Getulio, Fraiburgo, Concórdia, Sombrio, Petrolândia, Laguna.

Através destes dados coletados foi possível observar que 48% das mães estavam casadas legalmente, 41% eram mães que conviviam maritalmente em união estável com seus companheiros, 7% das entrevistadas eram mães solteiras, e 4% estavam separadas de seus companheiros (durante o momento da entrevista). De acordo com o artigo 1.723 do Código Civil brasileiro, união estável pode ser definida como: “uma entidade familiar configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição familiar”. Assim sendo, percebe-se, através destes dados que, a constituição familiar presente, na grande maioria dos estudos sociais realizados, foi predominantemente o modelo de famílias nuclear (pai, mãe, filhos). Sendo também que como a grande maioria das mães (no momento da entrevista) estava junto com um companheiro, estas tinham, teoricamente, um suporte afetivo, durante a vivência da maternidade.



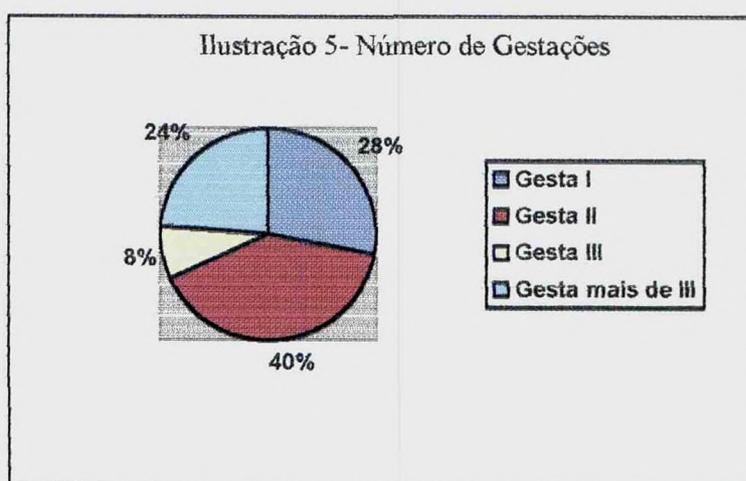
Fonte: Elaborado pela autora, 2005

O gráfico mostra que os índices mais altos de prematuros estão com as mulheres da faixa etária compreendida entre 21 a 25 anos, somando um total de 37% dos casos. Na sequência aparece as mães com idade entre 32 a 37 anos com um total de 30%, as mães com idade de 26 a 31 anos representavam 18% dos casos. Aparecem também, as mães com idade de 16 a 20 anos, que correspondiam a 15% das mães. A concentração da vida reprodutiva está nas idades mais jovens, sendo que mais de 50% das mães entrevistadas tinham idade entre 16 a 25 anos. Mioto (1997, p. 118 apud GOLDANI 1994) observa que a concentração da vida reprodutiva em mulheres de idades mais jovens (até 30 anos) significa que “as mulheres passam menos tempo de sua vida em função da reprodução e têm mais tempo para se dedicar a outras atividades (trabalho, relação conjugal)”.



Fonte: Elaborado pela autora, 2005

Por meio do gráfico fica destacado que: a maioria das mães possuía o ensino médio, cerca de 41%, enquanto 33% haviam completado o ensino fundamental, 19% possuíam o Ensino Primário, e 7% tinham o curso superior completo. É possível visualizar que diante dos dados colhidos a demanda atendida, durante o período de estágio, foi de mães que tinham uma formação escolar de nível médio.

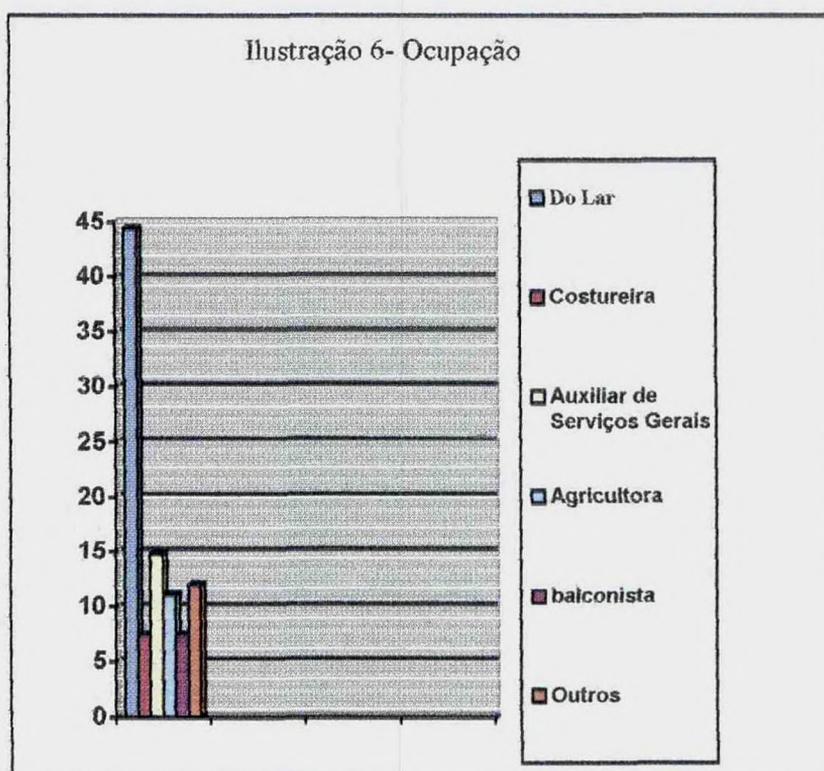


Fonte: Elaborado pela autora, 2005

O gráfico demonstra que a maioria das mães estava na segunda gestação, 40%. Também que existia um número considerável de mães que este filho era o primeiro, num total de 24%. Uma parcela de 8% estava na terceira gestação. Outro dado é que 28% estavam na terceira gestação. Observa-se, portanto que, 72% das mães entrevistadas já

tinham mais de um filho (ou gestavam mais de 1), o que significa que as mesmas já possuíam uma certa experiência em relação a maternidade e a gestação.

Além disso, os dados comprovam o que as estatísticas vêm demonstrando ultimamente: a redução do número de filhos entre as mulheres. De acordo com Miotto (1997, p.118 apud GOLDANI, 1994) “a família brasileira entra nos anos 90 com uma média de 2,5 filhos [...]. Este dado indica queda acentuada da taxa de fecundidade das mulheres brasileiras”.



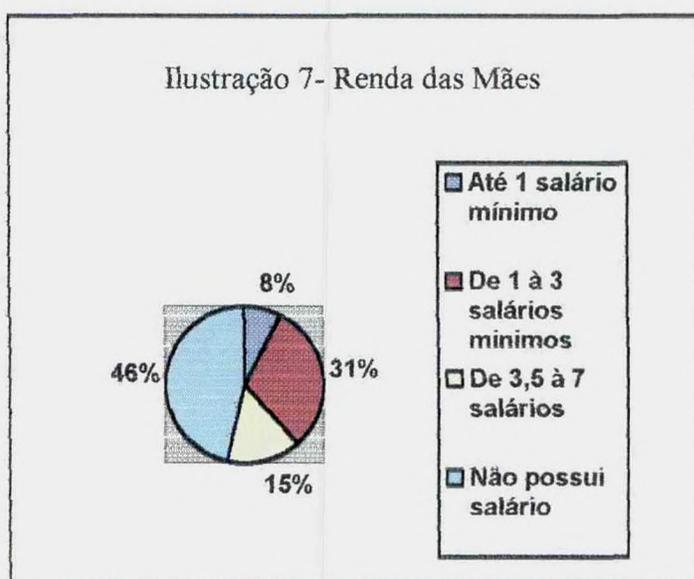
Fonte: Elaborado pela autora, 2005

O gráfico acima explicita que muitas mães encontravam-se inseridas no mercado de trabalho, embora a grande maioria não trabalhasse fora de casa. Algumas das mães dizia “ser do lar”, mas estas já haviam exercido anteriormente alguma profissão remunerada. Porém, por diversos motivos, dentre eles a gravidez, estas mães não encontravam-se mais trabalhando na função anterior. Os dados coletados mostram que 46% eram do lar, 8% eram costureiras, 15% trabalhavam como auxiliares de serviços gerais, 11% eram agricultoras, 8% trabalhavam como balconistas e 12% das entrevistas foram descritas como outros (trabalhavam como nutricionistas, técnica em Segurança do Trabalho, ou

eram estudantes). Assim, a grande maioria das mães entrevistadas (46%) passava por uma situação idêntica, conforme descreve Alexandre (2004, p. 41) que eram

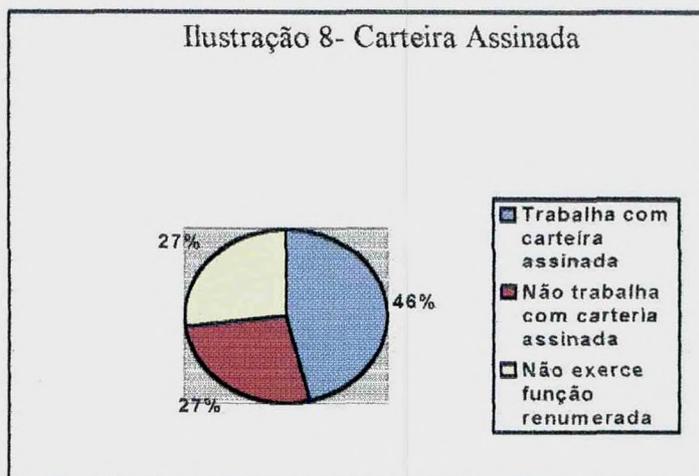
[...] as dificuldades que as mulheres passam para trabalhar fora e ter filhos são, devido ao papel das mulheres que foi socialmente construído que é de ser mãe. [...] as mulheres encontram dificuldades de trabalhar fora e de reconhecer-se como profissional. [...] uma atribuição que, na verdade, pertence a toda a família que é ser 'do lar', mas culturalmente a responsabilidade é dada a mulher.

E, somando a este fato, também existem casos onde as mulheres além de trabalhar fora de casa precisam cuidar da casa e dos filhos, o que ocasiona a tripla jornada de trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora, 2005

O gráfico mostra que 8% recebiam até 1 salário mínimo, 31% de 1 à 3 salários mínimos, 15% de 3,5 à 7 salários, e 46% não possuíam renda. É possível perceber que o salário destas mães está ligado tanto à função desenvolvida, bem como ao nível de escolaridade das mesmas. Se comparado com o salário recebido pelos homens, no caso das mulheres isto se agrava, pois estas comprovadamente ganham menos, isto exercendo as mesmas funções. Segundo Wanderley (2000, p. 101) a mulher ainda sofre com “as condições inferiores de renda e prestígio social nas ocupações profissionais relativamente aos homens”.



Fonte: Elaborados pela autora, 2005

Os dados levantados em relação ao trabalho com carteira assinada demonstram que: 46% das mães não exerciam nenhuma atividade remunerada, 27% das mães que trabalhavam possuíam carteira assinada, e, 27% das mães que trabalhavam não possuíam carteira assinada, ou seja, trabalhavam no mercado informal. Este fato implica na desvalorização do trabalho, bem como em não concretização de direitos sociais (direito à licença maternidade, ao salário maternidade, aposentadoria, auxílio doença, etc), conquistado pelos trabalhadores com carteira assinada

Assim sendo, após a descrição do perfil das mães e do trabalho com elas realizado na Maternidade Carmela Dutra, considerou-se pertinente reencontrar algumas destas mães (4 amostras de um universo de 27 entrevistas realizadas durante a fase de estágio) para ouvi-las novamente em relação ao trabalho desenvolvido pela estagiária junto à Instituição, com os grupos organizados e/ou coordenados pelo Serviço Social. Segue descrito o processo pós-estágio desenvolvido pela estagiária.

