

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
IARA LOVIZIO DE OLIVEIRA**

**O PROGRAMA MÃE SANTISTA: EM ANÁLISE O ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO ÀS ADOLESCENTES GESTANTES NO MUNICÍPIO
DE SANTOS**

**SANTOS
2014**

IARA LOVIZIO DE OLIVEIRA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**O PROGRAMA MÃE SANTISTA: EM ANÁLISE O ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO ÀS ADOLESCENTES GESTANTES NO MUNICÍPIO
DE SANTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado como requisito parcial para obtenção do título de Assistente Social, orientado pela Professora Doutora Norma Braz, no curso de Serviço Social.

SANTOS

2014

O48p

Oliveira, Iara L., 1992-

O programa mãe santista : em análise o atendimento especializado às adolescentes gestantes no município de Santos. / Iara L. de Oliveira ; Orientadora: Profa. Dr^a Maria Norma de Oliveira Braz Peixoto da Silva. – Santos, 2014.

50 f. ; 30 cm.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Curso de Serviço Social, 2014.

1. Adolescente gestante. 2. Rede cegonha. 3. Serviço social. I. Silva, Maria Norma de Oliveira Braz Peixoto da, Orientadora. II. Título..

CDD 361.3

IARA LOVIZIO DE OLIVEIRA

**O PROGRAMA MÃE SANTISTA: EM ANÁLISE O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
ÀS ADOLESCENTES GESTANTES NO MUNICÍPIO DE SANTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado como requisito parcial para obtenção do título de Assistente Social, orientado pela Professora Doutora Norma Braz, no curso de Serviço Social.

Aprovação: ____/____/____

Examinadoras:

Professora Doutora Norma Braz

Professora Doutora Luciana Maria Cavalcante Melo

*Ao meu velho comunista, que apertaria
minha mão e diria: boa sorte; e à minha
velhinha italiana, que consideraria esta
vitória digna de um chiffon.*

AGRADECIMENTOS

Considerando esta monografia como resultado de uma caminhada que não começou na UNIFESP, agradecer pode não ser tarefa fácil, nem justa. Para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção de quem sou hoje. E agradeço, particularmente, a algumas pessoas pela contribuição direta no meu processo de graduação e na construção deste trabalho:

Primeiramente, as profissionais **Márcia e Sabrina** e as adolescentes da Casa da Gestante, pois sem elas este trabalho não seria possível. Obrigada por confiarem em mim e tornarem este momento em realidade.

À minha orientadora, **Norma Braz**, que soube me conduzir e apoiar em um ano letivo tão conturbado. Sinceros agradecimentos pela sua paciência, confiança e por todo o carinho e zelo.

Aos meus pais - **Angela e Rômulo** - que estiveram ao meu lado e não mediram esforços para minha formação. A distância foi dolorida, mas com certeza foi essencial para perpetuação do nosso amor.

À minha **Titia**, que nunca me negou apoio, e sempre esteve ao meu lado com as melhores piadas e soluções para a vida.

Ao **Theo** e à **Táis**, por serem meu porto seguro, meus Chefs de cozinha preferidos e, sem dúvidas, meus maiores laços de amor.

Dizem que os bons amigos não enchem uma mão, portanto eu tenho uma sorte enorme. Agradeço à **Zaza, Nana, Meni, Luli e Iara** (a mais inteligente) por estes mais de 10 anos de amizade. Ubatuba será nosso eterno refúgio e vocês minha morada.

À **Dani** e ao **Bruno**, que me proporcionaram sobrinhos e momentos de paz, risadas e boas conversas. Foram essenciais nestes últimos quatro anos. Gratidão!

Ao **Corpo Docente**, que nestes quatro anos possibilitaram meu crescimento e amadurecimento profissional e pessoal, me transformando em agente do processo. Muito obrigada.

Em especial à **Professora Luciana**, que acompanha minha formação desde o primeiro ano; que, nos momentos mais difíceis, da graduação, se fez presente. Ube me orientar e me compreender. E, principalmente, contribuiu incansavelmente para este

processo de formação, me transformando em, além de crítica, propositiva. Ficam meus agradecimentos e carinho eterno.

Aos meus colegas de turma, **SS03**, que desde 2011 me acolhem, me acompanham e alegam as minhas tardes. Que nossa união perdure e nossas festinhas anuais continuem. Sou grata por cada ideal compartilhado.

Em especial à **Rafaela** e à **Andrezza**, que tiveram o dom de transformar este processo de TCC em momentos divertidos. Obrigada por pirarem comigo. Sem vocês, não sou.

À **Donadon**, à **Stracini** à
, que para além destes quatro anos estarão ao meu lado nos próximos ciclos, e durante toda a minha vida.

À "**Diretoria**", que não vale muita coisa, mas com certeza, fizeram valer este último ano, transformando-o em "open amor".

Aos colegas de Serviço Social, que tive a oportunidade de conhecer, mesmo que na reta final, e o privilégio de me aproximar, me apoiar e amar. Gratidão por estes encontros de almas, pura **oStentação**.

Ao **Matheus Lidiberde**, que em muitos momentos me fez chorar colocando minha cabeça no lugar, mas se mostrou o amigo essencial, mesmo sendo um escrotinho. Obrigada!

Às companheiras e aos companheiros da **Contra ao Vento** pela paciência comigo e dedicação para com nossas lutas. Despeço-me como estudante, mas jamais como apoiadora e integrante desta gestão. Há braços!

Ao **Lindo**, por me compreender, entender e apoiar nos meus momentos de angústia, dor, estresse e surtos; por respeitar minhas escolhas e principalmente por me apoiar em todas elas. Obrigada por continuar me amando e cuidando de mim, mesmo depois de tantos contra tempos. Reconheço em você o verdadeiro amor. Meus sinceros e eternos agradecimentos. May the force be with us.

“Três paixões, simples, mas irresistivelmente fortes, governam minha vida: o desejo imenso de amar, a procura do conhecimento e a insuportável compaixão pelo sofrimento da humanidade.” Bertrand Russel

RESUMO

A presente monografia teve como objetivo realizar pesquisa sobre o programa federal Rede Cegonha e seus efeitos na rede municipal de saúde de Santos, aonde recebe a denominação de “Mãe Santista”, e nos seus impactos na qualidade de vida das gestantes adolescentes atendidas pela rede municipal.

O foco da pesquisa recaiu sobre as gestantes adolescentes atendidas em determinado serviço especializado da rede, a Casa da Gestante. O trabalho de conclusão de curso realizado compreendeu em sua metodologia três dimensões da pesquisa: bibliográfica, documental e, de campo.

A pesquisa teve início a partir do levantamento bibliográfico com a pesquisa do material teórico que permitiu a discussão do tema – gravidez na adolescência. Foi realizada pesquisa de campo para conhecer esta realidade, bem como a estrutura da rede de atendimento básico e especializado, na medida em que as adolescentes grávidas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde são encaminhadas à Casa da Gestante. A metodologia utilizada adotou as narrativas das usuárias, o que possibilitou conferir a relação entre o Programa, a sua implementação no município de Santos e a realidade objetiva de algumas das adolescentes que utilizam este Programa. As considerações finais possibilitou apreender o percurso como processo contraditório com os direitos dos sujeitos, no sentido do fortalecimento de seu protagonismo político na esfera pública, à medida que a impotência frente à ausência de meios e recursos causa o sofrimento impedindo a remoção das causas estruturais que provocam a pobreza e consequentemente a desigualdade social.

Palavras-chave: Rede Cegonha, Adolescentes, Gestantes

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 - Fluxograma de encaminhamento mulher gestante - Rede de Saúde de Santos – SMS - Santos – SP 29

Figura 2 - Fluxograma de atendimento à gestante adolescente na Casa da Gestante - SMS - Santos – SP 30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF - Constituição Federal

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

MS - Ministério da Saúde

OSs - Organizações Sociais

PAISM - Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PET - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

SEGEST - Casa da Gestante

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

	Pág.
Introdução	13
Capítulo 1- Saúde como direito fundamental e a Saúde da Mulher	17
1.1. O Programa Mãe Santista: o que preconiza	22
1.2. A Rede Municipal de Saúde de Santos	24
Capítulo 2 - A trajetória das adolescentes gestantes na rede de saúde do Município de Santos	29
2.1. O serviço especializado: Casa da Gestante	30
2.2. Adolescência, gestação e as usuárias da Casa da Gestante.....	33
Capítulo 3 - Dando voz às adolescentes	37
3.1. As narrativas e a rede de Saúde de Santos	38
Considerações Finais	41
Referências	45
Anexos	49

Introdução

O interesse pelo programa Mãe Santista foi despertado a partir da minha inserção no Programa de Educação pelo Trabalho - Construção de Rede de Cuidado em Saúde da Mulher e da Criança (PET SAÚDE), que é fruto do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde do Ministério da Saúde, que contemplou, em abril de 2012, o Campus Baixada Santista da UNIFESP em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santos – SMS.

As atividades do PET SAÚDE tiveram início em agosto de 2012, conta com doze alunos bolsistas de diferentes cursos e anos da graduação na área da saúde, além de quatro tutores/docentes e seis preceptores do serviço (profissionais da SMS). Estão envolvidas no projeto quatro Unidades da Atenção Básica - UBS Embaré, UBS Areia Branca, UBS Bom Retiro, Unidade de Saúde da Família Vila Progresso e Casa da Gestante (atenção especializada).

