

Determinantes sociopolíticos e culturais e as repercussões sobre o pré-natal de alto risco: um olhar do Serviço Social sobre seu exercício profissional em um hospital universitário

Cultural and sociopolitical determinants and their effects on high-risk prenatal testing: a Social Worker's point of view and practice at a university hospital

Adriana dos Santos Neves*
Márcia Cristina Brasil Santos**

A gestação, por ser um fenômeno fisiológico, evolui, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Mas há uma pequena parcela de gestantes, que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”. O acompanhamento do pré-natal dessas gestantes é diferenciado do daquelas de baixo risco, pois exige técnicas mais especializadas e necessita do nível secundário e terciário de assistência. Esse acompanhamento também exige considerar os aspectos objetivos e subjetivos que envolvem o termo “alto risco”, visto que o acompanhamento a esse tipo de gestação requer da mulher cuidados mais intensivos com a sua saúde e a do bebê, maior número de consultas - muitas usuárias são oriundas de outros municípios -, acompanhamento com especialista, uso de medicações específicas, hospitalizações durante a gravidez, o que causa implicações no trabalho, na rotina da família, entre outros. Tendo como referência o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais que envolvem o processo saúde-doença, o trabalho teve como objeto de estudo

As a physiological phenomenon, pregnancy evolves, in most cases, without incidents. However, a small portion of pregnant women presents greater possibilities of unfavorable evolution for both mother and fetus, either due to their specific characteristics or to different sorts of injury. Such women are in the so-called “high-risk pregnancy” group. Their prenatal care is different from low-risk pregnant women, because the required treatment techniques demand secondary and tertiary level professionals. Prenatal care also requires considering the objective and subjective aspects involved in “high-risk pregnancy” since accompanying this type of pregnancy requires that women be more careful with their health as well their babies’, more frequent consultations, close attention by specialists, use of specific medication, hospital treatments, all of which bring complications for work and family life, among others. Based on the broad concept of health and social determinants involved in the health-disease process, this study aimed at identifying everyday life impacts experimented by women in high-risk prenatal care at the Hospital Universitário Pedro Ernesto. Research data were collected during social assistance given to the subjects.

* Assistente Social atuante no Programa de Atenção à Saúde do Adulto do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, Especializanda em Serviço Social e Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: adriana.nevesrj@gmail.com.

** Assistente Social atuante no Programa de Atenção à Saúde do Adulto do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mcristinabrasil@hotmail.com.

conhecer/identificar os impactos vivenciados no cotidiano das mulheres inseridas no pré-natal de alto risco do Hospital Universitário Pedro Ernesto, atendidas pelo Serviço Social. Os dados da pesquisa foram coletados no atendimento social realizado com essas mulheres.

Palavras-chave: Políticas públicas. Saúde da mulher. Gestação de alto risco. Determinantes sociais.

Key words: Public policies. Women's health. High-risk pregnancy. Social determinants.

Apresenta o

O presente trabalho, constituído como exigência para a conclusão da Residência em Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ,   fruto de uma experiência no Programa de Saúde da Mulher do Núcleo Perinatal da referida unidade de saúde, onde as autoras estiveram inseridas na qualidade de supervisora e supervisionada em uma rela o de preceptoria profissional e acad mica no período de 2009 a 2011.

A Residência em Serviço Social constitui modalidade de forma o em serviço, voltada para assistentes sociais com o objetivo de forma o e aperfeiçoamento teórico metodológico, técnico-operativo e  tico-político no campo da saúde. A sele o   via concurso público, de periodicidade anual e oferece dez vagas distribuídas em oito áreas de atua o, a saber: Saúde do adulto, Saúde da criança, Saúde mental, Saúde do trabalhador, Saúde do Idoso, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher¹.

O Núcleo Perinatal   a unidade docente assistencial cujo foco   a aten o   saúde da mulher no período gestacional, mais precisamente na gesta o de alto risco e, tendo como referência o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais que envolvem o processo saúde-doença, o trabalho tem como objeto de estudo conhecer/identificar os impactos vivenciados no cotidiano das mulheres em atendimento no ambulatório de pré-natal, que, por ter a especificidade do alto risco, recebe diariamente, gestantes oriundas dos vários municípios do estado do Rio de Janeiro.