3.3 O REENCONTRO COM AS MÃES: A PESQUISA DE CAMPO

Com a finalidade de conhecer a opinião das mães que haviam sido usuárias do serviço de saúde da MCD, sobre os encontros em grupo realizados e/ou coordenados pelo Serviço Social, considerou-se relevante entrevistar algumas destas mães.

Antes de realizar a coleta dos depoimentos⁵¹, houve a apresentação de um Projeto de Pesquisa (APENDICE) ao Comitê de Ética da MCD, que deferiu favoravelmente o referido projeto. Este fato dá respaldo e segurança a todas as informações fornecidas pelas mães, e que serão transcritas na seqüência deste trabalho.

Cumpre ressaltar que a pesquisa realizada foi de caráter exploratório-descritivo⁵², com estudo de Estudo de Caso⁵³, que possibilitou melhor delinear a forma de coleta de dados.

Das 27 mães entrevistadas durante o período de estágio foram coletadas quatro (04)⁵⁴ amostras. Segundo Gil (1996, p. 100) a amostra corresponde ao “subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelece ou se estimam as características desse universo ou população”. Esta amostragem teve como limite à acessibilidade⁵⁵ e/ou conveniência⁵⁶ da realização das entrevistas com estas mães. A amostragem que tinha caráter também qualitativo, possuía inúmeras vantagens, como

⁵¹ Para realizar as entrevistas realizadas com as mães de bebês prematuros, foi elaborado um projeto de pesquisa e encaminhado ao Comitê de Ética da Maternidade Carmela Dutra, que passou pela apreciação, bem como recebeu o parecer de aprovação.

⁵² Para GIL (1999, p.44), “as pesquisas deste tipo têm como objeto primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”[...] Dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, [...]. Outras pesquisas deste tipo são aquelas que se propõe a estudar os níveis de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade [...] são incluídas neste grupo de pesquisa levantar as opiniões, atitudes, crenças de uma população”.

⁵³ Para GIL (1999, p.72) “o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante outros tipos de delineamentos considerados”.

⁵⁴ O universo da pesquisadora foi de 27 mães entrevistadas e acompanhadas. Porém em decorrência da acessibilidade e do tempo para executar este levantamento, serão considerados os relatos de três destas mães.

⁵⁵ Acessibilidade: 1-Facilidade de acesso; 2-Facilidade no trato. (MICHAELIS, 1998)

⁵⁶ Conveniência: 1-Qualidade do que é conveniente; 2- Interesse [...] utilidade, vantagem; 3- Conformidade, semelhança; 4- Decência, decoroso, acomodação dos usos sociais, convenções. (MICHAELIS, 1998)

[...] (a) privilegia os sujeitos sociais que tem os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera- os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porem não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça- se para que a escolha do lócus do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências que se pretende objetivar com a pesquisa (MINAYO, 2004, p.102).

O contato inicial com estas mães foi realizado por telefone. Após este agendamento prévio a pesquisadora realizou a visita domiciliar para coletar os dados. Convém salientar que para o Serviço Social entende-se por visita domiciliar como sendo “um instrumento de intervenção profissional de caráter educativo/assistencial. Possibilita avaliar e ampliar a percepção sobre uma determinada situação, para que a realização de encaminhamentos mais adequados” (MIOTO, 2001, p. 01).

Assim, realizou-se o trabalho de campo, na medida em que a pesquisadora (estagiária) foi ao encontro do público em questão. Aqui, entendeu- e por campo “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2004, p. 105).

Para direcionar a coleta das informações foi usado como instrumental técnico-operativo a entrevista⁵⁷, com um roteiro de perguntas semi-estruturadas⁵⁸. A entrevista possui muitas vantagens, tais como:

a) a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social. b) a entrevista é uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano. c) Os dados obtidos são suscetíveis de classificação e de qualificação. (GIL, 1999, p.118).

As entrevistas foram gravadas com o consentimento das mães, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁵⁹, que assegura ao entrevistado o sigilo das

⁵⁷ Para Mioto (2001, p.03)) a entrevista destina-se “a colher informações. A entrevista é uma conversa entre duas ou mais pessoas com o objetivo de compreender, identificar ou constatar uma situação determinada”.

⁵⁸ A entrevista semi- estruturada, para Souza (? , 30) “é também estruturada a partir de uma ordem preestabelecida pelo entrevistador. A diferença é que esta pesquisa além de conter questões fechadas e diretas inclui um número pequeno de perguntas abertas [...]”.

⁵⁹ O “**Consentimento Livre e Esclarecido**”, isto é, em situação normal, um adulto é capaz de dirigir sua própria vida, o principio da autonomia exige o seu consentimento a todo tratamento medico e todo ensaio experimental. O direito toma um valor ético quanto proclama: “a pessoa humana é inviolável. Ninguém pode invadir outra pessoa sem o seu consentimento”, para ser

informações coletadas, bem como sigilo do nome e substituição do mesmo por outro fictício quando publicados neste trabalho.

A realização destas entrevistas também possibilitou a reflexão em torno do trabalho do assistente social na MCD, bem como possibilidades de melhoria do atendimento prestado. Ou seja, este trabalho se propôs a “ouvir” os agentes do processo, o que caracteriza o processo de efetividade⁶⁰ no que tange a concretude do mesmo.

Assim sendo, na seqüência deste trabalho seguem relatadas as informações concedidas pelas mães nas entrevistas, mediante uma breve análise dos depoimentos concedidos pelas mesmas.

3.3.1 Com a palavra as mães da MCD – um breve relato de suas histórias

Ser mãe, dar a luz a uma criança, constitui-se em uma das realizações pessoais de maior importância para muitas mulheres. A maternidade em si é um momento significativo, onde ocorrem diversas mudanças tanto de papéis, percepções emocionais, bem como de atribuições sociais. Para Schumacher (2000, p. 24) a maternidade

[...] é um período de desenvolvimento e de crise na vida da mulher. Neste processo ocorrem intensas transformações em relação a ela, a criança e à família. Neste contexto, a família vivencia muitas mudanças com o nascimento de um bebê, reconfiguram-se aos papéis de mãe, pai, irmão e filho.

autentico, este consentimento deve ter duas qualidades: ser livre e esclarecido. (11) Para ser esclarecido, o paciente deve possuir ou então receber as informações necessárias, estas devem esclarecer a natureza do seu tratamento, suas conseqüências previsíveis, riscos eventuais e a existência de outros tratamentos, devem ser comunicadas em linguagem acessível e compreensível para o paciente, se espera que a informação seja o mais completa possível e detalhada quanto se tratar de pesquisa com seres humanos. É livre quanto dada sem coesão ou fraude, quando se trata de pesquisa há toda uma rotina documental a ser seguida pelo pesquisador; o consentimento livre e esclarecido se impõe normalmente, se constitui uma regra geral que admite exceções: o bem estar do paciente e sua recusa em ser informado, há situações em que a equipe de saúde tem boas razões ao julgar que uma informação completa traumatizará o paciente. (GERBER, Luiza, 2005, p. 12)

⁶⁰ Segundo Tenório (1997, p.20) Efetividade pode ser caracterizada como: “é a capacidade de atender às expectativas da sociedade”.

Para isto convencionou-se historicamente que o local mais apropriado para dar assistência ao nascimento de crianças seria o Hospital⁶¹. Hospital, pois esta instituição teria as condições mais propícias que favoreceriam o nascimento mais tranqüilo, uma vez que este bebê e mãe estariam sendo assistidos por profissionais especializados e teriam disponível toda a tecnologia, tendo “garantido” o sucesso do processo.

Assim, a Maternidade Carmela Dutra corresponde a uma destas Instituições que presta assistência a este público (mães), propiciando condições para a maternidade tranqüila. Neste sentido, as mães que foram entrevistadas também possuem suas histórias, seus porquês de escolha desta Instituição de atendimento.

Algumas mães procuram a Instituição pelo processo de parto já estar em fase adiantada, e não ter mais nada a fazer, conforme depoimento da mãe Tânia:

Na verdade [...], foi uma escolha de momento [...]. Tava tudo muito adiantado, porque foi a minha primeira gravidez. Eu acordei assim pela manhã, senti uma dor nas costas, e achei que era uma dorzinha [...] normal. [...] fomos, [...] quando chegou lá na ponte Florianópolis, [...] me disseram assim, [...] olha eu acho que não vai dar para ir lá para o Hospital Universitário. Não eu disse eu vou para lá, porque minhas folhas ta tudo lá, [...]. deu uma contração mais forte, eu disse vamos ali mesmo, [...]. Porque se eu tivesse ido por ali, podia ter ganhado na próxima sinaleira, porque aquilo tava tudo parado, [...] cheguei lá só com a toalha, porque cada vez mais tinha apertado a roupa [...]. na porta, [...] o motorista chamou, [...] a moça está ganhando neném. [...] entrei, [...] fizeram o teste da dilatação, [...] já me levaram para a sala de parto, porque o bebê tava quase nascendo [...]. a dilatação 10, [...] entrei na sala de parto 7 horas, 7:10 horas o bebê tinha nascido. Fiz três contrações o bebê nasceu. (Tânia, 20 anos)

Outras mães vão até a Instituição para um simples exame de rotina, pois a MCD também presta atendimento ambulatorial. E, muitas vezes, algumas destas mães são surpreendidas com a notícia que chegou a hora de seu(s) filho(s) nascer, como o caso de Carla:

Na verdade eu fui lá para pedir a opinião de outro médico, estava consultando com outro, só que como deu alteração no meu exame, que tinha pré eclampsia, e ele não tinha me dito nada, eu procurei outro. E aí minha pressão já ficou alta e eu já fiquei internada, e eu já tive que fazer

⁶¹ Segundo Pitta (1994, p.39) “O surgimento do Hospital como cenário privilegiado da tecnologia médica, cumprindo finalidades terapêuticas, é fato relativamente recente e tem como marco da transformação de suas atribuições o final do século XVIII. [...] embora os Hospitais de um modo geral daquela época não tivessem a função precípua de cura, é certo que alguns deles já o tinham. [...] estes hospitais não curavam tanto quanto deviam [...]”.

o parto. [...]..Fui para a UTI assim sem sentir nada. E estava bem, acho que poderia ter morrido em casa, e não sabia de nada assim. (Carla, 23 anos)

Este relato demonstra também a falta de preparo e comprometimento de alguns profissionais que colocam a vida de seus pacientes em risco. Sendo que se não fosse a percepção da mesma de que algo estava errado e a sua atitude de procurar outro atendimento, outra situação de problema poderia ter sido desencadeada.

Também há casos em que as mães que procuram a MCD o fazem por já conhecerem o atendimento prestado, ou por serem encaminhadas de alguma Instituição básica de origem, conforme os relatos de Maria e Fernanda:

[...] eu acho que lá o atendimento é muito bom. O meu primeiro filho já ganhei lá e o atendimento foi ótimo. Ah eu até falei pra ele, se acontecer alguma coisa, me leva direto pra lá, não me leva para outro lugar, que ele já sabia que era pra me levar pra essa maternidade. (Maria, 23 anos)

O que me levou primeiro foi a assistente social, eles me recomendaram fazer o pré- natal na Carmela, por ser uma gravidez de risco, né. Me indicaram lá, e daí como eu já tava fazendo o pré- natal lá. Já fiz meu parto lá porque os médicos já me conheciam e tudo. (Fernanda, 25 anos)

É importante destacar o que é preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente, que trata do atendimento à gestante nas unidades do Sistema Único de Saúde. Assim, fica estabelecido:

Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

§ 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do sistema.