Dentre os objetivos previstos e pactuados para o PET SAÚDE estão: fortalecer a integração universidade-serviço; realizar pesquisas e levantamento de indicadores relacionados à saúde da mulher e da criança; formar estudantes para o trabalho nesta linha de cuidado; apoiar a equipe de saúde para melhora da qualidade de assistência a este grupo nos diferentes níveis de atenção; potencializar a articulação da rede e do sistema de referência e contra referência no cuidado de gestantes, nutrizes e recém-nascidos e implementar ações educativas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e cuidados com o recém-nascido.

Dentro da lógica de atenção a saúde da mulher, em 2011 foi criada a Rede Cegonha, conforme portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011¹, operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo², a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao

¹ Institui o âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

² O planejamento reprodutivo é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei 9.263, de 1996, que o regulamenta. Cabe ao Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito, bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem ações que contemplem a concepção e a anticoncepção.

nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

De acordo com o Ministério da Saúde a Rede Cegonha conta com R\$ 9,397³ bilhões do orçamento do Ministério da Saúde para investimentos até 2014. Estes recursos serão aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança. Estimativas divulgadas pelo Ministério da Saúde apontam que o Brasil tem cerca de três milhões de gestantes, sendo que mais de dois milhões são assistidas exclusivamente pelo SUS.

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e tem como intuito ser implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando os critérios epidemiológicos⁴: taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. O programa se refere a um direito básico, o direito à vida no que tange ao nascimento seguro em nosso país, especialmente naquilo em que o sistema de saúde tem poder de intervenção.

O Brasil obteve nos últimos vinte anos, importantes avanços na redução da mortalidade materna e infantil. Em 1990, a razão de morte materna era de 140 por 100.000 nascidos vivos, e a mortalidade infantil de 47,1 por 1.000 nascidos vivos. Atualmente, a razão de morte materna está estimada em 69 por 100.000 nascidos vivos e a mortalidade infantil em 19,3 por 1.000 nascidos vivos. Todavia, estima-se que um quarto dos óbitos infantis e a quase totalidade dos óbitos maternos decorram da prestação de cuidados inadequados desde o início da gestação até o pós-parto imediato (VICTORA, 2011).

A realidade da região da Baixada Santista⁵ é alarmante, o Coeficiente de Mortalidade Infantil é um dos maiores do Estado de São Paulo, sendo de 14,3 por mil

³ Disponível em <http://www.blogdasaude.com.br/saude-social/2011/03/28/saiba-tudo-sobre-a-rede-cegonha/>

⁴ Epidemiologia é a ciência da saúde coletiva que estuda a relação de causa-efeito, ou causa-doença. Para este fim existem diversos tipos de estudos epidemiológicos de uma população, cada estudo é indicado para um tipo de hipótese levantada pelo pesquisador. As hipóteses podem ser, entre outras, relação entre exposição ao fator de risco e a doença, ou doença sobre óbitos, ou também a eficácia de determinado medicamento para uma determinada doença. (Retirado de <http://www.saude.sc.gov.br/>)

⁵ A Região Metropolitana da Baixada Santista foi criada mediante Lei Complementar Estadual 815, em 30 de julho de 1996, tornando-se a primeira região metropolitana brasileira sem *status* de capital estadual.

nascidos vivos em 2010 no município de Santos.⁶ A Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo ações visando sua redução. Recentemente, em maio de 2013, lançou o programa Mãe Santista, a iniciativa busca garantir assistência à gestante em toda a gravidez, incluindo pré-natal, parto e puerpério, além do acompanhamento de bebês até os 24 meses. A estratégia inclui o pré-natal do pai, pela qual, o mesmo é estimulado à realização de exames de saúde, acompanhamento ao ciclo da gestação e cuidados com o bebê. A meta é diminuir os índices de mortalidade materna, fetal e infantil, com atendimento permanente multiprofissional, de qualidade e humanizado. O Programa Mãe Santista deve ser desenvolvido em conformidade com o Programa Rede Cegonha, do Ministério da Saúde.

A gravidez na adolescência vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos. A análise do perfil de morbidade desta faixa da população tem revelado a presença de doenças crônicas, transtornos psicossociais, farmacodependência, doenças sexualmente transmissíveis e problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério.

Com a introdução dos cuidados de puericultura⁷, melhores condições nutricionais, programas de vacinação, entre outros, tem havido diminuição da mortalidade infantil, o que resulta no aumento da população de adolescentes. No Brasil, esta faixa etária corresponde a 20,8% da população geral, sendo 10% na faixa de 10 a 14 anos e 10,8% de 15 a 19 anos, estimando-se que a população feminina seja de 17.491.139 pessoas⁸.

Segundo Blum⁹, 53% das adolescentes que engravidam completam o segundo grau, enquanto que, entre as adolescentes que não engravidam, essa cifra corresponde a 95%. Há, portanto, necessidade de avaliação quantitativa e qualitativa da questão, para verificação da necessidade da adoção de medidas pertinentes a sua prevenção.

⁶ Os números divulgados são absolutos e não classificados por faixa etária, não permitindo aferir a porcentagem de óbitos infantis de mães adolescentes.

⁷ Puericultura é a ciência que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento, mas especificamente com o desenvolvimento infantil.

⁸ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro, 2001.

⁹ Blum RW, Gee L, Hutton L, McKay C, Resnick MD, Rosenwinkel L, et al. The Minnesota Adolescent Health Survey. Implications for physicians. *Minn Med.* 1998;71(3):143-5,149.

A partir desta realidade este trabalho buscou no capítulo 1 apresentar pesquisas bibliográficas sobre o direito à saúde e seu contexto histórico no Brasil. Também dados documentais acerca do Programa Mãe Santista, além de indicar a realidade da rede de saúde de Santos e seus equipamentos para atendimento da mulher gestante. O capítulo 2 compreendeu a trajetória das adolescentes gestantes na rede de saúde, explicitou o trabalho realizado no serviço especializado: Casa da Gestante, e discutiu a problemática: adolescência e gestação. O capítulo 3 se limitou a contar e analisar as narrativas de três adolescentes, com o intuito de lhes dar voz e permitir conhecer os serviços através de suas vivências.

As Considerações Finais nos permitiu refletir sobre a relação entre o que defini o Programa sua implementação no município de Santos e a realidade das adolescentes sujeitos da pesquisa, por meio das narrativas, que buscou dar voz as mesmas.

Diante do exposto, esperamos que o presente Trabalho de Conclusão de Curso possa contribuir com a reflexão sobre o tema, favorecendo o debate e propiciando o conhecimento referentes aos desafios postos para as políticas sociais, em particular a de atendimento a adolescente gestante.

CAPÍTULO 1

SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E A SAÚDE DA MULHER

Quando olhamos para o histórico das políticas públicas e para as legislações de atenção à saúde das mulheres no Brasil, podemos verificar que a maioria destas tinha como foco a gravidez e seu ciclo. Em 1995, foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que contemplava as necessidades da população feminina, enfocando nas doenças que mais atingem este segmento populacional e pensando no ciclo gravídico puerperal¹⁰ como parte da vida da mulher, e não sua principal fase (BRASIL, 1985). Desta forma, os gestores de políticas públicas e legisladores sobre o tema foram obrigados a criar programas e ações de forma que pudessem abranger a integralidade do indivíduo.

Entretanto, mesmo com este avanço, os questionamentos relacionados à qualidade da assistência continuaram surgindo, especialmente no que dizia respeito à assistência ao pré-natal e parto; na medida em que os indicadores maternos e perinatais continuavam alarmantes.

Frente a este panorama de má assistência, da não compreensão dos direitos reprodutivos e da não percepção da mulher como sujeito, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). (SERRUYA, CECATTI E LAGO, 2004).

Apesar desta iniciativa, ainda existem grandes desafios a serem superados, tanto na qualidade da assistência, mas também em pontos relacionados aos outros aspectos que estão sendo recentemente considerados para a atenção integral à saúde; como os aspectos psicológicos, emocionais e culturais que envolvem a assistência. (SERRUYA, CECATTI E LAGO, 2004).

A criação do PAISM em 1983 foi considerada revolucionária por se apresentar como contrapondo a lógica de políticas anteriores de saúde da mulher. O ponto chave era descrever uma assistência que considerasse as demandas femininas para além do ponto de vista reprodutivo (CORREA, 1993).

O objetivo é ter um olhar especial para as doenças e demais eventos mais

¹⁰ Período que envolve transformações nos aspectos físicos, psíquicos e sociais durante e pós a gravidez.

frequentes ou próprios do universo feminino independente destas incluírem ou não o campo reprodutivo.

A atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção. (OSIS, 1998).

Em 1984 o Ministério da Saúde (MS), publicou um documento que detalha os dados estatísticos que incentivaram o desenvolvimento do PAISM, os indicadores que apontam prevalência das doenças relacionadas aos tópicos anteriormente abordados, diretrizes gerais, objetivos e inclusive estratégias de implantação do programa (BRASIL, 1985).

A criação do PAISM e a sua proposta de integralização da saúde forneceram a base para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que previa ações de “educação, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação”, e as especificidades da saúde da mulher (BRASIL, 2004).

O SUS é implantado a partir da Constituição de 1988 e pela Lei nº 8080/1990 e pela Lei nº 8142/1990, que dispõem “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” e “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”, respectivamente (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Integral à Mulher é regulamentada em 2004 para complementar este Programa, acrescentando discussões sobre a construção de gênero, violência contra a mulher e atenção à saúde da mulher lésbica, permitindo o seu aprimoramento. (BRASIL, 2004).

Entretanto, do ponto de vista legal, não há uma portaria específica que regulamente o PAISM, sendo talvez este um dos motivos que dificultam a implantação do Programa. (CORREA, 1993).

Em 1984, o Brasil ainda estava sob o regime de ditadura militar, a influência de grupos feministas que geraram a criação do PAISM, reivindicavam uma política que pudesse assegurar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (VICTORA et. al.,

2011).