A gesta o de alto risco exige da mulher cuidados mais intensivos com a sua saúde e a do beb , como a realiza o de exames, o uso de medica es específicas e de alto custo, que muitas vezes não são disponibilizadas para uso ambulatorial pelo SUS. Além disso, o acompanhamento do alto risco envolve maior número de consultas e, às vezes, hospitaliza es durante a gravidez, causando implica es no trabalho, na f milia, entre outros.

Dessa forma, observamos no cotidiano da unidade de saúde, como são vivenciadas por essas usuárias, questões relativas a esse acompanhamento, que muitas

¹ área subdividida em Planejamento Familiar/Ginecologia e Núcleo Perinatal/maternidade, mas que atualmente encontra-se fechada para a entrada de novos residentes devido   necessidade de reorganiza o do serviço.

vezes aparecem como demandas encaminhadas ao Serviço Social. O atendimento do Serviço Social acontece individualmente, nas práticas de educação em saúde e nos grupos de pré-consulta juntamente com a equipe multiprofissional (psicólogos, enfermeiros, fonoaudiólogos e nutricionistas).

No atendimento individual, essas demandas aparecem como solicitação de orientação sobre questões trabalhistas e previdenciárias, o acesso a medicações de alto custo, direitos de portadores de doenças crônicas e o desejo de realizar laqueadura tubária, verbalizado pelas usuárias como único método eficaz e como única solução para portadoras de doenças crônicas. Nos grupos de pré-consultas, as *falas* das usuárias se remetem à situação do alto risco como um fato que gera angústia e ansiedade com relação à saúde das mesmas e a do bebê.

Como relevância para área, acreditamos que a pesquisa possibilita ao profissional conhecer a realidade das usuárias em atendimento no ambulatório de pré-natal, através do levantamento do perfil e dos impactos vivenciados em seu cotidiano devidos à necessidade do acompanhamento da gestação em unidade de alto risco. Na área de saúde, o assistente social é o profissional que atua na compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença.

A partir da concepção ampliada de saúde e do reconhecimento dos determinantes que interferem no processo saúde-doença, o profissional, ao conhecer a sua população usuária, pode melhor se instrumentalizar para o atendimento das demandas postas no cotidiano de trabalho. Segundo Cavalcante e Zucco (2010), a atuação do assistente social no âmbito da política de saúde exige do profissional o domínio da discussão sobre o SUS e como se dá o acesso a ele pelos cidadãos. O profissional deve conhecer o que envolve o processo saúde-doença, a trajetória da política de saúde brasileira, o Movimento de Reforma Sanitária, bem como as conquistas da Constituição Federal de 1988.

As autoras também falam sobre o conhecimento dos dados epidemiológicos da área inserida, que possibilitará o conhecimento sanitário da população e de aspectos clínicos presentes na sua atuação cotidiana. A atuação profissional exige também um enfoque interdisciplinar, superando a fragmentação do saber e das práticas profissionais. Há também a necessidade de ações intersetoriais, realizando a interlocução com as demais políticas sociais, pois as demandas dos usuários extrapolam o acesso à política de saúde (CAVALCANTE; ZUCCO, 2010) e o controle social, que implica na participação popular conforme exposto na Lei nº 8.142 de 1990, que assegura a participação da comunidade na gestão do SUS.

Neste sentido, cabe destacar a valiosa e indispensável contribuição de Bravo (1996), que há mais de vinte anos vem tecendo suas análises sobre a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil e o papel do Serviço Social neste processo. É a partir do acúmulo de estudos e pesquisas dessa autora, que foi possível adensar a produção teórica e o debate crítico da relação entre o serviço social e o campo da saúde pública,

nos servindo de baliza para conduzir este breve estudo.

Frente aos desafios postos pela conjuntura sociopolítica dos anos 90, em que visivelmente disputam no cenário político projetos societários antagônicos², nossa preocupação aqui é fortalecer, a partir do cotidiano da intervenção, a articulação do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político do serviço social em nosso trabalho na saúde.

Conhecer o campo da intervenção, produzir material de pesquisa sobre esse cotidiano e devolver tais insumos à sociedade a partir da articulação com os segmentos da sociedade civil e com representantes do poder público é uma possibilidade de facilitar o acesso, constituir e concretizar direitos, uma vez que na condição de trabalhadores nos interstícios das relações sociais, estamos muito próximos das necessidades e demandas objetivas dos usuários das políticas sociais.