O sistema de abrangência e descentralização do SUS é claramente identificado no depoimento da mãe Fernanda quando esta relatou seu caso.

Porém, algumas destas mães que procuram a Maternidade Carmela Dutra são surpreendidas com o nascimento de um bebê prematuro.

Neste momento convém descrever o que compreende-se como bebê prematuro, ou de risco, que segundo Schumacher (2002)

o recém-nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas, é considerado pré-termo ou prematuro [...]. Atualmente considera-se os prematuros como seres sociais, responsivos e que apresentam grande vitalidade, apesar de sua imaturidade fisiológica já que um dos sistemas mais frágeis do recém-nascido de risco é o controle dos seus desequilíbrios sistêmicos. (SCHUMACHER, 2000, p.22)

São inúmeras as causas que ocasionam o nascimento de prematuros e/ou bebês com risco de vida, tais como: causas ambientais, maternas, fetais, etc. É importante dizer então que estes bebês precisarão de um serviço mais específico, ou seja, de um tratamento mais intensivo, que segundo Imamura (2000, p. 02),

o recém-nascido prematuro deve permanecer em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal onde possa ser diuturnamente vigiado e acompanhado. Com toda a assistência necessária para mantermos a criança equilibrada do ponto de vista respiratório, cardíaco, hidroeletrólítico, metabólico e nutricional.

Para muitas mães, este constitui-se num momento de muita aflição, uma vez que muitas não esperavam passar por este momento de angústia e espera. Segundo Schumacher (2000, p. 29)

a separação de um bebê deve ser muito dramática para as mães. A mãe de um bebê de risco sente abruptamente esta separação, pois sente-se a causadora de riscos para o bebê, bem como não se conforma em ter que deixá-lo aos cuidados de outras pessoas.

Assim sendo, aquele imaginário da mãe em ir para a Maternidade, ganhar seu bebê e voltar casa com ele nos braços não acontece, pois este recém-nascido precisará ficar internado na UTI Neonatal, recebendo cuidados mais específicos, “frustrando” por assim dizer, o sonho idealizado por esta mãe.

Esta realidade é vivenciada em muitas instituições, como a MCD, cotidianamente, conforme relata a mãe Carla:

Eu não esperava, eu nunca tinha visto um bebe tão pequeno assim. Nunca tinha visto. No inicio foi bem dificil mesmo, mas depois. Como o tempo deu para ver a recuperação dela, deu para ver que não era aquele bicho de 7 cabeças,[...]. Ainda bem, que ela não teve nada de mais serio, foi só o baixo peso mesmo. (Carla, 23 anos)

A mãe Fernanda também vivenciou o processo de chegada de bebês prematuros, (pois deu a luz a gêmeos bivitelíneos – -um menino e uma menina) que nasceram, com

diferença de peso, e a mesma precisou ficar mais alguns dias na instituição aguardando a alta dos seus filhos:

[...] Eu esperava, não que eu planejassem, mas eu não sabia direito de quantos quilos eles iam nascer, se eles iam nascer bem, ou alguma coisa assim. Estes cinco dias, foi melhor porque eu descansei, me recuperei dos pontos. [...]. E meio que aprendi a na Maternidade a cuidar deles, com a orientação das enfermeiras. (Fernanda, 25 anos)

No depoimento da mãe Tânia fica evidente a dificuldade de enfrentar este momento delicado, uma vez que seu bebê, que nasceu prematuro de sete meses ficou internado na Maternidade por um longo período:

[...] eu aceitei bem desde o começo, sabia que o meu bebê tinha nascido antes do tempo. Então os meu familiares viam ele e diziam, [...] ele vai ficar lá até [...] completar nove meses. Fui bem informada de que ele ia sair de lá a partir do momento que ele mamasse, quando tivesse tudo bem com ele, eles me passaram isto lá dentro da UTI, [...] quando você vai para casa, e percebe que não pode trazer aquele pedacinho de ti que ficou lá, então você desaba. [...] comecei a rezar tinha uma santa, nossa Senhora, [...] e comecei a ficar tranqüila. [...]. Quando chegava lá, [...], parecia que tudo era bom, [...]. tinha dias que eu não queria nem vir de lá, queria ficar lá com o meu filho. (Tânia, 20 anos)

É válido lembrar que, na MCD, existe um espaço físico destinado às mães que estão de alta e precisam amamentar o bebê durante a sua recuperação. Este local, possui somente quatro vagas (para quatro mães). As demais mães, cujos filhos ainda não estão mamando, vão para casa, recebendo todas as orientações necessárias para o acompanhamento de seu filho na Unidade de Internação Intensiva (UTI Neonatal), sendo a mesma também encaminhada aos recursos comunitários (como encaminhamentos para Prefeitura de origem afim de viabilizar transporte, cartão refeição, encaminhamentos para aquisição de remédios).

Um momento difícil para estas mães e/ou família que ficam à espera que o recém-nascido se recupere o mais rápido possível para ir embora para suas casas. Enquanto isto não ocorre, as mães, na grande maioria das vezes, peregrinam muito tempo (dias, semanas, meses, dependendo do caso) pela Instituição para cuidar/estimular e/ou amamentar o recém-nascido, o que configura-se também em uma atividade bastante cansativa e de desgaste emocional para as mães e família.

Para a mãe Carla, que não pôde inicialmente ficar alojada na Instituição após a sua alta, pois seu bebê prematuro não estava mamando, este momento de ida e vinda todos os dias à Instituição, para acompanhar o seu filho, foi um momento delicado:

[...] Ia todo o dia. [...] É horrível, vim para casa e deixar o filho já lá. Isto aí acho que foi a pior coisa, ter que vir para casa e o filho ter que ficar internado ainda. E aí quando você vem para casa tu fica pensando o que está acontecendo lá. Na verdade você tem confiança nas enfermeiras, nos médicos, em tudo lá. Eles mostraram bastante que são competentes [...] naquilo que eles fazem. [...] (Carla, 23 anos)

É perceptível na fala desta mãe o desgaste emocional, a fragilidade que a mesma se encontrava durante a fase da continuação da internação do bebê. Percebe-se também, através deste depoimento, que estas mães depositavam grande confiança nos profissionais, vendo-os como os “salvadores” de seus filhos.

Porém, estes momentos de espera e angústia são superados quando estas mães recebem a notícia de que finalmente podem ir para casa com seus filhos. A mãe Tânia resume em seu depoimento o que significa para uma mãe saber que o filho está de alta:

Foi totalmente diferente, a hora que me disseram o seu filho está de alta, vai para casa. É sério mesmo, não é brincadeira, é sério? Não ele está de alta, está tudo bem, vocês vão para casa. Só traz o teu bebê aqui, para depois a gente conhecer ele de novo, ver qual foi assim a ajuda que a gente deu. (Tânia, 20 anos)

E assim, acompanhando e dando todo este suporte a estas mães, existe toda uma equipe de especialistas. Isto conforta as mães e facilita o processo de recuperação da grande maioria dos bebês. Profissionais, como os assistentes sociais, possuem um papel de fundamental relevância junto a essa demanda, uma vez que facilitam o entendimento do processo vivenciado por esta mãe/família, acompanhando-os e prestando toda a assistência necessária.

Diante deste contexto descrito, segue no próximo tópico do trabalho o relato das mães em torno do trabalho em grupo organizado e/ou coordenado pelo Serviço Social na MCD:

3.3.2 O Trabalho do Serviço Social com Grupo: o olhar das mães

O Assistente Social na MCD intervêm junto às mães que procuram a Instituição para terem seus bebês, usando-se de diversos instrumentos de trabalho, tais como: a entrevista, o estudo sócio-econômico, os encontros em grupo, os encaminhamentos, pareceres sociais, relatórios, visitas institucionais, contatos telefônicos, etc.

Neste sentido, as ações efetuadas com público de mães de bebês prematuros (abordados pela estagiária) foram devidamente pensadas e articuladas entre a estagiária, a Assistente Social supervisora, a enfermeira (que colaborou com os encontros) e principalmente com as mães que foram as agentes incondicionais para que todo o processo se desencadeasse.

É fundamental destacar que anteriormente à realização do trabalho da estagiária, outros dois dias na semana eram realizados encontros com as mães de bebês prematuros e também mães que estavam internadas na unidade de gestação de alto risco⁶².

Estes encontros contavam com a presença de uma psicóloga voluntária (uma vez que a Instituição não conta com estes profissionais em seu quadro), e com uma professora de artes plásticas voluntária (que trabalhava com artesanato, sendo que tudo o que as mães produziam poderiam levar para suas casas). Este dado acima demonstra o “descaso” das autoridades competentes quanto ao entendimento da importância de contratação dos profissionais das referidas áreas, profissionais estes fundamentais para o trabalho, bem como para o apoio psicológico necessário a estas pacientes/famílias.

Assim, o trabalho do Serviço Social com “Educação em Saúde” foi uma prática usada para o grupo de mães criado, para tratar de assuntos que afetavam suas vidas. Para Madureira (1994, p. 91),

[...] no processo de educação em saúde, os seres humanos reunidos em grupo, em relação de confiança e diálogo, podem refletir sobre as situações que vivenciam, reconhecer os recursos de que dispõem para enfrentá-los, descobrir e aprender novas estratégias e habilidades de enfrentamento. O grupo pode também possibilitar aos seres humanos o aumento de sua auto-estima e auto-confiança, necessárias ao enfrentamento efetivo.

⁶² Para Kalil (2001, p.01) gestação de alto risco pode ser entendida como “É a gestação que ocorre quando existe qualquer doença materna ou condição sócio-biológica que pode prejudicar a sua boa evolução. Na gestação de alto risco existe risco maior para a saúde da mãe e/ou do feto”.

Um momento propício para a troca de conhecimento e aprendizado, um espaço criado para as mães ouvirem, ouvirem-se e falarem sobre suas vivências. Ou seja, um espaço aberto à conscientização, que segundo Espinoza (1998, p. 48)

Conscientização percebida como processo de ação- reflexão- ação a partir de seus (des) conhecimentos, sentimentos, problemáticas, de descoberta, no qual os clientes devem ser sujeitos de sua própria conscientização, onde a problematização parte do individual, podendo ser socializada no coletivo e comunitário e, assim promover mudanças dessa realidade (conhecimento, atitude, comportamento, atitude) através da ação refletida.

Assim, algumas das mães que participaram dos encontros com a enfermeira e com a estagiária de Serviço Social, que foram ouvidas, relataram suas impressões em relação ao processo de trabalho desenvolvido, conforme detalhados na seqüência deste trabalho.