A Carta Constitucional de 1988 consagra como fundamento da República, em seu art. 1º, inc. III, a Dignidade da Pessoa Humana. Mais ainda, o art. 5º, caput, garante a todos o direito à vida, bem que deve ser resgatado por uma única atitude responsável do Estado, qual seja: o dever de fornecimento da medicação e/ou da intervenção médica necessária a todo cidadão que dela necessite. O direito à Saúde, além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida.

Uma leitura mais atenta da seção referente à Saúde, mais especificamente do artigo 196 ao artigo 200, da Constituição Federal, permite auferir que esta (a Constituição) estabeleceu cinco princípios básicos que orientam o sistema jurídico em relação ao SUS. São eles: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação popular.

Estes princípios podem ser auferidos a partir da definição do artigo 196, que considerou a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Dessa forma, o direito à saúde se coloca como um direito fundamental de todo e qualquer cidadão, sendo considerado até mesmo cláusula pétrea, ou seja, não pode ser retirada da Constituição em nenhuma hipótese, por constituir um direito e garantia individual, conforme a Seção “Do Processo Legislativo”, artigo 60, parágrafo 4, inciso IV. Por outro lado, o Estado tem o dever de garantir os devidos meios necessários para que os cidadãos possam exercer plenamente esse direito, sob pena de o estar restringindo e não cumprindo a sua função.

A integralidade, conforme o artigo 198, no seu inciso II, confere ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” em relação ao acesso que todo e qualquer cidadão tem direito. Por isso, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos mais diversos níveis de complexidade, como forma de efetivar e garantir o postulado da saúde. Percebe-se, porém, que o texto constitucional dá ênfase às atividades preventivas, que, naturalmente, ao serem realizadas com eficiência, reduzem os gastos com as atividades assistenciais posteriores.

O princípio da equidade está relacionado com o mandamento constitucional de que “saúde é direito de todos”, previsto no já mencionado artigo 196 da Constituição. Busca-se aqui preservar o postulado da isonomia, visto que a própria Constituição, em “Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos”, artigo 5º, institui que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”.

Logo, todos os cidadãos, de maneira igual, devem ter seus direitos à saúde garantida pelo Estado. Entretanto, as desigualdades regionais e sociais podem levar a incoerência dessa isonomia, afinal uma área mais carente pode demandar mais despesas em relação às outras. Por isso, o Estado deve tratar "desigualmente os desiguais", concentrando seus esforços e investimentos em zonas territoriais com piores índices e *déficits* na prestação do serviço público. Em “Dos Princípios Fundamentais”, artigo 3º, incisos III e IV, a Constituição configura como um dos objetivos da República “reduzir as desigualdades sociais e regionais” e “promover o bem de todos”.

Está estabelecido na seção referente à Saúde, artigo 198, que “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 de governo [...]”. Por isso, o Sistema Único de Saúde está presente em todos os níveis federativos - União, Estados, Distrito Federal e Municípios - de forma que o que é da alçada de abrangência nacional será de responsabilidade do Governo Federal, o que está relacionado à competência de um Estado deve estar sob a responsabilidade do Governo Estadual, e a mesma definição ocorre com um Município. Dessa forma, busca-se um maior diálogo com a sociedade civil local, que está mais perto do gestor, para cobrá-lo sobre as políticas públicas devidas.

Também está prevista no mesmo artigo 198, inciso III, a “participação da comunidade” nas ações e serviços públicos de saúde, atuando na formulação e no controle da execução destes. O controle social, como também é chamado esse princípio, foi mais bem regulado pela citada Lei nº 8.142/97. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências da Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis federativos - União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Nos

Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro um quarto. Busca-se, portanto, estimular a participação popular na discussão das políticas públicas da saúde, conferindo maior legitimidade ao sistema e às ações implantadas.

Não obstante, observa-se que a intenção do representante Constituinte originário de 1988 não buscou apenas implantar o sistema público de saúde universal e gratuito no país, em contraposição ao que existia no período militar, que favorecia apenas os trabalhadores com carteira assinada. Foi além e estabeleceu também princípios que iriam nortear a interpretação que o mundo jurídico e as esferas de governo fariam sobre o citado sistema. E, a partir da leitura desses princípios, nota-se a preocupação do Constituinte em reforçar a defesa do cidadão frente ao Estado, garantindo meios não só para a existência do sistema, mas também para que o indivíduo tenha voz para lutar por sua melhoria e maior efetividade.

A solução do problema fundamental do SUS consiste em reestabelecer a coerência do funcionamento dos três setores de atenção à saúde, sendo estes a atenção primária, secundária e terciária. Isso exigirá mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente a partir da implantação de redes que se conectem.

O conceito “redes” se configura em organizar os serviços da saúde para que trabalhem vinculados por uma missão única, por objetivos comuns e por ações cooperativas e interdependentes, que permitam ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde no tempo, lugar, custo e qualidade certos, de forma humanizada e com responsabilidades sanitária e econômica à população. (LAVRAS, 2011, sem nº de página)

Construir este conceito implica superar desafios consideráveis, como a necessidade de fortalecer a atenção básica de saúde, organizar referências e contra referências que são questões claramente enfraquecidas quando se trata de relação entre unidades de saúde, organizar também as redes de alta complexidade no SUS e o apoio diagnóstico entre os profissionais da rede.

Neste viés, em junho de 2011, o Governo Federal lançou um programa de abrangência nacional, denominado Rede Cegonha, que comporta diversas leis e portarias relacionadas ao parto e nascimento em seu conteúdo (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha, programa que está sendo implantado em todo o território nacional, através de princípios como a manutenção dos direitos humanos e a garantia dos direitos sexuais reprodutivos de todos os indivíduos, segurança a mulheres e crianças para uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permitam vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança e dignidade, tem como foco principal o cuidado e a segurança das mães e crianças, e serve de exemplo como ação que promove e fortalece a “rede” anteriormente citada. (PORTAL DA SAÚDE, s.d.)

1.1. O PROGRAMA MÃE SANTISTA: O QUE PRECONIZA?

O ano de 2011 marcou a política brasileira pela posse da primeira presidente mulher, Dilma Rousseff que, ainda no primeiro semestre de seu mandato, lançou oficialmente o novo programa nacional de assistência obstétrica e infantil, que

(...) consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

“O Programa instituído pela Portaria nº 1.459, de junho de 2011 possui cinco diretrizes:

1. Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
2. Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
3. Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
4. Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
5. Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.”

Tendo em vista estas diretrizes, os principais objetivos da Rede são: i) fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; ii) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que tenha garantias de acesso, acolhimento e resolutividade e, iii)

propostas de redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Para atingir esses objetivos, a Rede organiza-se a partir de quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação.

O Programa também prevê a inserção de diversos exames na rotina do pré-natal, bem como o oferecimento de kits específicos para as Unidades Básicas de Saúde, gestantes e parteiras tradicionais.

De acordo com o Ministério da Saúde a Rede Cegonha conta com R\$ 9,397 bilhões do orçamento do Ministério da Saúde para investimentos até 2014¹¹. Estes recursos serão aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança. Estimativas divulgadas pelo Ministério da Saúde apontam que o Brasil tem cerca de três milhões de gestantes, sendo que mais de dois milhões são assistidas exclusivamente pelo SUS.

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e tem como intuito ser implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando os critérios epidemiológicos: taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

No município de Santos foi lançado em maio de 2013 o Programa Mãe Santista em conformidade com a Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, o programa se refere a um direito básico, o direito à vida no que tange ao nascimento seguro em nosso país, especialmente naquilo em que o sistema de saúde tem poder de intervenção. Através da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo.

O Programa Mãe Santista fundamenta-se nos princípios da humanização, buscando garantir os direitos das mulheres, recém-nascidos e crianças a uma

¹¹ Disponível em <http://www.blogdasaude.com.br/saude-social/2011/03/28/saiba-tudo-sobre-a-rede-cegonha/>

assistência de qualidade. Os serviços de saúde devem seguir essas orientações a fim de melhorar as condições de saúde na rede de atendimento pré-natal, parto, puerpério e puericultura, assegurando a continuidade no atendimento e no acompanhamento do binômio mãe-bebê. A introdução dos conceitos de humanização nos serviços permite ao profissional de saúde estabelecer maior vínculo com as gestantes, estimulando a formação da consciência crítica e a autonomia do seu corpo com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência, tanto da saúde da gestante quanto do recém-nascido. É necessário reconhecer que a gestante é ativa no seu processo de gestação e parto, e não apenas mera espectadora da sua experiência.

1.2. A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS

Fundada em 26 de janeiro de 1546 pelo nobre português Brás Cubas, Santos é hoje a 10ª maior cidade do Estado de São Paulo, com uma população de 433.153 habitantes, segundo o Censo 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística/IBGE). Localizada no litoral paulista e a setenta e dois quilômetros da capital, a cidade ocupa o 6º lugar no ranking de qualidade de vida dos municípios brasileiros, conforme Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) aferido pela Organização das Nações Unidas (ONU) com base nos níveis de expectativa de vida, educação e PIB per capita.

As atividades ligadas ao Porto, o maior da América Latina, com 13 quilômetros de extensão e por onde passa mais de um quarto de todas as cargas que entram e saem do Brasil, configuram como principal fonte de riquezas do município, fazendo de Santos a cidade da Região Metropolitana da Baixada Santista mais importante economicamente e uma das mais ricas do país.