É nesta direção que traçamos o nosso exercício profissional, as breves sistematizações que se seguem foram materializadas a partir de nossos instrumentos rotineiros de trabalho, ou seja, utilizamos a entrevista social, instrumento de nosso atendimento social como ferramenta de coleta de dados, posteriormente, traçamos o perfil das usuárias inseridas no ambulatório de pré-natal e que tiveram acompanhamento pelo serviço devido às demandas sociais apresentadas.

Determinantes sociopolíticos e culturais e as repercussões sobre o pré-natal de alto risco: um olhar do serviço social sobre o Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto

Como objeto do trabalho, consideramos relevante o estudo dos impactos do acompanhamento à gestação de alto risco vivenciada pelas mulheres em atendimento no ambulatório de pré-natal do HUPE. Ou seja, como as expressões desse acompanhamento repercutem no cotidiano dessas usuárias, em sua relação direta com familiares, com o trabalho, na própria unidade de saúde.

A partir do entendimento da *concepção ampliada de saúde*, na qual esta é considerada como o resultado das condições de vida da população, incluindo as condições efetivas em que ela se constitui, e dos determinantes sociais que interferem no processo saúde/doença, cabe ao profissional de Serviço Social conhecer a sua população usuária, o que lhe possibilitará uma melhor instrumentalização para o atendimento das demandas postas no cotidiano de trabalho.

No atendimento do ambulatório do pré-natal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, o assistente social é o profissional que tem sua ação na relação direta com as usuárias e é desafiado a intervir nas expressões da questão social, num contexto de precarização das políticas públicas e de crise econômica mundial (FÁVERO, 2009).

² Sobre o debate em torno da constituição, na cena política brasileira, na década de 90 acerca dos projetos societários antagônicos, privatistas e da reforma sanitária, ver Bravo et al., 2007.

Os impactos do acompanhamento à gestante de alto risco resultam em demandas postas à ação do profissional que está na ponta da intervenção e o desafiam a encontrar estratégias no intuito de materializar a efetivação de direitos no cotidiano de trabalho.

Diariamente, no atendimento individual do Serviço Social, são solicitadas intervenções sobre acesso à medicação de alto custo, falta de recursos financeiros para a passagem de ida e volta às consultas, demandas relativas ao trabalho, como o desrespeito à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no que concerne aos direitos trabalhistas e previdenciários das gestantes, requisições de cesta de alimentos e questões subjetivas relativas à aceitação ou não da gestação que se traduzirão no modo como as usuárias considerarão o acompanhamento delas próprias.

Pelo atendimento ou não dessas demandas, identificamos como o acompanhamento da gestação de alto risco pode impactar o cotidiano dessas mulheres, causando-lhes sofrimento, a começar pela caracterização do alto risco.

De acordo com a coleta de dados nas entrevistas realizadas em 2010, o Serviço Social tendeu 378 gestantes em acompanhamento de pré-natal. Elaboramos também o perfil dessas usuárias, conforme os gráficos que se seguem.

Com relação à faixa etária, atendemos no ano de 2010, usuárias entre as idades de 13 e 47 anos, com prevalência das com idades compreendidas entre a faixa de 26 a 30 anos. Merece destaque também um quantitativo de mulheres gestantes com mais de 35 anos de idade. Durante nossos atendimentos individuais e em grupos, pudemos constatar que as mulheres nessa faixa etária não se encontravam no acompanhamento de alto risco apenas pela idade, mas por que apresentavam outras comorbidades, como diabetes, hipertensão arterial, doenças endocrinológicas, entre outras.

Associados a esses fatos, outros agravos complexificavam sua situação, desde questões de constituição cultural e de gênero como, por exemplo, o fato de muitas serem donas de casa, já terem outros filhos, precisarem desempenhar papéis esperados por companheiros, familiares, até as questões afetas à desorganização da oferta do serviço, obrigando-as a grandes peregrinações em busca de atendimento.