Os encontros com a enfermeira foram recebidos de forma diversificada pelas participantes, pois algumas destas mulheres que já eram mães tinham conhecimento prévio das informações tratadas por já terem vivido a experiência da maternidade. Conforme os relatos de Maria e Carla:

[...] assim a maioria das coisas que ela falou assim, eu já sabia. Era meu segundo filho. E na família tem casos de bebê prematuro, a gente sabe mais ou menos assim como cuidar. Acho mais importante para aqueles mães que o primeiro filho, e principalmente para aquelas mães que é adolescente. Por que tem muitas adolescentes que estão grávidas hoje em dia, e não sabem nada, acham que estão brincando de boneca. (Maria, 23 anos)

[...] com a enfermeira, acho mais importante para quem nunca teve filho assim. Por que o que ela explicou era para quem, eu acho, que não sabia nada de como cuidar de criança. [...] quem já teve filho, não foi muito útil por isso, por que já sabe como lidar com o bebê. Já sabe tudo o que vai passar. Agora pra quem não teve filho ainda, é o primeiro filho, acho que foi importante, mas pra mim não foi muito útil pois eu já tinha uma. (Carla, 23 anos)

Porém para outras mães, este encontro foi necessário e essencial para que as mesmas aprendessem um pouco mais em relação ao cuidado com os recém-nascidos prematuros, conforme o depoimento de Tânia:

[...] de todos os que eu participei, que mais vai servir para a vida da gente, a parte com a enfermeira, cuidados com o bebe. Cuidados quando

a gente fica em casa com eles. Por que quando a gente vêm para casa, quando [...] não tinha mais medo de tocar nele. [...] e eu agi naturalmente, eu ia observando, do jeito que eles iam me explicando as coisas eu ia aprendendo, ia fazendo conforme eles me passavam, por que eu estava aprendendo. (Tânia, 20 anos)

Carla, mãe de outra criança, imaginava que o encontro com a enfermeira deveria ser conduzido de outra forma:

Eu achava que ela já teria um texto, um pré-texto já definido, para já falar, e não esperar que a gente perguntasse. Daí uma ficou olhando para outra, e todo mundo ficou com vergonha, e, uma fica esperando uma perguntar. Tá certo, quanto uma pergunta, a outra já puxa a outra pergunta, daquela que ela fez, daí vai assim. Não sei, eu achava que ela ia falar alguma coisa. [...] com um assunto já. (Carla, 23 anos)

Dos relatos colhidos percebe-se que as mães entrevistadas avaliaram o trabalho com a enfermeira como importante, porém algumas destas mães por já terem filhos já conheciam a dinâmica de cuidado com o bebê. Mas é preciso lembrar novamente que as mães, convidadas para os encontros eram informadas do assunto do dia, podendo decidir participar ou não. Outras mães, ao participarem do encontro esperavam que houvesse “palestras” onde elas só iriam escutar um profissional falar. É preciso salientar que, entende-se a importância também da realização de palestras como relevantes no trabalho de intervenção, uma vez que esta atividade também corresponde a um instrumental técnico-operativo do Assistente Social. Mas, o objetivo dos encontros pautava-se em realizar um trabalho participativo, onde as mães falassem, expusessem suas dúvidas, e, elas mesmas compusessem e conduzissem o roteiro do encontro, um trabalho construído a partir da participação dos sujeitos presentes.

É preciso destacar que o objetivo foi cumprido, pois todas as mães que participaram dos encontros, sejam “mães pela primeira vez ou não”, tiveram a oportunidade de desmistificar muitos mitos e tabus acerca do cuidado com o bebê. Sendo um momento fundamental de troca de informação e experiências, que estas mães poderiam empregar na prática bem como poderiam repassar para outras pessoas.

O trabalho com a enfermeira foi uma iniciativa de trabalho interdisciplinar que proporcionou a própria interação entre as equipes de trabalho de Serviço Social e Enfermagem, no sentido do trabalho com saúde, bem como com a educação na área da saúde.

O trabalho interdisciplinar é um trabalho em equipe que “situa-se como uma das formas de maior rentabilidade às atividades humanas, superando as ações fragmentadas e buscando uma visão de globalidade, atributo dos fenômenos e fatos sociais” (NOGUEIRA, 1997, p. 41).

Ou seja, o trabalho com profissionais de áreas diferentes contribui para o atendimento e encaminhamento das situações em sua totalidade, uma vez que cada profissional com sua especificidade pode melhor orientar sua ação, sendo o produto final: o pleno atendimento das necessidades de forma geral da demanda, e não de forma fragmentada como convencionalmente é trabalhada. Segundo Severino (2002, p. 32),

A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de orientação real das disciplinas no interior de um mesmo projeto [...]. Na interdisciplinaridade, há uma relação de reciprocidade, de mutualidade, um regime de co-propriedade, possibilitando o diálogo, onde as diversas disciplinas levam a uma interação, a uma intersubjetividade, condição para o trabalho interdisciplinar.

Os encontros coordenados pela estagiária de Serviço Social procuraram abordar temáticas que estivessem relacionadas ao que estas mães estavam vivendo, bem como assuntos que estavam relacionados ao cotidiano da saúde das mesmas. Isto foi recebido pelas pacientes de forma positiva, que se surpreenderam com o trabalho do Serviço Social junto a MCD. Conforme relata Tânia:

[...] sobre o Serviço Social, teve muitas coisas que eu não sabia, sobre planejamento familiar, quais os direitos de uma mãe, auxílio maternidade, os direitos que a gente tem, tudo isto assim foi uma coisa boa. É claro que a gente lê, mas conversar com as pessoas é claro que não é todo o dia. (Tânia, 20 anos)

Na fala desta mãe fica claro o trabalho feito na difusão de informações por parte do Serviço Social, sendo que a citada mãe destaca a importância do esclarecimento e orientação sobre vários assuntos. Ou seja, um trabalho que buscou demonstrar e trabalhar com os direitos sociais. Fica visível no caso retratado o processo de empoderamento produzido com a atuação profissional, bem como a função de politização desenvolvida. Segundo Vasconcelos (2000, p. 129) “o caráter politizante da democratização de informações está exatamente no acesso coletivo e crítico ao conhecimento e na realização e ampliação dos direitos sociais garantidos na legislação”.

Ainda, para a mãe Tânia, os encontros conduzidos pelo Serviço Social constituíram-se de momentos significativos de aprendizado junto à área social:

[...] Então era aquele grupo, que quanto a gente tava lá com a assistente social, a gente fazia pergunta e aí a gente conversava. Foi bom porque a gente esclareceu isto, ou porque a gente perguntou isso. E eles passaram pra gente um monte de coisa, e a gente sai de lá aprendendo um monte de coisa [...] Eu até achei muito legal da Maternidade, de ter essa parte de fazer encontro com as mães, a gente aprendeu muita coisa, principalmente na área social, porque aí foi esclarecido [...] (Tânia, 20 anos)

O trabalho desenvolvido, tentou ser conduzido de forma participativa, sendo que, nestes encontros com o Serviço Social, foram usadas de dinâmicas que proporcionassem um melhor entrosamento a fim de que estas mães procurassem “soltar-se” mais para receber e compartilhar as experiências. Para muitas, este foi um momento importante de vivência. A mãe Carla avalia o uso das dinâmicas de forma positiva, pois segundo a mesma:

[...] aos poucos, você vai se soltando, e falando coisas que as vezes você não tem coragem de falar pra um conhecido, e você acaba falando para um desconhecido [...]. Eu acho que foi até melhor porque escutando o problema de outras pessoas, você acaba, como é que posso dizer, se identificando, e você vê que não é só contido aquele problema, mas que outras pessoas passam pela mesma coisa. (Carla, 23 anos)

A escuta social qualificada, ou o acolhimento, feito em todas as intervenções, bem como nos encontros, foi fundamental para que estas mães conseguissem usufruir e discutir os assuntos trabalhados. Carla coloca como se sentiu nos encontros:

[...] eu posso dizer que eles agiram com as pessoas como igual assim, não teve aquele [...], porque tem certos lugares que você vai, e por ser mais pobre ou mais rica você sente uma diferença. E lá não, eu me senti acolhida, bem acolhida, sabe. Acho que outras pessoas também notaram isto [...]. mas é assim, você chega e você se sente bem, você não vai num lugar forçado. Por exemplo não fui mais porque estava cansada, mas em estando lá tu se sente bem acolhida. Tu se sente bem [...]. (Carla, 23 anos)

Aqui é importante destacar sinteticamente o que visualiza-se como acolhimento. Segundo Deborah Malta (1996 apud PEREIRA, 2004) o acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre

trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde ampliando a sua intervenção. É válido lembrar que, no Serviço Social, esta discussão é muito recente e com divergências de idéias entre os autores.

Outro aspecto ressaltado pelas mães durante o trabalho em grupo, coordenado pelo Serviço Social, foi o compromisso com a mobilização, realizado cotidianamente. Uma vez que buscava-se sempre estar interagindo e lembrando as mães dos temas e horários dos encontros, conforme lembra a mãe Tânia:

[...] Foi, importante porque a gente tinha a liberdade de fazer as perguntas que a gente queria, e esclareciam bem, tudo o que a gente perguntava. Davam o tempo que a gente queria para a gente fazer pergunta [...], era feito tudo, era em grupo. Passavam na UTI no horário [...] que as mães estavam amamentando, e faziam o convite. E não tinha como a gente não esquecer. E pelo mesmos o pessoal, as mães que estavam ali, iam. Chegavam aquele horário iam. Ah, você vai no encontro da assistente social, ah você vai no encontro com a enfermeira. [...]. (Tânia, 20 anos)

A parceria estabelecida de diálogo entre o Serviço Social, as mães e a Enfermagem proporcionou às participantes estes espaços ricos de interação, uma vez que estas mães também comunicavam-se em relação aos assuntos que seriam trabalhados nos encontros.

Convém destacar, diante do exposto, que o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, na maioria das vezes, é desconhecido das pessoas. Diante desta assertiva é fundamental que quando o usuário, ao ter contato com o profissional, sinta-se confiante e que o profissional consiga ter “postura” e conhecimento para demonstrar a sua atuação profissional. Pois para os usuários, muitas vezes, o trabalho do Serviço Social pode influenciar de forma definitiva em suas vidas. Na fala de Tânia é notório a “surpresa” ao tomar contato com o trabalho do Serviço Social, na MCD:

[...] Eu não esperava, eu não fazia nem idéia que numa maternidade pudesse assim ter esses encontros. Achei bem interessante [...] talvez por que meu filho ficou lá 38 dias e eu passei muito tempo lá com ele, e eu ia todos os dias. (Tânia, 20 anos)

A citada mãe também destaca a importância do “respeito” à privacidade dispensada às mães pelo Serviço Social, em seus atendimentos:

[...] perguntaram se eu queria responder, acho até legal isto porque assim a gente tem privacidade. Não pra mim foi bem tranqüilo assim, eu gostei muito. Talvez se você for num hospital normal, talvez, não tenha este espaço para as mães, talvez não tem acesso a isto. E aí a gente teve, e foi bem legal. (Tânia, 20 anos)

Outros encaminhamentos realizados pelo Serviço Social são citados pelas mães como importantes e que colaboraram para que estas pudessem estar próximas interagindo com seus filhos, durante o tempo de internação dos mesmos:

Olha para você, a gente vai te dar um papel, você vai na prefeitura da tua cidade, que eles vão te dar o passe, e se não der certo você procura a gente aqui, [...]. e sempre ali tentado fazer o máximo que eles podiam [...] A gente ganhou um cartão pra fazer todas as refeições, que também eu pensava que não ia ter [...]. (Tânia, 20 anos)

Ou seja, o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social tinha por objetivo o atendimento integral, levando em conta as necessidades da mãe, sendo que enquanto seu bebê era assistido pela equipe técnica da MCD, a ela era viabilizado o direito de acompanhar seu filho.