E mesmo Santos, cidade de grande crescimento econômico, apresenta índices que expõem a desigualdade social, presente em ocupações de morros e aumento da população em situação de rua. A região central do Município é abandonada ao descaso, com cortiços e prédios ocupados resultando em moradias e condições de vida indignas. A região Noroeste da cidade tem acesso reduzido à saúde, educação e a moradia, que são em sua maioria em palafitas¹² enquanto na orla da praia existem

¹² Chamam-se genericamente de palafitas sistemas construtivos usados em edificações localizadas em regiões alagadiças cuja função é evitar que as casas sejam arrastadas pela correnteza dos rios. As

apartamentos de altíssimo padrão.

A cidade está se dividindo em diferentes partes separadas, com aparente formação de muitos “microestados”. Vizinhanças riquíssimas providas com todos os tipos de serviço, como escolas exclusivas, campos de golfe, quadra de tênis e patrulhamento povoado da área em torno; área de medidores entrelaçados com instalações ilegal onde a água é disponível apenas em fontes públicas, sem sistema de saneamento, a eletricidade é pirateada por poucos privilegiados (HARVEY, 2012, p 81 - 82).

Santos é um município turístico e as questões políticas e econômicas interferem no modo como a cidade se fragmenta e se articula. Pela a região Orla Intermediária conta com o atrativo de suas praias e por isto há um investimento em infraestrutura, lazer, cultura, mobilidade e no mercado imobiliário, que vem sendo usado para absorção do capital excedente. Porém, acreditamos que, contrariando a lei da oferta e da procura, mesmo com a enorme oferta imobiliária não se tem uma queda no valor dos imóveis. O que acarreta na procura das regiões afastadas dos centros urbanos para se viver.

A região periférica da cidade possui moradias de palafitas, forte influencia do tráfico e vivencia um abandono do Estado, com poucos equipamentos de assistência, lazer, cultura, saúde e educação.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deveria assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde, em Santos, em conformidade aos preceitos do SUS (Sistema Único de Saúde) em parceria com órgãos municipais, estaduais e federais competentes. Mas o município sofre as consequências da década de 1990, quando as políticas públicas foram alvo das reformas neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização. Essas reformas são decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global.

Nas últimas décadas o papel do Estado têm sido de mero financiador e regulador que vem repassando para o setor privado a gerência e a gestão das políticas sociais e, portanto, dos serviços públicos. Segundo Correia 2007, a implementação desses novos modelos de gestão ferem os princípios constitucionais que norteiam o SUS, por se basearem pelos seguintes parâmetros:

palafitas são comuns em todos os continentes sendo que em áreas tropicais e equatoriais de alto índice pluviométrico é maior.

1. A quebra da cobertura universal dos serviços a todos os cidadãos brasileiros e o direito ao atendimento integral, estes passam a ser focalizados nos setores mais pauperizados da população, baseando-se na seletividade em detrimento da universalidade. Além do mais, prioriza-se a atenção básica, passando a realização da atenção especializada ao setor privado.
2. Flexibilização da gestão, privatizando e terceirizando os serviços à medida que prevê a transferência da gestão e de recursos públicos para esses “novos modelos” de gestão. Desse processo resulta a precarização dos serviços de saúde e das formas de contratação dos profissionais da área.
3. O encolhimento do setor estatal na prestação dos serviços públicos de saúde atrelado a ampliação do protagonismo do setor privado na prestação desses serviços. O Estado se desresponsabiliza da prestação dos serviços ditos não exclusivos, passando sua execução para o setor privado.

Esse processo permitiu que, fosse aprovada a Lei nº 9.637/98 que instituía as Organizações Sociais (OSs) como instrumento de efetivação da contrarreforma do Estado.

As OSs são submetidas a lógica e legislação da iniciativa privada e por isto não estão submetidas à fiscalização e ao controle da Administração Pública, possibilitam a compra de bens e serviços sem licitação; permitem a contratação de pessoal sem concurso público; flexibilizam direitos sociais e trabalhistas; autorizam a cessão de funcionários públicos para o setor privado; fragmentam o processo de luta dos trabalhadores. Além de contrariar a legislação vigente, já que tanto a Constituição de 88 como a Lei Orgânica de Saúde 8080/90 admitem a participação do setor privado na prestação de serviços públicos de forma complementar e não substitutiva aos serviços prestados pelo Estado, e os princípios que regem a administração pública. Segundo o artigo 37 da Constituição Federal:

"A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:..." Estes são os 5 princípios básicos explícitos na constituição. Princípio da Legalidade - no Direito Administrativo, esse princípio determina que, em qualquer atividade, a Administração Pública está estritamente vinculada à lei. Assim, se não houver previsão legal, nada pode ser feito. A diferença entre o princípio genérico e o específico do Direito Administrativo tem que ficar bem clara na hora da prova. Naquele, a pessoa pode fazer de tudo, exceto o que a lei

proíbe. Neste, a Administração Pública só pode fazer o que a lei autoriza, estando engessada, na ausência de tal previsão. Seus atos têm que estar sempre pautados na legislação. Princípio da Impessoalidade - A finalidade é o interesse público (define também o Princípio da Finalidade) e o agente público deve tratar a todos de forma igual (também define o Princípio da Isonomia ou Igualdade). Princípio da Moralidade - Atuar com ética, com honestidade, com integridade de caráter. Princípio da Publicidade - É a divulgação dos atos administrativos, ou seja todas as ações do estado devem se tornar públicas, exceto em alguns casos extremos (segurança nacional, investigações sigilosas ou atos que envolvam a privacidade, como por exemplo, processos relativos a família ou menores). Princípio da Eficiência - Atuar com presteza, racionalidade e com perfeição.”

A saúde pública, de qualidade, que condiz com o projeto da Reforma Sanitária, com a CF/88 e legislações que regulam sobre o SUS. É necessário somar forças visando impedir o processo de privatização e mercantilização das Políticas Públicas através dos “Novos Modelos de Gestão”, pois os problemas enfrentados pelo SUS estão localizados na falta de financiamento, estruturas adequadas e não no seu modelo de gestão. Os recursos públicos devem ser revertidos em serviços públicos de qualidade para a população, implementando os princípios e diretrizes do SUS e não alocados para o favorecimento do capital.

Em 2013, foi aprovada em Santos a Lei Municipal n. 2.947/2013 que prevê a implantação de organizações sociais (OSs) nos serviços públicos de Santos: “Art. 1º Institui o Programa Municipal de publicização, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá outras providências.” A criação desta Lei explicita a precarização da saúde na cidade.

E em se tratando de saúde da mulher e da criança a realidade do município é crítica. O índice de mortalidade infantil é um dos mais altos do estado de São Paulo. Neste ano de 2014, a Secretaria de Saúde Municipal criou no município o “Comitê de prevenção à Mortalidade Materno-Infantil” este comitê é responsável por analisar e averiguar os casos de óbitos materno e infantil. Podendo participar de quatro dessas reuniões que ocorrem toda última terça feira do mês, pude constatar que os óbitos infantis são majoritariamente resultado de gestações de alto risco¹³ e não oriundas, de

¹³ Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré concepcional. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar. Como

gestações, consideradas, precoces das adolescentes.

exemplo, se pode citar uma mulher diabética, que deve estar bem controlada antes de engravidar. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestão – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010)

CAPÍTULO 2

A TRAJETÓRIA DAS ADOLESCENTES GESTANTES NA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTOS

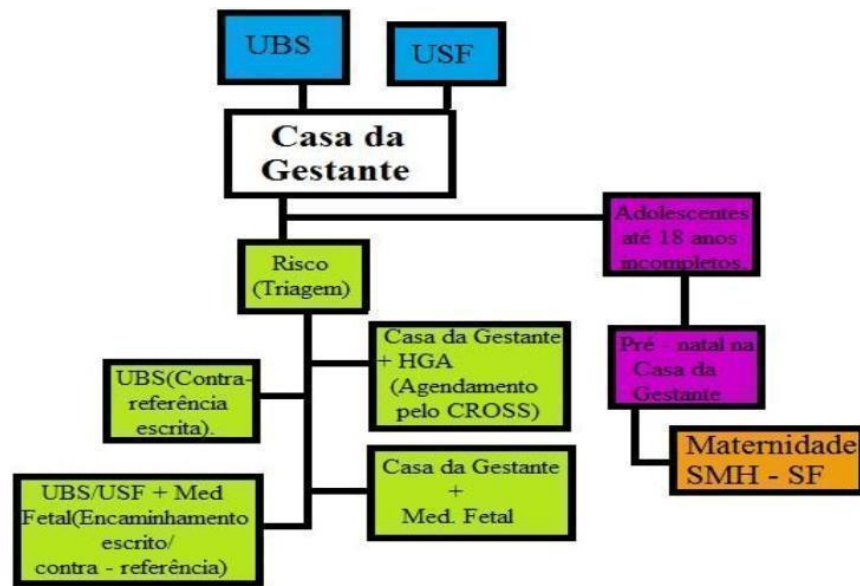
Tratando-se de Saúde da Mulher Gestante, o município conta com o Programa Mãe Santista que preconiza uma rede de cuidados e atendimento humanizados com equipamentos referenciados.

O município de Santos tem vinte Unidades Básicas de Saúde (UBS), dez Unidades de Saúde da Família (USF), atendimento especializado, a Casa da Gestante, para às adolescentes e às gestantes consideradas de alto risco gestacional¹ e um Hospital Maternidade Municipal referência, o Hospital Municipal Dr. Silvério Fontes.

O primeiro atendimento a toda e qualquer gestante ocorre na UBS de seu território, ao ser confirmado o resultado positivo, será garantido um mínimo de seis consultas durante o pré-natal, além de uma série de exames clínicos e laboratoriais. Também é aplicado o teste rápido para detectar HIV e sífilis, reforçando o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento.

Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes terão acompanhamento médico na UBS e saberão com antecedência, onde darão a luz, em Santos a Maternidade referência é o Hospital Municipal Dr. Silvério Fontes, porém a mulher tem autonomia de escolher sua maternidade referência. As grávidas receberão auxílio para se deslocarem até os postos de saúde para realizar o pré-natal e à maternidade na hora do parto.

Para compreender o trajeto desde sua captação, segue esquema a seguir.



FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO - CASA DA GESTANTE SMS - Santos - SP

Figura 1

2.1. O SERVIÇO ESPECIALIZADO: CASA DA GESTANTE

Fundada em 1992, a Casa da Gestante de Santos (SEGEST) desempenha um serviço de saúde especializado, atendendo gestantes adolescentes e de risco obstétrico. Em suas atividades, conta com equipe multiprofissional especializada na assistência clínica, que desenvolve ações socioeducativas, socioterapêuticas e socioemergenciais, na intenção de diminuir os impactos negativos diante dos desdobramentos da gestação.

Embora a gestação se constitua como um fenômeno fisiológico que na maior parte dos casos tem sua evolução sem intercorrências requer cuidados especiais nos serviços de assistência pré-natal. Na Casa da Gestante tem-se como objetivo principal acolher e acompanhar a mulher e a adolescente durante sua gestação, período caracterizado por mudanças físicas e emocionais vivenciado de forma distinta por cada uma delas.

Entende-se que as consultas médicas de pré-natal não se esgotam nas questões clínicas, e que podem não dar conta de todas as demandas de uma gestante, de modo

que, possíveis anormalidades ou dificuldades não sejam percebidas, como queixas, dúvidas e medos intrínsecos à gravidez. Assim, as ações neste equipamento de saúde têm se efetivado no sentido de ofertar um atendimento eficiente, com o intuito de contemplar todo o universo de questões envolvidas em uma gestação que ultrapassam os limites de um atendimento clínico. O empenho em ofertar um atendimento diferenciado é motivado pela demanda existente neste público, mas também pela pressão advinda dos órgãos competentes, devido a preocupação com os altos índices de mortalidade materna na cidade de Santos.

Portanto, toda adolescente gestante do município de Santos, deveria passar em atendimento na Casa da Gestante, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), deveriam encaminhá-las para a SEGEST.

Já encaminhadas a Casa da Gestante, o atendimento, segue um fluxograma, que varia, conforme demanda de cada paciente:

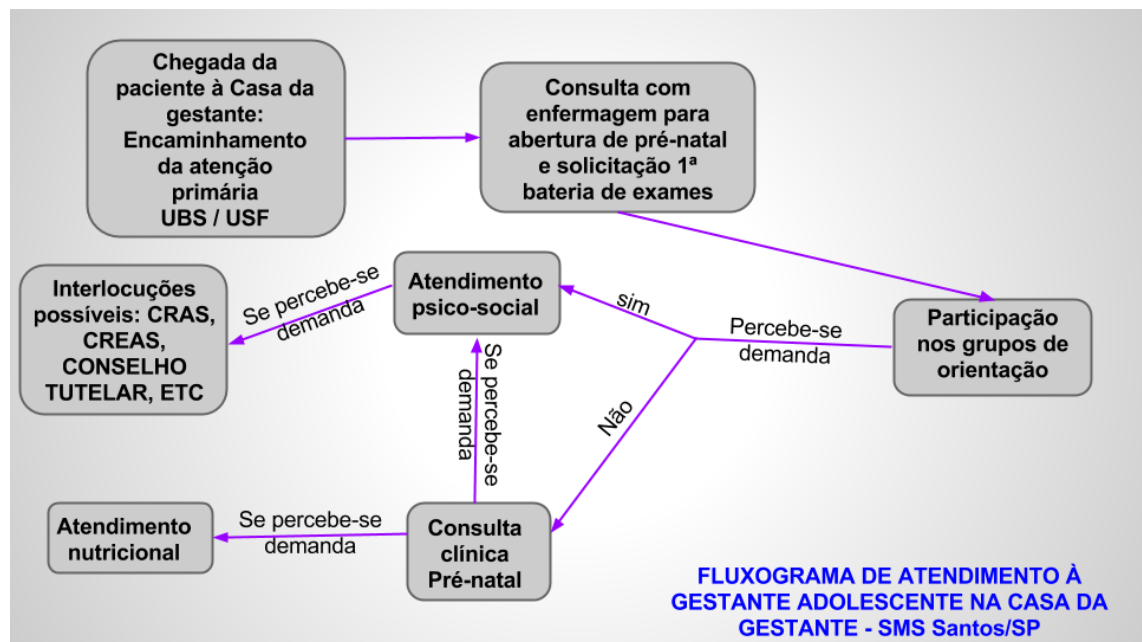


Figura 2

A assistência ao pré-natal quando envolve diálogo e respeito entre profissionais de saúde e gestantes, representa o primeiro passo para o parto humanizado, além, da redução de incidência de óbitos. As ações na Casa da Gestante têm seu foco estendido para além do consultório médico. É oferecida atenção especial no âmbito educacional

através da realização de grupos de orientação, os quais possibilitam às gestantes, espaço para a expressão de medos, angústias, fantasias e dúvidas sobre as modificações ocorridas durante este período. Estes espaços permitem então, a partir de uma lógica que busca a superação do modelo biomédico centrado na fisiologia humana, esclarecimentos e orientações pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal em amplo aspecto.

Este atendimento objetiva contribuir com o acréscimo de informações envolvidas com questões como, mudanças no corpo da mulher, direitos legais, singularidade da gestação, valorização das experiências de vida e grande contribuição na busca de autonomia para as gestantes. Os temas abordados atravessam questões como a gestação Adolescente, aspectos psicossociais da gestação, importância do pré-natal, orientação nutricional, ser mulher (Questões de gênero, vínculo entre mãe e bebê, respaldando o projeto de vida da adolescente), parto e puerpério, sinais do parto, direitos da gestante, cuidados com o bebê, aleitamento materno, doenças sexualmente transmissíveis - DSTs, planejamento familiar, visita à maternidade de referência da região, neste caso a maternidade do Hospital Municipal Doutor Silvério Fontes, localizado na região noroeste de Santos.

Como exposto, a adolescente gestante é inicialmente atendida pela enfermagem, a qual solicita a primeira bateria de exames, ou seja, todos os exames necessários para a abertura de pré-natal, e entrega um questionário psicossocial (em anexo) que deve ser preenchido pela paciente e entregue em seu retorno. Nele consta informações referentes a sua dinâmica familiar, questões envolvendo sua história familiar e clínica, e ainda sua vida social, como sua relação com o pai da criança e o planejamento ou não da gestação. Além disso, a enfermagem realiza uma breve anamnese e abre o pré-natal da gestante, coletando dados como a data da última menstruação (DUM) e a idade gestacional na captação.

Em seu retorno, a gestante participa dos grupos de orientação. Nestes, como já exposto, podem-se notar demandas de atendimento psicossocial as quais gerarão acolhimento realizado pela assistente social e ainda questões que possam vir a agregar na consulta clínica. Na consulta a (o) médica (o) caso note demanda de atendimento relacionado à atenção psicossocial, também pode fazer a solicitação de atendimento à

assistente social. Outro encaminhamento possível está no apoio oferecido pela nutricionista que pode também a partir de solicitação, fazer o acompanhamento de casos que demonstrem essa necessidade.

De um modo geral, a gestante é assistida basicamente pela assistente social, a clínica médica e a nutrição, quando há necessidade de assistência de outras áreas são efetuadas a partir de encaminhamento para equipamentos externos à Casa da Gestante, porém o serviço deveria ser equipado com atendimento de Psicólogos, Fisioterapeutas e Pedagogos, conforme preconizado no Programa Mãe Santista, esta falha de recursos humanos no serviço é resultado da conjuntura do município, uma saúde precarizada e terceirizada, assim como explanado no item 1.2. deste trabalho. Nem mesmo os grupos de acompanhamento ocorrem mais, devido à divisão do espaço físico da Casa da Gestante com o Instituto da Mulher. Este processo é muito prejudicial para a construção de vínculos das adolescentes com o serviço.

Ademais, o equipamento está passando por um processo de fragmentação, os funcionários, todos contratados em âmbito municipal, estão sendo realocados para outros serviços. Mais uma vez reafirmando a precarização dos serviços públicos de modo geral e, este, em particular.

2.2. ADOLESCÊNCIA, GESTAÇÃO E AS USUÁRIAS DA CASA DA GESTANTE

De acordo com Heilborn (2002:18), a concepção contemporânea de gravidez na adolescência conflui de três modalidades de discurso. O biomédico, o psicossocial e o social. O primeiro discurso enfatiza os perigos decorrentes da gestação precoce para a saúde materno-infantil; o segundo, partindo da categoria imaturidade psicológica das adolescentes, aponta riscos psicossociais para as mesmas e o terceiro pauta-se no agravamento da pobreza, que pode estar relacionado ao incremento das famílias monoparentais chefiadas por mulheres, a interrupção precoce da trajetória escolar, assim como a inserção precária no mercado de trabalho. Tais fatores contribuem para configurar o fenômeno que subsidiam a percepção do senso comum e da mídia acerca do fenômeno.

(...) a adolescência que não se define apenas a partir de critérios etários ou biológicos (Oliveira, 2008). Ela é, antes de tudo, um fenômeno social, um nome que se dá a um período do desenvolvimento no qual certas expectativas sociais recaem sobre os indivíduos e configuram um modo de ser adolescente, fruto da conjugação de transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais pelas quais passam as pessoas. Sendo a gravidez um fenômeno social, os contornos da adolescência não podem ser definidos em termos absolutos, uma vez que tal definição depende do lugar que a sociedade atribui ao adolescente em um dado momento histórico. (TEIXEIRA & DIAS, 2004, sem nº de página).