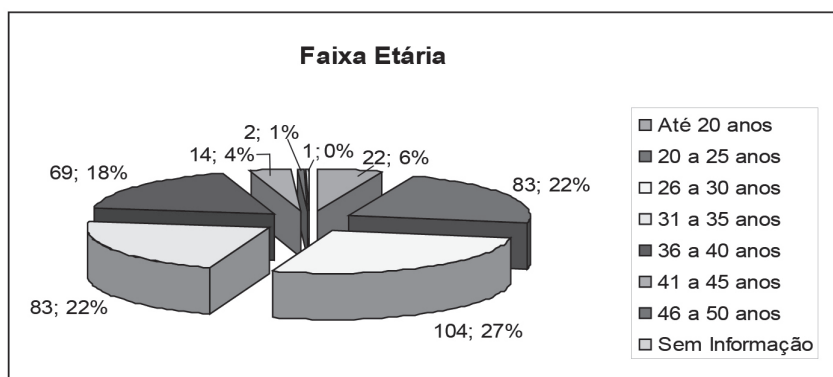


Figura 1 – Idade das usuárias

Autoria: Adriana Neves

Quanto às adolescentes e jovens gestantes atendidas no Núcleo Perinatal, temos a pontuar que o maior agravo não é necessariamente a idade em si, mas os riscos sociais a que estão expostas a partir de uma gestação precoce. Assim como as demais mulheres, sua presença no “alto risco” quase sempre está associada à outra questão de saúde – de si próprias ou do bebê.

O que chega como demanda para o atendimento do serviço social são questões relativas à legalidade jurídica da situação. A adolescente na maioria das vezes não reside em companhia dos pais ou responsáveis legais e já se sente emancipada, assim como para a sua família, para ela essa situação é algo comum. Impõem-se neste momento o dever profissional de convidar a família para um atendimento (nem sempre possível), e a comunicação do fato ao Conselho Tutelar (nem sempre compreendido pelos adolescentes e familiares, por mais que se oriente).

Outra questão bastante complexa diz respeito à evasão escolar em função da gravidez precoce e da desproteção em função da pobreza da família, agora mais sobrecarregada com essa problemática que é entendida e enfrentada pelo poder público como algo particular³.

Quanto à variável “cor”, temos a esclarecer que a cor das usuárias foi distribuída de acordo com a declaração das mesmas e não com os parâmetros utilizados pelo IBGE, que trabalha com cinco classificações: preta, parda, branca, amarela e indígena. Esse caminho, apesar de trazer maiores dificuldades na hora da classificação e análise, é bastante rico para nos pontuar a profunda dificuldade que ainda se tem em tratar de questões étnico-raciais, sobretudo no que diz respeito ao negro.

No momento da entrevista, por exemplo, essa dificuldade se apresenta tanto para o profissional quanto para os usuários, que na maioria das vezes titubeiam em dar resposta à aparentemente simples pergunta “qual é a sua cor?”.

Por parte do profissional, a dificuldade torna-se visível pela constatação de um significativo número (61 formulários) dessa pergunta sem resposta no estudo social, neste caso, o silêncio é muito eloquente.

Se observarmos a Figura 2 e classificarmos as cores mulata, negra, parda, café com leite, preta e cor de jambo como “Preta” ou “Parda”, teremos: 155 mulheres. Isto por que não se sabe exatamente o que significa ser “morena”, “morena clara”, “clara” e “amarela”, (em geral associado a mulheres pardas ou as que têm os cabelos pintados de “amarelo”).

³ Sobre a ostensiva responsabilização da família sobre seus entes, imposta pelo Estado, ver Miotto, 2009.