Assim sendo, diante deste contexto descrito, convém dizer que a participação destas mães nos grupos propiciou a troca de experiências, de conhecimentos e oportunizou o processo reflexivo do educar-se mutuamente (estagiária e mães). Ou seja, segundo Eckert (1999, p. 30) “ambos sentiram-se desafiados a explorar o conhecimento e recriá-lo [...] o grupo e em diálogo, transcenderam as fronteiras do individual, transformando a educação em saúde numa busca compartilhada”.

De maneira geral, os momentos proporcionados foram avaliados de forma positiva, sendo que as participantes sentiram-se à vontade durante os encontros, bem como para prestar estas entrevistas. Pode-se dizer que apesar de algumas limitações (falta de profissionais), que impediram o melhor desenvolvimento do trabalho, o Serviço Social tem demonstrado-se como fundamental no quadro de trabalhadores da saúde. Seu olhar mais atento para a questão social (saúde) e suas múltiplas facetas tornam-no um profissional capacitado para dar os encaminhamentos necessários para o público atendido.

Neste sentido, o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto ao grupo de mães com Educação em Saúde, de maneira geral, foi bem recebido pelas mesmas, e algumas das mães que participaram dos encontros puderam ser ouvidas através das entrevistas feitas e gravadas. Ou seja, foram chamadas a colocar suas percepções que consideraram pertinentes em relação ao trabalho com grupo desenvolvido.

Assim sendo, em virtude das mães entrevistadas conviverem maritalmente com um companheiro, considerou-se pertinente descrever o tópico da seqüência deste trabalho: a família enquanto suporte afetivo. Pois compreende-se que os parceiros (pais) e outros membros da família também têm um papel fundamental, no que concerne a responsabilidade do cuidado com a criança.

3.3.2.1 A família enquanto suporte afetivo

Conforme já demonstrado no perfil que foi traçado das mães de bebês prematuros, a grande maioria delas tinham um suporte familiar que as respaldava durante a vivência da maternidade. Sendo que as mães que foram entrevistadas, para este trabalho estavam todas convivendo maritalmente com um parceiro, o que reforça a descrição acima, sendo que “teoricamente” o apoio afetivo existia.

É importante destacar que estas mães estavam organizadas dentro de uma estrutura denominada família. Sendo que aqui considera-se como família

um núcleo de pessoas que vivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. [...] tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido (MIOTO, 1997, p. 120).

Sendo portanto, dentro da família que “explicita o cuidado de uma geração com outra geração, especialmente com os da nova geração” (MIOTO, 1997, p. 120). No caso aqui trabalhado, o cuidado estendia-se ao novo membro que chegava: o bebê.

Este momento vivenciado por estas mães e pais corresponde a um momento onde o próprio casal precisa “se organizar em relação às expectativas, ao estilo de vida, ao relacionamento com parentes e amigos. A família fica muito mais vulnerável, e muitas negociações são necessárias para que possa se adaptar às mudanças repentinas e acumulativas que ocorrem” (CERVENY, 1997, p. 62).

Assim sendo, durante a realização dos encontros coordenados pelo Serviço Social e pela Enfermagem, abordava-se com as mães presentes, a importância do pai estar participando deste momento, dividindo esta responsabilidade do cuidado do novo membro com sua parceira. Mesmo que os pais não estivessem participando dos encontros, procura-

se brevemente resgatar junto às mães o papel dos pais enquanto parceiros incondicionais de todo processo de recuperação e cuidado do filho.

Para a mãe Fernanda, o encontro que trabalhava a inserção da criança prematura na família e as responsabilidades da figura do pai, realizado pelo Serviço Social nos encontros, fora importante, pois:

[...] foi falado também da importância de se ter o marido perto. [...] É tem pessoas que nem sabem. [...] ter alguém falando, olha vai acontecer isto, isto e aquilo, tens que organizar isto e isto e aquilo, ai fica bem mais fácil. (Fernanda, 25 anos)

Neste depoimento fica visível o papel que profissionais como o Assistente Social têm no desenvolvimento de sua intervenção, no que concerne a orientação, discussão e repasse de informações. Pois o trabalho de Educação em Saúde desenvolvido com o grupo de mães, coordenados pelo Serviço Social, procurou lembrar as mães presentes do papel fundamental do pai no acompanhamento da maternidade.

Sendo que o trabalho conduzido pela Enfermagem também procurava estar fornecendo informações às mães que deveriam ser repassadas aos pais, no que concerne a técnicas de cuidado do bebê. Ou seja, maneira do pai estar presente assessorando a mãe neste momento.

Diante do contexto ressaltado, convém descrever que os temas discutidos eram pautados na proximidade com a situação cotidiana da mãe. Porém nada impedia de estar lembrando estas mães que o papel do cuidado não era exclusividade sua. Assim, dos relatos ouvidos das mães que participaram dos encontros, estas disseram ter levado tais informações aos companheiros, bem como às suas famílias.

Neste sentido, acredita-se que o processo de trabalho desenvolvido corresponde a uma iniciativa “abrangente” de trabalho com Educação em Saúde, que necessitaria de melhores discussões tanto da estagiária, bem como com das usuárias. Mas compreende-se que iniciativas como estas, reforçam princípios básicos perseguidos pelo assistente social sem seu cotidiano, tais como: a liberdade, a justiça social, a equidade e emancipação social dos sujeitos.

Assim sendo, diante do exposto, será tecido na seqüência deste trabalho, as considerações finais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o contexto descrito até aqui, é fundamental tecer algumas considerações em torno da prática de Educação em Saúde, desenvolvida com o grupo de mães de bebês prematuros da MCD.

Inicialmente, convém lembrar que, o atendimento em saúde, atualmente conta com um Sistema Único de Saúde, onde a grande parte da população é “atendida”. Percebe-se também que o referido sistema, enfrenta problemas históricos de efetivação. Porém, o espaço criado pelo SUS, tem representado, ainda de maneira gradual, o cenário institucional, para a discussão e aprendizagem de assuntos que permeiam as relações destes usuários da saúde.

Assim, profissionais de saúde, tem conseguido, visualizar novas formas de atendimentos, buscando efetivar os direitos destes usuários. Sendo que, as ações educativas, tem representado o canal direito no que concerne o atendimento pleno em saúde.

O Serviço Social, mesmo não possuindo uma formação específica na área da saúde, tem atribuições e competências, que o permite trabalhar nesta área de maneira efetiva. Pode-se dizer também, que este profissional, tem apresentado um perfil pedagógico (conforme descrito por Abreu,2001) que respalda a sua atuação, no momento atual, através do uso de ações de Educação em Saúde, de forma a proporcionar elementos no processo de ampliação de conhecimento destes usuários dos serviços, por meio de orientações, discussões, troca de experiências, necessárias a busca da própria qualidade de vida dos sujeitos.

Na Maternidade Carmela Dutra- Florianópolis, instituição que atende pelo Sistema Único de Saúde, o Serviço Social, desenvolve inúmeras funções e atribuições com as demandas das mães, que procuram a Instituição para ter filhos. Dentre os instrumentais técnico- operativos usados pelo Serviço Social desta Instituição, o grupo, já consistia em realidade, uma vez que já eram realizado trabalho com uma psicóloga voluntária (que dava suporte as demandas emergentes mais acentuadas, como as mães de gestação de alto risco, e mães com bebês prematuros) e aula de artesanato (também conduzido por uma profissional voluntária).

Porém, o trabalho com grupos também foi um instrumental usado pela estagiária. Sendo que as participantes dos encontros tiveram a oportunidade de participar do processo de construção de espaço coletivo, onde suas dúvidas e considerações foram consideradas o tempo todo. Os objetivos de troca de conhecimento, quebra de crenças e tabus, foram realizados, uma vez que estas mães puderam “compreender” um pouco mais da sua realidade, expor os “problemas”, as suas dúvidas, seus conhecimentos, em torno das temáticas abordadas nos encontros.

Contudo, para dar sustentação ao processo realizado, efetivou-se uma pesquisa de campo com a coleta de quatro (4) depoimentos de mães participantes do grupo. Os dados qualitativos coletados, reforçaram a importância e necessidade do trabalho organizado e/ou coordenado pelo Serviço Social, naquele momento em que as mães estavam vivenciando. Assim, é perceptível, o processo de politização e empoderamento das mesmas, na medida em que estas conseguiram relatar o processo de trabalho realizado, e as contribuições deixadas para suas vidas.

Neste contexto, é válido destacar que, os referidos depoimentos, reforçam o aspecto avaliativo do processo de trabalho coletivo realizado, uma vez que estas mães destacaram em suas falas a importância da participação, bem como citam novas formas de intervenção, **para o próprio Serviço Social**. Ou seja, este momento foi de suma importância e validade para o pensar do agir profissional do assistente social, como este pode estar desenvolvendo suas ações através de processos educativos, de modo a não ser somente um profissional executivo, mas propositivo nas suas intervenções profissionais.

É válido lembrar também que, diante do exposto, fatores como: a demanda flutuante, a indisponibilidade de tempo (horários da instituição, do próprio Serviço Social, bem como o tempo exíguo do estágio), condensaram este trabalho em tempo recorde. A proposta foi desenvolvida dentro destas possibilidades, de forma que englobasse todos os fatores citados.

Porém, fica evidente que práticas como a Educação em Saúde, são uma possibilidade do profissional de Serviço Social estar desenvolvendo em intervenção cotidiana, nas diversas instituições, como as de saúde, buscando sempre garantir a consolidação da cidadania e emancipação social dos usuários dos serviços, materializando os princípios do Código de Ética da Profissão.

Assim sendo, resta destacar que, para estas mães o trabalho realizado, deixou sim, as suas “marcas” que estas levaram adiante, seja, para o seu próprio uso e bem estar, ou seja, na própria difusão das informações com outras pessoas que as mesmas mantenham

laços. Uma vez que o trabalho realizado, teve um cunho diferenciado de intervenção e atendimento a demanda, onde as ações de Educação em Saúde utilizadas e visualizadas enquanto possibilidades de trabalho do assistente social, tiveram um papel preponderante nos resultados atingidos.

Para finalizar as considerações deste trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, considera-se relevante deixar algumas sugestões tanto para a Maternidade Carmela Dutra, bem como para o Serviço Social da citada instituição. No que tange aos aspectos dirigidos a Maternidade Carmela Dutra, considera-se pertinente: a necessidade de ampliação do espaço do Recanto da Mamãe, contratação de profissionais na área da Psicologia (uma vez que este profissional não faz parte do quadro efetivo dos trabalhadores da instituição), contratação de mais profissionais na área do Serviço Social.

Ao Serviço Social, destaca-se como necessário: que o trabalho de Educação em Saúde desenvolvido, pela estagiaria seja dado continuidade enquanto uma ação efetiva de trabalho. Acredita-se que estes pontos levantados, quando considerados e atendidos, melhorariam a efetividade do trabalho prestado pela Maternidade Carmela Dutra, bem como pelo Serviço Social junto a demanda das mães que procuram a instituição e também o retorno do atendimento a sociedade de maneira em geral.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares da sociedade brasileira, **Serviço Social e Sociedade**, nº 79, São Paulo, Cortez, 2004.

AFONSO, Lucia (org) **Oficina em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições Campo Social, 2003.

ALEXANDRE, Virginia Carolina Silva. **Gênero e maternidade**: as repercussões da gravidez na vida das mulheres. 2004. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

AMORIM, Maria Eduarda Kalafatás. **O assistente social como educador na área da saúde**. 1995, 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. História da Saúde Pública. In: _____. **História em Movimento**. São Paulo: Ática, 2000.