Atualmente a gravidez na adolescência é vista como uma expressão da questão social que merece atenção devido à complexidade dos fatores que a envolve, sendo que os direitos deste público muitas vezes são desconhecidos, violados e não são efetivados.

Na Casa da Gestante este perfil condiz com os estudos apresentados acima. Em busca de conhecer as adolescentes usuárias do equipamento, um conjunto de dados e informações foi coletado dos prontuários das *148 adolescentes atendidas no ano de 2012*. Este estudo, realizado pelos estudantes bolsistas do Pró-PET Saúde “CONSTRUÇÃO DE REDE DE CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA”, levantou as variáveis: idade, escolaridade, percepção da gravidez na captação, composição familiar e uso de métodos contraceptivos.

A combinação da precocidade das ingressantes, maioria com 15 anos, e o relevante abandono escolar cerca de 30%, associados a outros fatores como o despreparo para a realidade imposta pela gestação e a composição familiar, majoritariamente chefiada pelas suas mães, determina a precariedade das condições objetivas de cada adolescente. Além da nítida “desresponsabilização” do Estado, o jovem de 12 a 18 anos, pouco tem o respaldo das políticas públicas.

Entre as usuárias da casa da Gestante 80% são encaminhadas de UBS da Zona Noroeste do município, formada por bairros periféricos da cidade de Santos que são carentes de infraestrutura, vetando “ao jovem pobre (...) não apenas o mercado de trabalho, os espaços de lazer, esporte e cultura, mas, e talvez, principalmente, o direito de estar, circular e de se apropriar da cidade.” (Cassab; Oliveira; Moreira, sem ano, p.121).

Os direitos sociais são entendidos como conquistas obtidas pela sociedade no século XX. Para Couto (2006) os direitos sociais são exercidos pelos homens por meio

da intervenção do Estado, que tem o dever de provê-los para tentar enfrentar as desigualdades sociais. Com isso a sociedade reivindica através de movimentos sociais para que seus direitos sejam garantidos e assegurados pelo Estado, visando à igualdade social.

Assim, o Estado tem o papel de intervir para efetivação dos direitos sociais, mas há legitimação destes direitos, portanto “as leis também podem se constituir em um vigoroso instrumento de garantia destes direitos” (COUTO, 2006, p.56).

Neste viés, a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA trazem em seus artigos a proteção integral e respeito aos direitos destes usuários, mostrando que estes direitos precisam ser efetivados e que devem ser asseguradas todas as necessidades básicas da criança e do adolescente.

As crianças e os adolescentes têm direitos subjetivos à liberdade, à dignidade, à integralidade física, psíquica e moral, à educação, à saúde, à proteção no trabalho, à assistência social, à cultura, ao lazer, ao desporto, à habitação, a um meio ambiente de qualidade e outros direitos indisponíveis, sociais difusos, e coletivos. E conseqüentemente se postam, como credores desses direitos, diante do Estado e da sociedade, devedores que devem garantir esses direitos. Não apenas como atendimento de necessidades, desejos e interesses, mas como [...] direito a um desenvolvimento humano, econômico e social. São pessoas que precisam dos adultos, de grupos e instituições, responsáveis pela promoção e defesa da sua participação [...] em especial por seu cuidado (CONANDA, 2006, p.21).

Contudo é preciso que, para efetivação destes direitos a família, o Estado cumpra com seus deveres e responsabilidades quanto com a criança e o adolescente. Enfatiza-se ainda a importância não só dessas três esferas sociais no que dizem respeito à efetivação dos direitos dos adolescentes, pois instituições como a escola, a mídia e empresas influenciam no desenvolvimento das novas gerações, por isso é imprescindível que haja orientações e informações sobre o acesso aos serviços pertinentes a eles. O artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente diz que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes [...] todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral

espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2005, p.13).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, aprovado no Brasil em 1990, é considerado por muitos autores, juristas e executores da lei como marco legal dos direitos da criança e do adolescente, pois visa assegurar uma proteção integral a este público alvo, bem como promoção da saúde, educação, lazer, esporte, cultura, alimentação, profissionalização, etc. Assim, com a implementação do ECA a criança e o adolescente passam a ser considerados como cidadãos e sujeitos de direitos que possuem um sistema de garantias individuais.

Enfim, deve-se enfatizar o avanço que esta Lei trouxe em vários âmbitos no que diz respeito a garantia de direitos da criança e do adolescente, isto é visto quanto à preocupação existente de criação de políticas públicas para este público após a criação do estatuto. Assim, o ECA é considerado um marco legal dos direitos da criança e do adolescente, mas isto não quer dizer que tudo está bem resolvido, pois ainda há muito o que se fazer para efetivação da cidadania destas pessoas e para maior concretização desses direitos sociais. Principalmente em se tratando de adolescentes gestantes, que são marginalizadas na escola e nos centros de saúde.

Contudo, explicita-se a necessidade de construção de vínculo do serviço com a usuária, através de escuta diferenciada e de orientação ao longo de todo o processo gestacional.

CAPÍTULO 3

DANDO VOZ ÀS ADOLESCENTES

Para a realização desta monografia adotou-se os seguintes procedimentos metodológicos: pesquisa bibliográfica; pesquisa documental e pesquisa de campo. A pesquisa documental, por meio do levantamento das legislações, decretos, portarias, diretrizes e planos de ação constituíram o acervo de documentos oficiais sobre a Rede Cegonha (âmbito federal)/ Mãe Santista (âmbito local) e municiou as informações necessárias à explicitação deste Programa e como o mesmo se desenvolve no município de Santos, São Paulo.

Quanto à pesquisa bibliográfica possibilitou o levantamento da literatura especializada, científica sobre o objeto central desta monografia: a saúde materno-infantil; e os temas correlatos a este objeto, quais sejam: política social; política de saúde; política de saúde da mulher; política de saúde materno-infantil.

O conteúdo teórico pesquisado e exposto nos capítulos anteriores serviu de suporte para a análise deste capítulo tendo por perspectiva uma aproximação e entendimento da realidade. Porém a realidade torna-se um imenso material de estudos, a qual essa pesquisa devido a suas limitações, não se propõe a examinar, se fez então necessário um recorte da realidade social, para que assim, o estudo de um único local pudesse nos dar elementos para compreender os processos que envolvem e respondem as nossas indagações iniciais. A parcela da realidade sobre a qual nos debruçaremos, é a Casa da Gestante, buscando relacionar essa pequena amostra com a totalidade.

Após a apreensão do material de cunho teórico, realizamos a pesquisa de Campo, sob a perspectiva de compreender e conhecer com maior profundidade e totalidade esta realidade. Para isto, adotou-se a pesquisa de caráter qualitativo com adolescentes usuárias da Casa da Gestante por acreditar que a abordagem qualitativa

oferece, em essência, se resume a uma palavra: significado. À medida que se volta para os indivíduos, e como eles constroem seus significados, os métodos e técnicas dessa abordagem estão mais interessados no processo do que no resultado propriamente dito. O homem é colocado no centro do processo, e não se procura disfarçar a sua presença, invocando argumentos como 'neutralidade', 'objetividade' e assemelhados, uma vez que se parte da perspectiva de que a realidade só existe por causa dele (e para ele) e não à sua revelia. Por isso, ao

invés de tentar captar um mundo 'real' que existe independente do homem, busca-se explorar o que as coisas 'reais' significam para ele, quais as inter-relações por ele construídas para abordar, entender e explicar o contexto em que se insere (SARAIVA, 2007, p. 120).

Esta metodologia de cunho qualitativo realizada em partes através de narrativas foi escolhida por acreditar que o método de narrativas caracteriza-se como inovador nas ciências humanas e sociais, por considerar como um de seus instrumentos de pesquisa a oportunidade de dar voz aos sujeitos que são pouco ouvidos:

[...] a utilização contemporânea das abordagens (auto) biográficas é fruto da insatisfação das ciências sociais em relação ao tipo de saber produzido e da necessidade de uma renovação dos modos de conhecimento científico... a nova atenção concedida [para esse tipo de abordagem] no campo científico é a expressão de um movimento social mais amplo...encontramo-nos perante uma mutação cultural que, pouco a pouco, faz reaparecer os sujeitos face às estruturas e aos sistemas, a qualidade face à quantidade, a vivência face ao instituído. (NÓVOA, 1993, p. 18).

Foram realizados encontros com três adolescentes na Casa da Gestante em seus dias de consulta, antes de serem atendidas pelo médico. A escolha foi por conversar e ouvi-las para, através de suas histórias, compreender o percurso da gestação dentro da rede municipal de Santos, dando-lhes liberdade para abordar as suas particularidades. Para somente depois deste contato então analisar as propostas do Programa Mãe Santista e o modo como é operacionalizado no Município de Santos.

As jovens não foram escolhidas aleatoriamente, o diálogo estabelecido com três adolescentes ocorreu de forma que se buscasse abranger todo o período gestacional, estando uma delas no começo da gestação, outra no meio e a última bem perto de encerrar o ciclo gestacional. Nas narrativas de suas vidas, contadas aqui, seus nomes e identidade serão preservados, utilizando-me de nomes fictícios.

3.1. AS NARRATIVAS E A REDE DE SAÚDE DE SANTOS

Através das impressões e histórias de vida de três adolescentes, Clara 18 anos, 39 semanas de gestação, Joana 14 anos, puérpera e Vitória 15 anos, 20 semanas de gestação, foi possível compreender os processos encaminhados da rede de saúde de Santos e também averiguar a efetividade do Programa Mãe Santista.