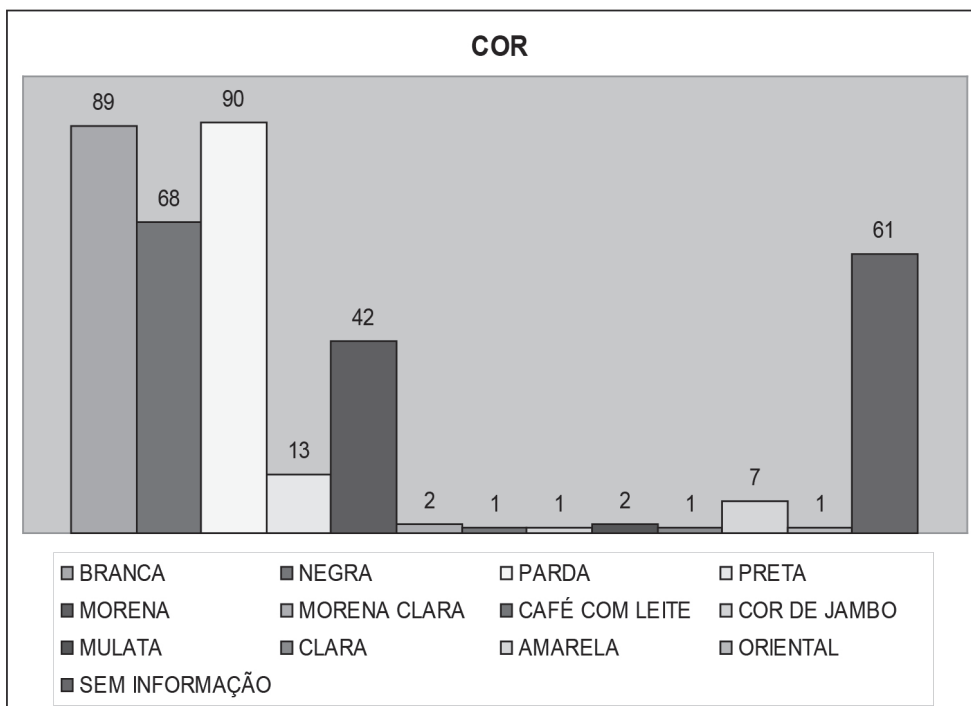


Figura 2 – Identidade étnica das usuárias

Autoria: Adriana Neves

Consideramos essa informação importante por várias razões, dentre elas pelo fato de a cor ser um indicador importante de maior “fragilidade social” dos negros e particularmente dos usuários dos serviços públicos de saúde, que são majoritariamente negros e historicamente carregam a mácula de um passado em que foram vítimas da barbárie vergonhosa da escravidão.

Citamos ainda, como importância do conhecimento dessa variável, o fato de algumas doenças hematológicas, de trato ginecológico (como a miomatose, por exemplo), e hipertensivas acometerem mais a população negra e por isso necessitarem de maior visibilidade e de um “olhar” que considere as diferenças.

No caso das gestantes que chegam a nosso atendimento, o que observamos é que para além dessas questões já sinalizadas, precisamos atentar que, na maioria das vezes, estamos lidando com uma mulher com a “autoestima” rebaixada: o fato de ser mulher, negra, pobre, residente de comunidade, empresta-lhes uma identidade de “desautorização”, de não protagonismo, e o trabalho nos grupos multidisciplinares tendiam a uma reflexão que buscava a autonomia desses sujeitos.

A religião das usuárias, embora possa parecer uma informação “menor”, é considerada por nós como uma variável importante, representando em alguns casos, um peso significativo na apreensão dessa mulher sobre a realidade que a envolve bem como as formas de enfrentamento, o que interfere no relacionamento entre as demais

gestantes e entre as equipes.

Para fins deste estudo, a religião das usuárias foi distribuída conforme a Figura 3.

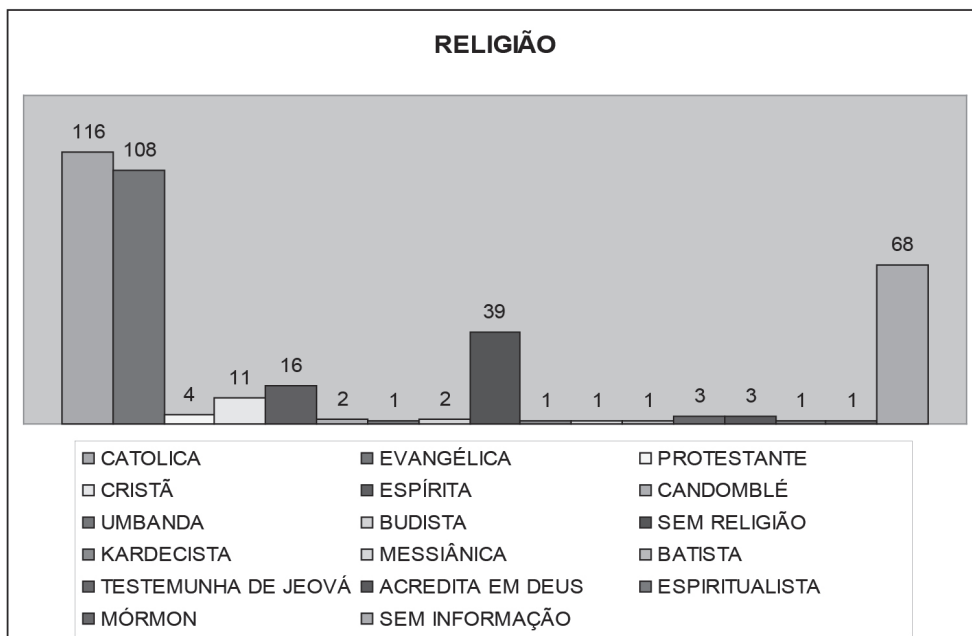


Figura 3 – Identidade religiosa das usuárias

Autoria: Adriana Neves

Ao separarmos as religiões de denominação evangélica, temos um número de cerca de 200 mulheres em um total de 347, e ressaltamos a presença de 68 fichas sociais sem informação sobre religião (esse “silêncio” nos leva a crer em uma subvalorização da equipe sobre um dado considerado por nós importante, pois faz parte da vivência dos sujeitos com os quais atuamos).