BORBA, Julin. Políticas de Saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro, **Revista Katalysis**, n. 05, jan./jun. 1997, p. 25-32

BRASIL. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1988.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Organização do texto: PINTO, Antonio Luiz, at. all. 31ª ed. São Paulo: 2003.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**, No. 8080/1990.

_____. **Lei nº 10.406 de 11 de Janeiro de 2002**. Dispõe sobre o Novo Código Civil.

_____. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1987.

_____. Lei nº 8069 de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

. **Saúde materna: componentes essenciais dos direitos reprodutivos.** Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos- Apoio UNICEF - Comitê dos E.E. U.U.

BRAVO, Maria Inês Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional, **Revista do Programa de Pós- Graduação em Política Social: Ser Social**, v. 01, n. 01, 1º semestre, 2002, Brasília: UNB.

CARDOSO, Franci Gomes; MACIEL, Marina. Mobilização Social e Práticas Educativas. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Cadernos de Capacitação em Serviço Social e a Política Social.** Módulo 04. Brasília: CEAD, 2000. p. 139- 149.

CARVALHO, Guido I. de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**, 2. ed.. São Paulo: Hucitec, 1995.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CHIORO, Artur; SCAFF, Alfredo. **Saúde e Cidadania: a implantação do Sistema de Saúde.** Disponível em: <<http://consaude.com.br.sus.htm>>. Acesso em: 20 set. 2005.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: política e organização de serviços.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CONCEIÇÃO, Carmelita. Hoje somos uma tribo com identidade própria, **Revista Tema**, n. 21, nov./dez. 2001, Fiocruz, p. 8-9.

CORDONI JR., Luiz. Medicina Comunitária: o conceito se materializa, **Espaço para a saúde**, UNESCO, ano 1, 1989.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais, **Serviço Social e Sociedade**, ano XVIII, nº 62, mar. 2000. p. 35-75.

COSTA, Nilson do R. Estado, Educação e Saúde: a higiene da Vida Cotidiana, **Cadernos do CEDES**, nº 4. São Paulo, Cortez, 1984, p. 5-27.

CRESS 12ª REGIÃO SC, Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Cadernos de Texto.** Florianópolis, Dezembro de 2005.

DEMO, Pedro. **Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida.** Campinas: Autores Associados, 1995.

DA ROS, Marco Aurélio. **Um drama estratégico: o movimento Sanitário e sua expressão num município de SC.** 1991, 343f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública.

_____. **Estilos de Pensamento em Saúde Pública: um estudo da produção da FSP-USP ENSP - Fiocruz entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Luidwik Fleck.** 2000, 207f. Tese (Doutorado em Educação). Centro de Ciências de Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.

DICIONARIO Michaelis : português, São Paulo: Editora: Melhoramentos, 1987. 856p.

ECKERT, Elisabeta Roseli. **Educação em Saúde: uma abordagem freiriana com mães/famílias de crianças hospitalizadas.** 1999, 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

ESPINOZA, Lita Miriam Moore. **A conscientização como fundamento da Educação em Saúde às pessoas Hospitalizadas com Tuberculose Pulmonar.** 1998, 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina

GARCIA, Adir V., **O caráter educativo das ações em saúde: entre o biológico e o político.** 1997, 152f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GERBER, Luiza Maria Lorenzini. A Bioética e os Direitos do Paciente. **Jornal do CRESS**, 12ª Região/SC, 2000.

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

GOHN, Maria da Gloria. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONG's e redes solidárias.** São Paulo: Cortez, 2005.

GOMES, Sebastião E. et al. **Dicionário Jurídico Universitário: Terminologia Jurídica-Expressões portuguesas e latinas de uso forense.** São Paulo, 2003

GRAMSCI, Antônio. Introdução ao estudo da Filosofia e do Materialismo Histórico. In: _____. **A concepção dialética da História.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IMAMURA, P.E.A. Prematuridade. In: **Manual de Neonatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo**, 2. ed., São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.unimedlins.com.br>>. Acesso em 20 jun. 2005.

JESUS, Cristiane da Silva. **O Serviço Social e as Ações Sócio-Educativas com Famílias: um estudo sobre publicações dos Assistentes Sociais**. 2005, 164f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina.

KALIL, Heloisa Sarmiento, e, CORLETA, Helena von Eye, e, Barata. **Gestação de Alto Risco, 2001**. Disponível em, <<http://www.brasilchannel.com.br>> . Acesso em 20 de jan. de 2006.

LIMA, Telma Cristiane Sasso. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas**. (Monografia de Conclusão de Curso), UFSC, 2004.

LISBOA, Armando de Melo. **Economia Solidária, economia barroca: a emergência da socioeconomia solidária na América Ibérica**. 2003, 364f. Tese (Doutorado). Portugal: Universidade Técnica de Lisboa, 2003.

MADUREIRA, Valeria Silvana Faganello. **Eu, você-nós: co-participes do educar**. 1994, 170f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

MAGAJESWSKI, Flávio R. L. **Seletividade Estrutural e a construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no período de 1987- 1990**. 1994, 238f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico.

MATERNIDADE CARMELA DUTRA. **Plano de Trabalho da Equipe de Serviço Social**, Florianópolis, 2003.

MATERNIDADE CARMELA DUTRA. **Plano de Trabalho da Equipe Técnica**, Florianópolis, 1991.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90, **Serviço Social e Sociedade**, n. 74, Cortez, 2003.

MELO, Joaquim A C. A educação sanitária: uma visão crítica, **Cadernos do CEDES**, n. 4, São Paulo, Cortez, 1987, p. 28-43.

MELO, Joaquim Cardoso de. A. Educação Sanitária: uma visão crítica, **Cadernos CEDES**, n. 4, São Paulo, 1984, Cortez. p. 28-43.

MENDES, Eugênio Vilhaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIOTO, Regina Célia. **Instrumentos do Serviço Social**. Texto produzido para fins didáticos. 2001.

_____, Regina Célia. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. In: **Revista Katalysis**, nº 55, Sao Paulo, p.114, 130.

MULLER, Alessandra R., **Reflexão crítica acerca do Sistema Único de Saúde- SUS na formação profissional: ponto de vista dos acadêmicos de Enfermagem**. Dissertação de Mestrado, apresentada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 2002.

NASCIMENTO, Fernanda F. **(RE) Pensando a saúde, o SUS e o Programa de saúde da Família: com a palavra as famílias do Médio Aririú – Palhoça/SC**. 2004, 157f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina.

NOGUEIRA, Vera Maria R. A importância da Equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde, In: **Katályis**, n. 3, Ed. UFSC, Florianópolis, 1997.

_____. **O direito à saúde na Reforma do Estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. 2002, 343f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina.

NETTO, José P. **Ditadura e Serviço Social** – uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

OLIVEIRA, Heloisa M. A. José. **Assistência Social: do discurso do estado à prática do Serviço Social**. 1. ed. v. único. Florianópolis: Ed. UFSC, 2000.

OLIVEIRA, Rosely M., Construindo o conhecimento sobre o saneamento básico nas favelas através das “falas” e informações da população, **Cadernos CEDES**, n. 38, São Paulo, Papirus, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAUDE. Carta de Ottawa. In: **Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde**, nov. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/ottawa.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2006.

PEREIRA, Rodrigo P. A., **Instrumento/ferramenta de trabalho, de tecnologia leve, de uso por equipes de saúde na relação com o usuário do serviço de saúde**, 2003. Disponível em:

<http://www.smmfc.org.br/acolhimento.htm>. Acesso em: 25 de jan.2006.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

RAMOS, Célia L. Participação popular nos programas de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília (org.). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Fase Espaço & Tempo, 1986.

- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. 2. ed. São Paulo. Hucitec/Ed. UNESP, 1994.
- SABROZA, P. C.; TOLEDO, L. M.; OSANAI, C. H. A organização do espaço e os processos endêmicos epidêmicos. In: LEAL, M. C. et al. (orgs.). **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento**. v. 2. Rio de Janeiro: Abrasco/ São Paulo: HUCITEC, 1992.
- SANTA CATARINA. **Secretaria de Estado da Saúde**. Cartilha do SUS. Florianópolis, 1999.
- SCHUMACHER, Beatriz. **Passos, compassos e descompassos de um processo cuidativo com recém-nascido e pessoa significativa em UTI**. Florianópolis, 2000. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- SEVERINO, Antônio J. **Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- SILVA, Maria Elisabeth Kleba da; GONZAGA, Flávia Regina S. Ramos; PENNA, Claudia Maria de Mattos. Enfermagem e cidadania: Reflexões acerca das Políticas Sociais, **Texto e Contexto Enf.**, jan/jun.1992, Florianópolis, p. 74-88.
- SOUZA, Luciana Santos de. **A entrevista, o imaginário, e a instituição**. In: **Pesquisa em Enfermagem**. ?, Cap III.p. 30-50
- TENÓRIO, Fernando (Org). **Gestão de ONG's: principais funções gerenciais**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.
- _____, O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional, **Cadernos de Capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 04, Brasília: CEAD, 2000. p. 127- 137.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e atenção á saúde da família**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- _____. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- WENDHAUSEN, Águeda. **Educação em saúde : possibilidades de uma proposta**. 1992. 146f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W., **A questão social no contexto da globalização: o caso latino- americano e o caribenho**. São Paulo: Educ, 2002.

ANEXO A
Dinâmicas

Dinâmicas dos Encontros⁶³

1º Encontro: Inserção da Criança na Família

Dinâmica:

a) No início, sugerir uma técnica de aquecimento do grupo, cada participante com os olhos fechados, vai imaginar que é de manhã e está acordando em sua casa. O coordenador procura ajudar a imaginação, com algumas perguntas feitas de forma pausada e suave: Como é acordar em sua casa? Como se sente ao acordar? Que expectativas têm sobre o seu dia e o dia de sua família? Essas expectativas são realizadas? Como se desenrola o dia? Reunir o grupão, depois, e conversar sobre isso, de maneira breve, não aprofundada pois a técnica está sendo usada somente para “aquecimento” do grupo.

b) A seguir, pode-se usar a seguinte técnica:

Técnica- em pequenos grupos, desenhar uma casa e uma criança nessa casa. No momento da discussão em grupo, cada um conta como é a sua casa, o seu bairro, como a criança é dentro de casa, etc.

c) Conversa com o grupo, tal como foi especificada acima.

Avaliação: fazer um bate-papo, no caráter de palestra interativa, a par das questões do grupo- cada participante elabora uma questão a partir das dificuldades encontradas em seu cotidiano e a coordenação responde, mas sempre perguntando ao grupo se alguém gostaria de complementar com informações ou exemplos.

2º Encontro: Planejamento Familiar

Dinâmica:

Cada participante desenha um “relógio do cotidiano”, isto é um relógio (de qualquer tipo) em que represente os principais momentos de seu dia a dia. Na hora da reflexão no grupo grande, a técnica é explorada através de perguntas como: que tempo a sua criança no seu dia a dia? Qual a importância dela? Qual é a hora da qual gosta mais e da qual gosta menos? Por que? O que gostaria de fazer e não está conseguindo? Por que? Como isto poderia ser mudado?

a) Conversa com o grupo, tal como foi especificada acima.

⁶³ Dinâmicas retiradas de: AFONSO, Lucia (org) Oficina em dinâmica de grupo na área da saúde. Belo Horizonte: Edições Campo Social, 2003.