No capítulo 2 desta monografia apresentamos a rede de saúde de Santos, os equipamentos para atender mulheres gestantes focando nas adolescentes.

Clara, deixou bem claro em seu relato, que assim como explicitado no capítulo anterior, os serviços para os quais foi encaminhada primeiramente atendida na UBS, conhecida no município por Policlínica, e depois, encaminhada para Casa da Gestante.

(...) eu falei pro meu marido, acho que ta acontecendo alguma coisa. porque eu to tomando anticoncepcional e minha mesntruação não ta parando. Aí eu fui na policlínica, lá o primeiro teste de urina deu duvidoso, aí fiz o de sangue e veio positivo. Daí a policlinica me mandou pra cá, aí eu vim falar com aquela moça de cabelo todo branco, acho que ele é enfermeira né? Aí eu falei com ela né? Aí ela abriu minha carteirinha, e agora eu to aqui [na Casa da Gestante]. (Clara, 18 anos)

As jovens relatam que o atendimento na Casa da Gestante é acolhedor e humanizado, dentro dos seus limites institucionais. Joana, que viveu parte de sua infância em abrigamento, chegou a se prostituir e fazer uso de drogas pesadas, conta que:

(...) teve atendimento individual com a Assistente Social da Casa da Gestante. E que foi através deste atendimento que conseguiu se abrir e contar sobre sua dificuldade de encarar todas as suas experiências antes da gravidez e o processo de culpa no qual havia se envolvido e que estava prejudicando o desenvolvimento de sua gravidez, permitindo que esta informação fosse passada e trabalhada pelo médico. Também contou sobre uma medida sócia educativa que estava devendo à justiça devido a participação em roubos e furtos - maneira que encontrava para sobreviver. O atendimento e o vínculos que criou nos grupos psicossociais fizeram com que Joana procurasse acertar sua condição perante à Lei.(...) E escolhi a Casa da Gestante para cumprir a medida sócio assistencial. (Joana, 14 anos)

Esta procura de Joana por trabalhar no ambiente em que foi atendida demonstra como é intensa a formação de vínculo da jovem com a instituição. Clara também traz em sua estória a importância do espaço de escuta na instituição:

Na minha primeira gravidez eu vinha aqui e tinha os grupos. Era legal. A gente subia e conversava com uma moça, sobre as dúvidas, os medos. Além da consulta a gente podia fazer pergunta, e ficava mais a vontade. Agora não tem mais. Não sei porquê. (Clara, 18 anos)

A introdução dos conceitos de humanização nos serviços, assim como preconizado no [programa] Mãe Santista, permite ao profissional de saúde estabelecer

maior vínculo com as gestantes, estimulando a formação da consciência crítica e a autonomia do seu corpo com ações que integrem todos os níveis da atenção.

Contudo, as adolescentes são moradoras de bairros marginalizados, e como descritos no capítulo 1 desta monografia, são bairros de acesso precário às políticas públicas. Vitória de 15 anos relata sua dificuldade de acesso à Casa da Gestante.

Meu bairro é afastado né? Fica difícil vir aqui, já desmarquei algumas consultar porque eu tinha que pegar dois ônibus e tava passando mal, ficar chocalhando no ônibus é muito ruim. Queria que tivesse um médico para me atender lá no meu bairro, ia ser melhor para mim. (Vitória, 15 anos)

Sabe-se, também, que as demandas da gestação e da maternidade implicam diversas transformações no modo de vida das adolescentes, o que acaba limitando ou prejudicando o seu envolvimento em atividades importantes para o seu desenvolvimento durante esse período da vida, como escola e lazer.

Quando descobri que tava grávida da minha primeira filha eu tinha mó mordomia na escola, 'as professora' me tratava 'mó' bem, mas aí eu parei de ir, e nunca mais fui né? Aí minha mãe me colocou na escola de novo, mas eu só matava aula né, saia, dava pião com a minha filha. Porque não tinha quem ficar com ela. (Clara, 18 anos)

A maternidade na adolescência foi compreendida pelas jovens como uma alternativa viável para lidar com uma série de problemas e situações desfavoráveis presentes em seu contexto sócio afetivo. Desta forma, a carência afetiva associada à ausência ou limitação nas perspectivas de vida podem ser fatores determinantes para a ocorrência de uma gestação na adolescência, ao menos, em classes desprivilegiadas.

(...) Comigo e minha mãe foi assim, eu contava tudo. Das drogas, dos namorados, ela sabia tudo. Minha mãe falava que o mundo era assim, e tudo que eu fizesse ia ter que pagar. Se tu arruar briga tu se garante, não vai trazer problema pra dentro de casa; tu vai 'dar a periquita' usa camisinha porque se não você vai arrumar filhos. Eu engravidei porque eu queria casar, eu queria morar com meu marido. (...) (Clara, 18 anos)

Atualmente a gravidez na adolescência é vista como uma expressão da questão social que merece atenção devido à complexidade dos fatores que a envolve, sendo que os direitos deste público muitas vezes são desconhecidos, violados e não são efetivados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS, assim como explanado no primeiro capítulo deste trabalho, surgiu como conquista depois de um longo processo de acúmulo e de lutas que, desde os anos 70, vem envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também se constituíram no mesmo período. Entre esses últimos, com importantes repercussões nas práticas de saúde, encontram-se o movimento feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, além de inúmeras organizações não-governamentais, e outras entidades da sociedade civil que passaram a se destacar na luta pela democracia e por direitos de cidadania. Queremos aqui demonstrar, que o SUS tem raízes históricas nas lutas sociais dos anos 70 e 80 do século XX, junto à emergência de todo um conjunto de novos sujeitos sociais que viriam a marcar a cena do período, gerando importantes transformações que se fazem ainda presentes nos nossos dias.

Contudo, no Brasil em 1989 o 'neoliberalismo' foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, e se aprofundou nas décadas de 1990 e 2000. No primeiro caso, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; no segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla reforma, consubstanciada em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995). No referido documento foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então.

O pensamento neoliberal consiste na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial realista.

No campo da saúde, no Brasil, a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do início da década de 1990, momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultou num quadro que pode ser

caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo.

No que tange às políticas sociais, para o pensamento neoliberal, estas não são compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como ato de filantropia, daí que a ação do Estado deve ser focalizada nos pobres, e a sociedade, na figura das organizações não-governamentais e no voluntariado, deve ser estimulada a assumir responsabilidades pela resolução dos seus problemas, reduzindo a carga imposta ao Estado ao longo do tempo.

As políticas sociais no município de Santos são reflexos da “chegada” do Neoliberalismo ao Brasil, ofertando políticas pobres aos pobres. Com o Programa Mãe Santista não foi diferente, apesar de durante o percurso realizado nesta pesquisa encontrar bons frutos do que poderia ser o referido Programa, a partir de visitas à Casa da Gestante e da trajetória das jovens percebe-se a não efetivação do mesmo. Não é garantido às adolescentes, o acesso ao ultrassom, visitas à maternidade referência, atendimento multiprofissional e humanizado, todos os requisitos preconizados pelo [programa] Mãe Santista.

Devido a esta realidade foi muito complexo analisar no serviço e nos relatos das adolescentes a concretização do Programa Mãe Santista, demos de frente com o sucateamento do equipamento Casa da Gestante, e também do referido Programa.

[...] a questão que se coloca hoje, para o setor saúde, (...), alias como para os demais setores. É exatamente como conciliar as profundas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira com a democracia, num contexto de crescente invisibilidade social da desvalorização das políticas sociais no geral reforçadas pelo discurso da eficiência e da moralização administrativa, tão atual hoje no país, e exatamente quando se propõe a universalização desses direitos sociais. (COHN, 1999, p. 27).

O capitalismo contemporâneo provoca mudanças na organização e na gestão do trabalho, produzindo assim um processo de flexibilização do trabalho e

consequentemente dos direitos dos trabalhadores. No âmbito do Serviço Social, a reestruturação produtiva do capital atinge o mercado de trabalho dos assistentes sociais, através de dois efeitos: diminuição de alguns postos de trabalho, mas também, ampliação do campo de atuação profissional nas políticas públicas.

O trabalho do assistente social também sofre com o processo de flexibilização do trabalho, tendo como uma das formas a terceirização, que de acordo com Raichelis (2011), desconfigura o significado e a amplitude do trabalho realizado pelos assistentes sociais; deslocam as relações entre a população, suas formas de representação e gestão governamental; subordina as ações a prazos contratuais e recursos financeiros fornecidos por determinadas instituições/entidades; e realiza uma cisão entre prestação de serviços e direito.

Apesar de o Brasil contar com legislação específica de proteção às crianças e adolescentes, ainda assim, tal legislação não vem sendo explorada de forma plena. A sociedade ainda não possui a devida consciência de suas responsabilidades perante a infância e juventude.

Assim, são desencadeadas novas demandas e possibilidades à ação profissional do assistente social no âmbito das políticas sociais, sabendo-se que as transformações contemporâneas afetam o mundo do trabalho, e os processos e sujeitos que o compreendem, consequentemente, ocasionando profundas mudanças no Estado e nas políticas sociais.

O enfrentamento da questão social acompanha a tendência de privatização da política social pública – os avanços da política neoliberal desloca o combate às expressões da questão social aos organismos privados da sociedade civil, submetendo à vontade dos indivíduos isolados e ao mercado, de forma a desresponsabilizar o Estado e responsabilizar a sociedade civil.