É um número que associado às variáveis de níveis de instrução, local de moradia, cor e renda vão constituir um perfil de sujeito que necessita ser compreendido em sua totalidade, para que a questão do alto risco materno como também a dos riscos sociais possam ser mais bem enfrentados pelas equipes de saúde, uma vez que em alguns casos, representam limites na compreensão e no enfrentamento dos agravos à saúde.

Quanto aos níveis de escolaridade, observa-se uma prevalência de mulheres que declararam ter o ensino médio completo, seguida por aquelas que declararam ter o ensino fundamental incompleto. O nível de escolarização interfere diretamente na inserção no mercado de trabalho e na situação previdenciária das usuárias, pois quanto maior for o número de anos da usuária na escola, maior é a possibilidade de alcançar melhores cargos e maiores salários. Embora essa constatação seja um fato, não podemos desconsiderar as desigualdades que permeiam a inserção da mulher no mercado de trabalho, no qual ainda persistem as diferenças salariais entre homens e mulheres,

mesmo tendo a mulher mais anos de estudo ou ocupando a mesma posição.

Esse é um dado curioso, porque em nosso dia a dia esses supostos anos de estudos a mais não apareciam para nós como algo tão significativo, uma vez que, como se pode ver na Figura 4, impactaram minimamente nos níveis de ocupação dessas mulheres e em seus níveis de renda. Não se percebe uma menor precariedade em função da maioria das usuárias terem declarado níveis médios de escolarização.

Talvez as variáveis “cor” e “gênero” possam atravessar essa questão, minimizando o impacto positivo que uma maior escolarização poderia representar, no entanto, essa hipótese merece maiores investimentos de pesquisa.

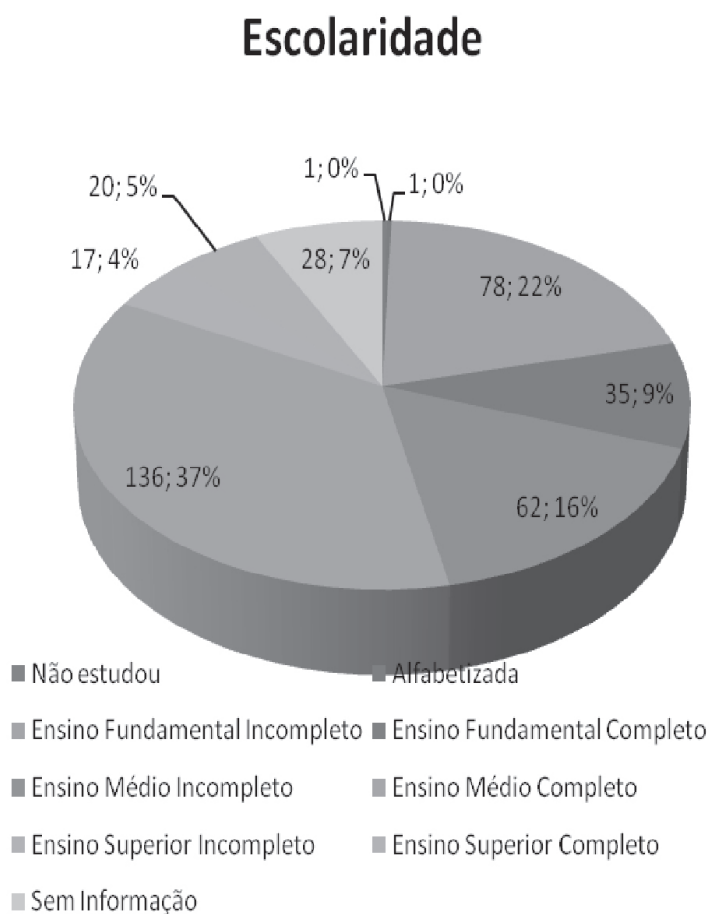


Figura 4 – Escolaridade das usuárias

Autoria: Adriana Neves

Com relação à ocupação e vinculação previdenciária, percebemos uma grande maioria de mulheres ou 49%, que não estão inseridas no mercado de trabalho, não exercendo atividade fora do domicílio, autointitulando-se “do lar”.