Avaliação: fazer um bate-papo, no caráter de palestra interativa, a par das questões do grupo- cada participante elabora uma questão a partir das dificuldades encontradas em seu cotidiano e a coordenação responde, mas sempre perguntando ao grupo se alguém gostaria de complementar com informações ou exemplos.

3º Encontro: Cuidados Básicos e Acesso aos Serviços de Saúde

Dinâmica:

a) Técnica chamada “árvore da saúde”. Os participantes recebem uma árvore desenhada em uma folha de papel e nela apontam os elementos básicos da saúde: na raiz colocam o que é fundamental, no caule aquilo que dá sustentação, nos galhos aquilo que ramifica, nas folhas e frutos os “frutos” de uma boa saúde. Podem fazer isso em pequenos grupos de 4 ou 5 pessoas.

Avaliação: Expondo os cuidados básicos e o acesso aos serviços e avaliando essas informações de acordo com a experiência dos participantes. Finalizar sistematizando a discussão do dia.

4º Encontro: Direitos Sociais

Dinâmica: Antes de abordar o tema, fazer uma breve consulta ao grupo para saber das participantes o que a mesmas entendem e/ ou conhecem de direitos sociais.

Anexo B
Perguntas

Apêndice

Projeto apresentado ao Comitê de Ética da Maternidade Carmela Dutra



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS FR-072366

Projeto de Pesquisa
Educação em saúde como possibilidade de intervenção do Serviço Social: a experiência de uma Maternidade Pública de Florianópolis - SC.

Área de Conhecimento 6.10 - Serviço Social	Grupo Grupo III	Nível Não se Aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)	Fase Não se Aplica	

Unitermos
Saúde da mulher, Serviço Social, Educação em Saúde

Sujeitos na Pesquisa

Nº de Sujeitos no Centro 04	Total Brasil 04	Nº de Sujeitos Total 04	Grupos Especiais	
Placebo NÃO	HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Especifico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO

Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável Luciane Guisso	CPF 038.328.539-95	Identidade 3910350
Área de Especialização Serviço Social	Maior Titulação Graduação	Nacionalidade Brasileira
Endereço Servidão Costa, 75	Bairro Trindade	Cidade Florianópolis - SC
Código Postal 88644-4	Telefone 32481411	Fax
		Email lucianeguisso@yahoo.co

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.

Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: ____/____/____

Luciane Guisso

Assinatura

Instituição Onde Será Realizado

Nome Maternidade Carmela Dutra - SC	CNPJ 82.951.245/0013-00	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Centro obstétrico	Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico SIM
Endereço Rua Irmã Benwarda 208	Bairro Centro	Cidade Florianópolis - SC
Código Postal 88015-27	Telefone 48 2517500	Fax
		Email cep_mcd@hotmail.com

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Nome: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Patrocinador

Nome NÃO SE APLICA	CNPJ
Endereço	Bairro
Código Postal	Telefone
Responsável	Cidade
	Fax
	Email
	Cargo / Função

Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 30/09/2005. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

⊙ Voltar

IMPRIMIR

ESTADO DE SANTA CATARINA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 MATERNIDADE CARMELA DUTRA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS EM SERES HUMANOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES
 HUMANOS - CEP

FORMULÁRIO RELATO/PARECER DO PROJETO

Título do Projeto: A educação em saúde como possibilidade de intervenção do Serviço Social: a experiência de uma Maternidade pública de Florianópolis-SC

Relator: Dr. Evaldo dos Santos, Renan Feltrin, Sheila Koettker Silveira.

Referência No
 Origem CAAE 006.1.233.000-05

Nomes dos Pesquisadores: Luciane Guisso

Orientadora: Cleci Albiero

PROTOCOLO

1. Objetivo(s) do Estudo: Conhecer a opinião das mães sobre o trabalho de educação em saúde realizado pelo Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra – Florianópolis.

2. Material e Método	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados	<input type="checkbox"/> Inadequados
	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Incompleto
3. Número de Indivíduos e Método de Seleção	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados	<input type="checkbox"/> Inadequados
	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Incompleto
4. Medidas a Serem Obtidas	<input checked="" type="checkbox"/> Adequadas	<input type="checkbox"/> Inadequadas
	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Incompleto
5. Forma de Armazenamento e Avaliação dos Dados - Confidencialidade	<input checked="" type="checkbox"/> Adequadas	<input type="checkbox"/> Inadequadas
	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Incompletas
6. Tempo de Duração do Estudo	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Inadequado
	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Incompleto
7. Relação Risco-benefício	<input checked="" type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Inadequada
	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> NSA
8. Procedimentos de Desconforto e Distresse	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados	<input type="checkbox"/> Inadequados
	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> NSA
9. Grau de Risco	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Inadequado
	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> NSA
10. Compensação/Arranjos Financeiros	<input checked="" type="checkbox"/> Adequados	<input type="checkbox"/> Inadequados
	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Não se aplica
11. Inderização	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Inadequada
	<input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica



ESTADO DE SANTA CATARINA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 MATERNIDADE CARMELA DUTRA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS EM SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Informações ao indivíduo a ser pesquisado (incluindo todo o procedimento, medidas a serem obtidas, riscos e benefícios e desconforto).	<input checked="" type="checkbox"/> Adequadas <input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Inadequadas <input type="checkbox"/> Incompletas <input type="checkbox"/> NSA
2. Uso da linguagem para escrever o Formulário de Consentimento.	<input checked="" type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Inadequada
3. Acompanhamento assistencial.	<input checked="" type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Inadequada <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> NSA
4. Produção de fotografias, filmagens, etc. Verificar se houve permissão para obtenção destes e, a forma de sigilo do material (e.g. fotos).	<input checked="" type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Inadequada <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não se Aplica
5. Elaboração de questionários.	<input checked="" type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Inadequado <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não se Aplica

Comentários:


 Assinatura do Relator

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa:

<input checked="" type="checkbox"/> APROVADO
<input type="checkbox"/> APROVADO, COM PENDÊNCIA
<input type="checkbox"/> RETIRADO
<input type="checkbox"/> APROVADO E ENCAMINHADO À CONEP/MS
<input type="checkbox"/> REPROVADO

Lorianópolis, 06.01.06


 Assinatura da Presidente

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

PROJETO DE PESQUISA

Acadêmica: Luciane Guisso

Florianópolis, setembro de 2005

Luciane Guisso

Projeto de Pesquisa

Orientação: Cleci Albiero

Florianópolis, setembro de 2005.

Sumário

1 Título	112
2 Justificativa	112
3 Problematização	113
4 Objetivo Geral	116
4.1 Objetivos Específicos	116
5 Metodologia	117
6 Recursos Financeiros	118
7 Forma de Armazenamento e Avaliação de Dados	119
8 Tempo do Estudo	119
9 Bibliografia	120

Projeto de Pesquisa

1 Título

-A educação em saúde como possibilidade de intervenção do Serviço Social: a experiência de uma Maternidade Pública de Florianópolis-SC.

2 Justificativa

Este projeto de pesquisa, pauta-se na temática da educação em saúde como uma possibilidade de intervenção do Assistente Social inserido no campo da saúde. A escolha deste tema de trabalho e investigação, surgiu a partir da experiência vivida durante o estágio curricular obrigatório em Serviço Social, na Maternidade Carmela Dutra, com os grupos de mães de bebês prematuros e/ ou de risco, internados na UTI Neonatal, no período de março à julho de 2005.

As mães de bebês prematuros constituíram a demanda de trabalho, onde foi planejado e executado o plano de estágio em Serviço Social, na temática de educação em saúde, na referida instituição.

A oportunidade de criar um grupo de trabalho, com estas mulheres, para discutir assuntos de seu cotidiano (planejamento familiar, direitos sociais, a chegada do prematuro na família, acesso a serviços de saúde) foi realizada por meio de encontros semanais. Para este trabalho realizado, foi considerado o conceito de “grupo sócio educativo” que

trabalhado por Afonso (2003, p. 27) que diz, “são grupos que tem por objetivo conhecer as crenças, idéias e sentimentos de seus participantes visando a sua reflexão, adaptação ou mudança, e estimulando novas aprendizagens, para o enfrentamento de uma dada problemática”.

Assim, o conhecimento do relato das mães participantes é fundamental, uma vez que isto possibilitará um incremento das ações de trabalho do Serviço Social, junto à Maternidade Carmela Dutra. Nesse sentido considera-se que, “a avaliação está presente dialeticamente em todo o processo do planejamento: quando se inicia a ação planejada, inicia-se concomitantemente sua avaliação”. (BAPTISTA, 2000, p.113).

3 Problematização

A saúde faz parte do tripé da Seguridade Social (saúde, assistência social, previdência social), sendo que no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 está estabelecido que,

a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Deste momento em diante, a saúde, passou a ser percebida com um sentido mais amplo, ultrapassando o binômio saúde/ doença.

Conforme colocado no artigo 3º, da lei nº 8080/90- Lei Orgânica da Saúde,

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, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Decorrente as discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 a regulamentação do Sistema Único de Saúde, foi possível devido a aprovação da

Constituição de 1988. Os serviços em saúde, deste momento em diante, passaram a ser responsabilidade dos governos federal e municipal, com a participação da sociedade civil.

Integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), e seguidoras de seus princípios, bem como da legislação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), encontra-se a Maternidade Carmela Dutra- Florianópolis, Instituição pública, referência estadual, atendendo a nível secundário e terciário mulheres proveniente de todo o Estado, dos mais variados níveis sociais, no que diz respeito à sua saúde e do recém-nascido, estando este atendimento ligado ou não com as fases do ciclo gravito- puerperal⁶⁴.

Assim sendo, a assistência em saúde prestada pela Maternidade Carmela Dutra, pauta-se na saúde enquanto direito, ou seja, enquanto exercício de cidadania das pessoas envolvidas. Segundo Demo (1995, p.70), cidadania pode ser entendida como,

(...) a qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos. Trata-se de uma das conquistas mais importantes na história. No lado dos direitos, reportam-se os direitos humanos que hoje nos parecem óbvios, mas cuja a conquista demorou milênios, e traduzem a síntese de todos os direitos imagináveis que o homem possa ter.

O trabalho na área de saúde, corresponde a uma tentativa de promoção de saúde⁶⁵.

O indivíduo atendido, poderá ser orientado sobre aspectos que envolverem sua saúde em seu cotidiano, como: nutrição, hidratação, medicação, relacionamento sociais e afetivos.

Uma das maneiras de efetivação da ação da promoção em saúde é “a educação em saúde”, que corresponde a possibilidade de ação dos vários profissionais que compõem a equipe de saúde.

Para Wendhausen (1992, p.28) a Educação em Saúde, “(...) pode ser um dos instrumentos utilizados pelo profissional da área da saúde no sentido de contribuir para a

⁶⁴ Entende-se por “gravito puerperal” a condição das mulheres que são em fase de gestação, ou a situação das mulheres em que o parto (nascimento do bebê) já se configurou.

⁶⁵ Entende-se por promoção de saúde “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo [...] a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”. (CARTA DE OTAWA, 1989)

construção de uma consciência crítica no sujeito individual e coletivo”. Sob este mesmo aspecto, complementa Rezende (1989, p.32) “a educação para a saúde é, sem dúvida, o processo mais eficiente das ações profiláticas, um instrumento básico para a veiculação de informações e experiências sobre a saúde. Educar para a saúde é a atividade mais relevante para um país se desenvolver”.

Dentro das instituições atendendo a demanda da saúde, estão muitos profissionais, com as mais diversas atribuições dentre os quais o profissional de Serviço Social.