Neste contexto, a condição de trabalho produz um processo contraditório nos assistentes sociais, primeiramente pelo prazer ocasionado pela possibilidade da realização de um trabalho comprometido com os direitos dos sujeitos, no sentido do fortalecimento de seu protagonismo político na esfera pública, à medida que a impotência frente à ausência de meios e recursos causa o sofrimento impedindo a remoção das causas estruturais que provocam a pobreza e consequentemente a

desigualdade social.

Os freqüentemente prejudicados são os pobres, principalmente os jovens, quando a violência torna-se para eles um mercado de trabalho, uma forma de ter dinheiro, bens de consumo e poder, gerando cada vez mais a exclusão social. (Minayo, 2003)

A realidade em que vivem os jovens, em especial aqueles expostos a fatores de vulnerabilidade como a pobreza, da exclusão social, a limitação de acesso a bens e serviços, faz com que construam uma noção de violência tendo por base o que realmente acontece no seu cotidiano; de sua consciência de classe e posição na sociedade; das relações na família e na escola; das mensagens que capta da mídia; de suas experiências; de como subjetivamente processam esses estímulos.

Infelizmente crianças e adolescentes sofrem violência nas escolas, nas ruas, no trabalho clandestino e insalubre; porém o agravante reside no fato de que são vitimizadas principalmente nos lares, onde a relação de poder e hierarquia entre adultos, crianças e adolescentes é muito forte.

Encontra-se nitidamente visível a necessidade de implantação de políticas públicas consistentes, por meio das quais o Estado em conjunto com a sociedade civil organizada, assumam, de fato, sua real responsabilidade, qual seja, guardião dos direitos da criança e do adolescente. É necessário lhes proporcionar um futuro digno, trabalhando com políticas de inclusão social, não esquecendo da questão econômica, para que estes hoje vitimizados não recorram à marginalidade como meio de sobrevivência. (CORDEIRO; COELHO, 2008)

Dentre as políticas públicas, o SUS se faz necessário, porém para ser efetivamente um modelo de atenção universal e integral à saúde é necessário em primeiro lugar o resgate da luta da reforma sanitária, é preciso mais financiamento público e gestão coerente que reorganize o modelo de atenção para a atenção básica e que garanta acesso universal e de qualidade a toda a população.

É necessária a unidade da classe trabalhadora em torno de bandeiras, tais como: saúde, educação, segurança, lazer, habitação, cultura, alimentação saudável. Mais do que isso, que essas bandeiras se configurem em luta real e articulada com a população e com os movimentos populares.

Referências

. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. **Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização.**

Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm>

BRASIL. **Constituição Brasileira** (1988). 46. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. Lei nº. 11.108, de 07 de abril de 2005. **Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2005 Abr 8.

BRASIL. Lei nº. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União: Brasília (DF), 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de aplicação programática.** Brasília, DF, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Programa de Humanização do Parto e Nascimento.** Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2011 Jun 27; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1 de junho de 2000. **Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2000 Jun 8; Seção 1:4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.**

Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CASSAB, Clarice; OLIVEIRA, Glaucia Lopes de; MOREIRA, Pamella Vecchi. **Jovens mudando a cidade: O uso do Sistema de Informação Geográfica no entendimento das relações espaciais: experiência em Juiz de Fora**. Juiz de Fora.

CORDEIRO, S.S.; COELHO, M.G.P. **Descortinando o conceito de infância na história: do passado à contemporaneidade**. VI Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação. Anais... p. 882-889. Uberlândia, MG, 2006. Disponível em: <<http://www.faced.ufu.br/columhe06/anais/pdf>>. Acesso em: 13 jul 2008.

CORREA, S. PAISM: **Uma história sem fim**. Revista Brasileira de Estudos de População. Campinas. 1993.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. Tese de doutorado. Universidade Federal de Pernambuco, 2005

FAVORETO, C.A.O.; CABRAL, C.C. **Narrativas sobre Processo Saúde-Doença: Experiências em Grupos Operativos de Educação em Saúde**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., 2008. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762. 2008.

FAVORETO, C.A.O.; JR, K.R.C. **Narrative as a tool for the development of clinical practice**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.37, p.473-83, abr./jun. 2011.

HARVEY, David. **O direito à cidade**. New left review, 53, setout., p. 73-89.

HUMENHUK, Hesterston. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais**. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n. 227, 20 fev. 2004. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/4839>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

JUNQUEIRA, Virgínia. **Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado: duas faces na contrarreforma de estado na saúde**. Temporalis, São Luiz – MA, v. VII, n.13, p. 67-90, jan/jun. 2007.

LEMES, C. **Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos.** Viomundo. 5 de abril de 2011 Disponível em www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html

Minayo MCS, Souza ER, editores. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** 8ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

NÓVOA, António (org.) **Vidas de professores.** Porto, Porto Editora, 1993.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: **Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1998.

Pereira SM, Santana JSS, Ferriani MGC. **Violência rima com adolescência?** In: Ramos FRS, editor. *Adolescer: compreender, atuar, acolher.* Projeto Acolher / Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEn; 2001. p. 95-103.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério /** organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

SARAIVA, Luiz Alex Silva. **MÉTODOS NARRATIVOS DE PESQUISA: UMA APROXIMAÇÃO.** In: Universidade Federal de Pernambuco: *Gestão.Org*, v. 5, n. 2, Mai/Ago, 2007. Disponível em: www.gestao.org.dca.ufpe.br. Acesso em 25 de novembro de 2014.

SAÚDE, Ministério. **Brasil garante pré-natal a mais gestantes.** Portal Brasil 10 de outubro de 2011 Disponível em www.brasil.gov.br/saude/2011/10/brasil-garante-pre-natal-a-mais-gestantes

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. **O Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. **Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2004.

SILVEIRA, Maria Laura. **Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial.** In: Viana AL, Ibañez N, Elias PEM, organizadores. *Saúde, desenvolvimento e território.* São Paulo: Hucitec; 2009. p. 127-150.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal **and child health in Brazil: progress and challenges**. The Lancet. 2011.

VICTORA, CG et al. Série Saúde no Brasil 2 - ***Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios***. Publicado Online 9 de maio de 2011
<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>.

Anexos

Anexo 1 – Autorização da COFORM

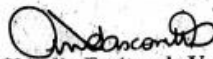


PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
Estância Balneária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Santos, 08 de agosto de 2014.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, concorda que a pesquisadora Prof^a Dr^a Norma Braz, responsável pela aluna Iara Lovizio de Oliveira, realize a pesquisa **“O Programa Mãe Santista: em análise a mortalidade materno-infantil e o atendimento especializado à adolescentes gestantes no município de Santos”** após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.


Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
COFORM-SMS

Rua XV de Novembro, nº 195 – 5º andar – Centro – Santos/SP – CEP: 11.010-151
Tel.: (13) 3201-5000, ramal: 5651

Anexo 2 – Termo Consentimento Livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Título do Projeto:

“O PROGRAMA MÃE SANTISTA: EM ANÁLISE O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO À ADOLESCENTES GESTANTES NO MUNICÍPIO DE SANTOS”

O presente trabalho tem como objetivo realizar pesquisa sobre o programa federal Rede Cegonha e seus impactos na rede municipal de saúde de Santos, aonde recebe a denominação de “Mãe Santista”. O foco da pesquisa recairá sobre as gestantes adolescentes atendidas em determinado serviço especializado da rede.

O trabalho de conclusão de curso a ser realizado deverá compreender em sua metodologia três dimensões da pesquisa: documental, bibliográfica e, de campo.

A pesquisa terá início a partir do levantamento bibliográfico com a pesquisa do material teórico que permita a discussão do tema – mortalidade materno-infantil – no município de Santos (SP). Será realizada pesquisa de campo para conhecer esta realidade, bem como a estrutura da rede de atendimento básico e especializado, na medida em que as adolescentes grávidas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde são encaminhadas à Casa da Gestante, serviço de atendimento especializado. A metodologia a ser utilizada adotará os instrumentos: as narrativas com as usuárias que deverá acontecer em um ou dois encontros de aproximadamente 2 horas de conversa.

Ao considerar os altos índices de mortalidade materno-infantil no município de Santos (SP) buscar-se-á pesquisar o Programa Mãe Santista, os seus efeitos sobre os índices de mortalidade materno-infantil e a verificação da importância deste programa na qualidade de vida da população, em especial das gestantes adolescentes atendidas neste serviço.

A participação nessa pesquisa se dará de maneira a preservar a identidade dos participantes. Toda informação coletada será confidencial. O

estudo não envolve riscos. Caso sinta-se desconfortável durante a participação, poderá desistir a qualquer momento sem quaisquer danos ou prejuízos. Não há despesas, compensações ou benefícios pela participação, que será totalmente livre e voluntária.

Os dados obtidos nos encontros e os resultados das análises estarão disponíveis aos interessados durante todo o processo da pesquisa. Em qualquer etapa de desenvolvimento desse estudo você poderá ter acesso à responsável, Profa. Dra. Maria Norma de Oliveira, que pode ser encontrada à Rua Silva Jardim, 136 - Vila Mathias - Santos/SP - CEP: 11015-020, telefone (11) 9 8224 2967, ou através do e-mail: norma_braz@hotmail.com. Em caso de alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua Botucatu, nº 572, 1º andar, cj. 14, São Paulo, SP, telefone: (11) 5571-1062, email: cepunifesp@epm.br.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações que li ou foram lidas para mim descrevendo o estudo **“O PROGRAMA MÃE SANTISTA: EM ANÁLISE O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO À ADOLESCENTES GESTANTES NO MUNICÍPIO DE SANTOS”**. Eu tive a oportunidade de avaliar as condições informadas sobre a pesquisa para chegar a minha decisão de participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Sendo assim, aceito a participação na pesquisa.

_____/_____/_____
Participante

Data

_____/_____/_____
Pesquisador

Data