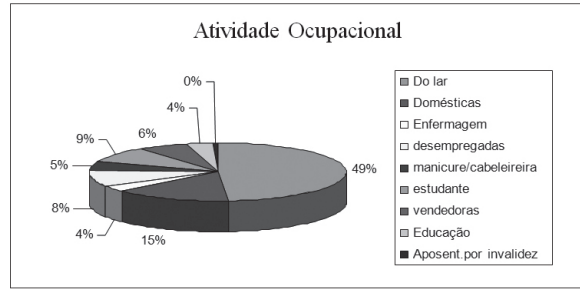


Figura 5 – Inserção profissional das usuárias

Autoria: Adriana Neves

Para as usuárias inseridas no mercado, seja formalmente ou não, encontramos profissões que são uma extensão do trabalho doméstico e/ou que expressam cuidados como: domésticas, diaristas, acompanhantes de idosos, auxiliares de serviços gerais, trabalhadoras da área de enfermagem.

Ao avaliarmos essas inserções, podemos concluir que a mulher tem sua identidade construída numa sociedade como a brasileira, em que a ideologia da privatização e subalternização feminina encontra-se presente, baseada nas relações de poder entre os sexos que expressam diferenças entre homens e mulheres na questão de direitos legais e costumes estabelecidos (HECKERT, 1989). Devido a essas relações de poder, a inserção da mulher no mercado de trabalho também é diferenciada.

Segundo Heckert (1989), mesmo com o crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho no Brasil, ele ainda é essencialmente um espaço masculino. Por isso há a prevalência da ideologia da discriminação sexual das tarefas, que separa tarefas destinadas para homens e para mulheres. Dessa forma, as mulheres que trabalham fora do lar concentram-se em ocupações tipicamente femininas. As ocupações exercidas pelas mulheres são caracterizadas pela baixa remuneração e o desprestígio social e refletem a posição do sexo feminino na sociedade.

Para Alencar (2000), atualmente, no país, devido à ofensiva neoliberal, as inserções precárias são predominantes, concentrando a maioria dos trabalhadores no setor informal.

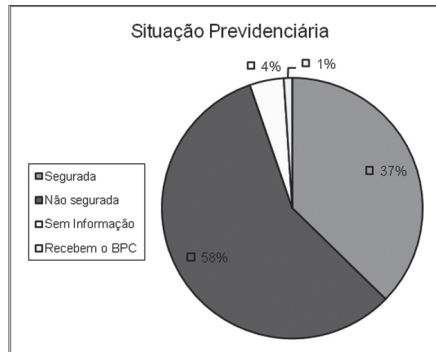


Figura 6 – Segurança Social das usuárias

Autoria: Adriana Neves

Devido a esse quadro, grande parte dos trabalhadores, principalmente os de famílias pobres, desenvolvem atividades em serviços domésticos ou trabalham por conta própria em pequenos negócios. Devido à baixa produtividade e à baixa renda, amplia-se a deterioração das condições de vida da população, pois significam baixos salários, aumento da jornada e poucas possibilidades de acesso a direitos sociais (ALENCAR, 2000).

Esse quadro representa um agravante das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, principalmente se considerarmos que nessas ocupações estão ausentes as normas de regulamentação do trabalho e de seguridade social, significando na prática, um aviltamento das relações trabalhistas (ALENCAR, 2000).

No caso do trabalho feminino, que desde 1970, vem aumentando não só no Brasil, como em nível mundial, a inserção no setor informal é prevalente, o que faz com que a sua contribuição econômica não apareça (ALENCAR, 2000). Além de estarem inseridas em atividades do âmbito doméstico e no setor informal, é importante considerar a posição que a mulher ocupa no interior da família. As mulheres responsáveis pela chefia da família e aquelas que dividem com os companheiros a responsabilidade pelo sustento do lar são obrigadas a conciliar o trabalho remunerado com as tarefas domésticas para contribuir no orçamento da família, a chamada dupla jornada de trabalho. Além disso, as trabalhadoras brasileiras estão sujeitas à desigualdade de renda e a uma elevada taxa de desemprego.