Com várias competências junto à área da saúde, o assistente social integra-se com relativa facilidade nos mais diversos programas institucionais, contribuindo de forma eficaz na resolução dos conflitos e/ ou dificuldades apresentadas pelos pacientes e familiares em atendimento.

Para Vasconcelos (2002, p.321) o profissional de Serviço Social tem como papéis numa Instituição Hospitalar/ Maternidade,

Além de ter um papel na prevenção, recuperação e proteção de saúde, o assistente social é um dos profissionais da saúde que tem como objeto de trabalho (a partir da relativa autonomia que posta no planejamento e execução do seu trabalho profissional diante dos objetivos a que se propõe) empreender, junto aos usuários reais e potenciais da unidade em que trabalha, ações que- direta ou indiretamente- atinjam as causas, não só dos índices de saúde, mas dos problemas criados no acesso aos serviços de saúde, em menor ou maior grau respectivamente; ações que, necessariamente, envolvam um trabalho orgânico e sistemático com os usuários na criação e ocupação dos espaços de participação social na busca de ampliação e universalização de direitos.

Da mesma forma, ainda possui o compromisso com a garantia de direitos sociais, e, no caso da *Maternidade Carmela Dutra* a garantia dos direitos da gestante e da criança recém-nascida.

A atuação do profissional de Serviço Social na área da educação e informação em saúde vincula-se, segundo Costa (2002, p.45) à,

atividades que consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/ grupais ao usuário, família e a comunidade para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração destes na resolução de problemas de saúde individuais e coletivos.

O assistente social, na área da saúde, possui a possibilidade de trabalhar com a “educação em saúde”, no sentido da orientação da promoção em saúde. Este profissional possui inúmeras competências definidas por sua legislação específica (Lei 8662/93- Lei que regulamenta a profissão, Código de Ética da profissão/ 1993, atribuições privativas), que estabelecem princípios reguladores da ação profissional, pautados no compromisso da defesa dos direitos humanos, da equidade social, da difusão de informações, autonomia do sujeito.

4 Objetivo Geral

-Conhecer a opinião das mães sobre o trabalho de educação em saúde realizado pelo Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra- Florianópolis.

4.1 Objetivos Específicos

-Entrevistar as mães que participaram do grupo de trabalho desenvolvido na Instituição Maternidade Carmela Dutra;

-Verificar junto a estas mães, a efetividade do trabalho desenvolvido;

-Avaliar as ações desenvolvidas pelo Serviço Social durante o período de internação destas mães.

5 Metodologia

Esta pesquisa de caráter descritiva⁶⁶ e exploratória, será desenvolvida junto às mães que tiveram bebês prematuros na Maternidade Carmela Dutra. O meio a ser usado para atender os objetivos será o Estudo de Caso⁶⁷, que possibilitará delinear também a forma de coleta de dados.

Para esta pesquisa será considerada uma amostra de quatro (04)⁶⁸ mães. Segundo Gil (1996, p. 100), a amostra corresponde “subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelece ou se estimam as características desse universo ou população”. Para tanto, a amostragem a ser usada será por acessibilidade ou conveniência, que corresponde ao momento em que o “pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo de alguma forma que estes podem representar de alguma forma o universo”. (GIL, 1999, p.104).

A amostragem, de caráter qualitativo, possui inúmeras vantagens, como,

(...) (a) privilegia os sujeitos sociais que tem os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera- os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porem não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça- se para que a escolha do lócus do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências que se pretende objetivar com a pesquisa. (MINAYO, 2004, p.102)

⁶⁶ Para GIL (1999, p.44), “as pesquisas deste tipo têm como objeto primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. (...) Dentre as pesquisas descritivas salientam- se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, (...). Outras pesquisas deste tipo são aquelas que se propõe a estudar os níveis de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade (...) são incluídas neste grupo de pesquisa levantar as opiniões, atitudes, crenças de uma população”.

⁶⁷ Para GIL (1999, p.72) “o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante outros tipos de delineamentos considerados”.

⁶⁸ O universo da pesquisadora foi de 27 mães entrevistadas e acompanhadas. Porém em decorrência da acessibilidade e do tempo para executar este levantamento, serão considerados os relatos de três destas mães.

O contato inicial com estas mães será feito por telefone. Após este agendamento prévio, a pesquisadora deverá fazer uma visita domiciliar à estas mães. Ou seja, será feito um trabalho de campo, na medida em que se vai até o encontro do público em questão. Convém dizer que para este trabalho, entende-se por campo “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação”. (MINAYO, 2004, p.105)

Para **direcionar a coleta** das informações, o instrumental que será usado, é entrevista⁶⁹, com um roteiro de perguntas semi- estruturadas⁷⁰ (ANEXO). É importante dizer que a entrevista possibilita muitas vantagens, tais como: “a) a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social. b) a entrevista é uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano. c) Os dados obtidos são suscetíveis de classificação e de qualificação”. (GIL, 1999, p.118). As entrevistas feitas só serão gravadas com o consentimento da entrevistada.

A realização destas entrevistas, contribuirá para a reflexão e melhoria do atendimento prestado, e do processo de trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto a área da saúde. Ou seja, a efetivação deste trabalho de campo, possui relevância, na medida em que propõe-se a “ouvir” os agentes do processo.

6 Recursos Financeiros

Esta pesquisa será pesquisa intitulada “A educação em saúde como possibilidade de intervenção do Serviço Social: a experiência de uma Maternidade Pública de

⁶⁹ Para Mioto (2001, p.03) a entrevista destina-se “a colher informações. A entrevista é uma conversa entre duas ou mais pessoas com o objetivo de compreender, identificar ou constatar uma situação determinada”.

⁷⁰ A entrevista semi- estruturada, para Souza (? 30) “é também estruturada a partir de uma ordem preestabelecida pelo entrevistador. A diferença é que esta pesquisa além de conter questões fechadas e diretas inclui um número pequeno de perguntas abertas(...)”.

Florianópolis-SC”, não possui apoio financeiro de outras instituições, sendo financiada somente pela pesquisadora principal. As despesas seguem.

Orçamento Detalhado:

- Papel Ofício A4 - 1000 Folhas -----	R\$ 20,00
- Tinta De Impressora – 1 Cartucho-----	R\$ 60,00
- Transporte -----	R\$ 30,00
- Fita Cassete – 04 Unidades -----	R\$ 8,00
- Pilhas Para Gravador - 04 Unidades-----	R\$ 4,00
- Alimentação -----	R\$15,00
TOTAL GERAL-----	R\$ 137,00

7 Forma de Armazenamento e Avaliação de Dados

Os dados da pesquisa serão arquivados em computador de uso exclusivo da pesquisadora por um período de 05 (cinco) anos. Portanto não haverá necessidade de supervisão dos dados, uma vez que estes ficarão sob sua responsabilidade.

As entrevistas serão publicadas mediante autorização das participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os nomes das mães entrevistadas serão mantidos sob sigilo, bem como substituídos por outros fictícios quando usados na confecção do material de monografia da pesquisadora.

8 Tempo do Estudo

O tempo para a realização deste trabalho será de 06 (seis) meses, correspondente ao prazo para realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

8 Bibliografia

AFONSO, Lucia (org) **Oficina em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições Campo Social, 2003.

BAPTISTA, Vera Myrian. **Planejamento Social : intencionalidade e instrumentação**. São Paulo : Veras Editora, 1999.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Rideel ed.

_____. LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, No. 8080/1990.

COSTA, Maria Dalva Horácio, **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. In: Serviço Social e Sociedade, ano XVIII, nº 62, março, 2000. p. 35-75.

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. São Paulo; Editora: Autores associados, 1995.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIOTO, Regina Célia. **Instrumentos do Serviço Social**. Texto produzido para fins didáticos. 2001.

REZENDE, Ana Lucia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2ª edição. São Paulo. Cortez, 1989.

SILVA, Maria Elisabeth Kleba da; GONZAGA, Flavia Regina S. Ramos e PENNA, Claudia Maria de Mattos. Enfermagem e cidadania: Reflexões acerca das Políticas Sociais. **Texto e Contexto Enf., Florianópolis**, 1(1); 74-88, jan/jun.1992.

SOUZA, Luciana Santos de. **A entrevista, o imaginário, e a instituição**. In: Pesquisa em Enfermagem. ?, Cap III.p. 30-50

VASCONCELOS, Ana Maria de, **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**- São Paulo, Cortez, 2002.

WENDAHAUSEN, Águeda. **Educação em saúde: possibilidade de uma proposta**. (Dissertação de mestrado em Enfermagem- UFSC), Florianópolis, 1992.

Anexos

Roteiro de Perguntas

- 1-Qual a razão que levou você a escolher a Instituição Maternidade Carmela Dutra para ter seu bebê?
- 2-Como você avalia os encontros com as demais mães, organizados e/ou coordenados pelo Serviço Social? Por quê?
- 3-Em relação às informações repassadas e discutidas nestes encontros, estas foram importantes para você?
- 4-Dos temas trabalhados, qual chamou mais a sua atenção? Por quê?
- 5-Qual sua avaliação sobre a metodologia (trabalho em grupo, uso de dinâmicas) usada nos encontros?
- 6-Como foi acompanhar a fase de interação e recuperação do bebê?
- 7-Qual sua avaliação do trabalho do Serviço Social da Maternidade Carmela Dutra?
- 8-Possíveis sugestões para o Serviço Social e para a Maternidade, melhor desenvolverem suas atividades.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou ciente que Luciane Guisso, aluna do curso de Serviço Social da UFSC, irá desenvolver um estudo sobre “A educação em saúde como possibilidade de intervenção do Serviço Social: a experiência de uma Maternidade Pública de Florianópolis-SC”, com mães de bebês prematuros. Fui esclarecida sobre o objetivo da pesquisa, que visa “Conhecer a opinião das mães sobre o trabalho de educação em saúde realizado pelo Serviço Social na Maternidade Carmela Dutra- Florianópolis”.

Ficou claro que posso perguntar e falar o que desejar compreendendo que poderão surgir situações de conflitos como também benefícios com a participação neste estudo. Foi-me garantido o respeito, individualidade e privacidade. Fui esclarecida que as informações colhidas serão cuidadosamente mantidas em sigilo, bem como garantido o sigilo de meu nome e dados que possam revelar minha identidade. Ficou claro para mim que poderei me retirar, em qualquer fase do estudo, sem sofrer penalidades ou prejuízos, que poderei recusar-me em responder as perguntas que possam causar-me constrangimento de qualquer natureza, se julgar necessário.

Assim sendo, autorizo a pesquisadora a realizar a entrevista referente ao assunto mencionado, bem como os dados servir de base à consecução dos objetivos do trabalho. Autorizo também a pesquisadora a gravar a entrevista, bem como proceder à discussão do material que resultar desta entrevista com sua orientadora e/ou outro colaborador que possa auxiliá-la teoricamente na redação final do estudo.

Autorizo ainda, que o material que resultar de minha entrevista, possa compor o texto final da monografia da pesquisadora.

Concordo, portanto, com todas as condições ofertadas pela pesquisadora para a utilização de minhas informações. Se não me sentir à vontade para continuar participando do estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, posso entrar em contato pelo telefone **(048) 99913265** ou e-mail: **lucianeguisso@yahoo.com.br**

Florianópolis _____ de _____ de 2003

Nome do pesquisado

RG/CPF nº

Pesquisadora Luciane Guisso

RG/CPF nº