Quanto ao local de moradia, é importante salientar o quanto essa variável representa um agravo na situação de saúde, já complexa, das gestantes atendidas no Núcleo Perinatal do HUPE e aponta para uma falha na organização da oferta dos serviços e do oferecimento de condições que garantam a essa mulher fazer o seu pré-natal com qualidade e acesso aos insumos necessários à garantia de sua saúde e à de seu bebê.

No caso do serviço de atenção ao alto risco materno, percebe-se, nos atendimentos diários, uma grande demanda de gestantes oriundas tanto do município do Rio como de regiões mais distantes como Baixada Fluminense, Costa Verde, Região Serrana, entre outras, que procuram o pré-natal do HUPE. Do total de gestantes atendidas pelo Serviço Social, 113 residem fora do Rio de Janeiro. Os municípios prevalentes foram: Duque de Caxias, com 29 gestantes, Nova Iguaçu, com 15, São Gonçalo, com 9 e Belford Roxo com 7.

Quanto às usuárias residentes fora do município do Rio de Janeiro, as demandas postas ao Serviço Social referem-se ao meio de comparecer às consultas, que são resolvidas quando a gestante possui os critérios para a inclusão no vale social ou no TFD – tratamento fora de domicílio –, instituído pela Portaria número 55 do Ministério da Saúde, que visa, por meio do SUS, garantir tratamento médico a pacientes que necessitam de atendimento específico, e não ofertado pelo município devido à falta de condições técnicas preconizadas pelo SUS para o atendimento de alta complexidade,

como é o caso do pré-natal de alto risco.

É importante lembrar que várias dessas usuárias, para comparecer ao pré-natal de alto risco pela manhã, muitas vezes passam a noite anterior em trânsito, pela distância do município de origem à capital.

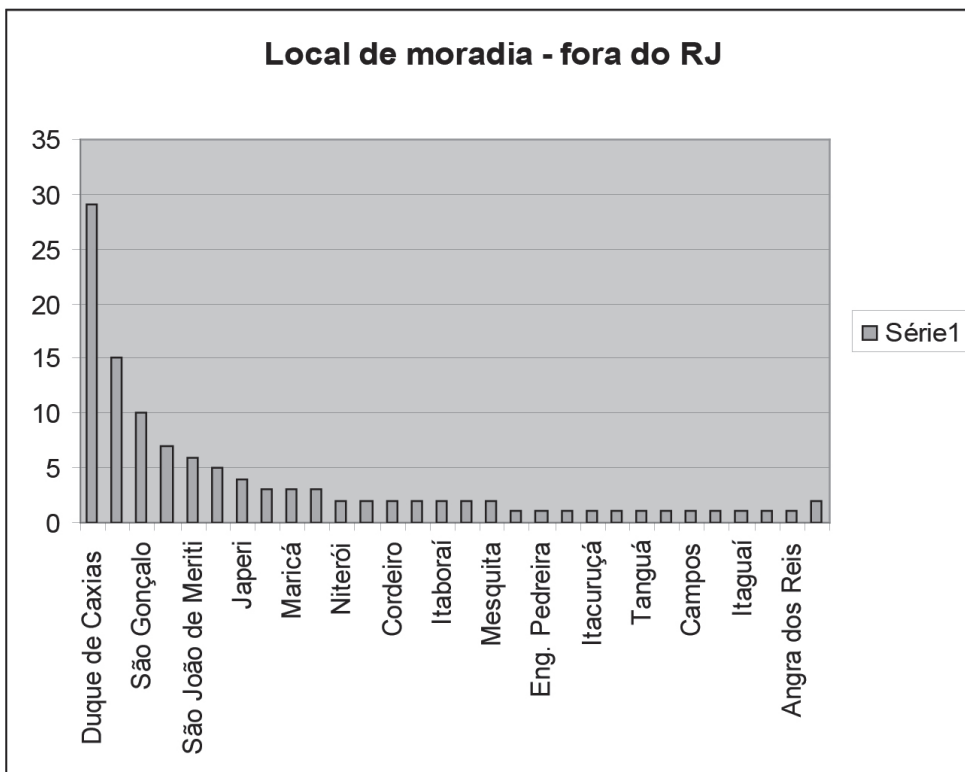


Figura 7 – Origem geográfica das pacientes / Grande Rio e cidades no interior

Autoria: Adriana Neves

É comum, devido ao local de moradia da usuária, a preferência por marcar a consulta médica, a consulta com outros profissionais e a realização de exames para o mesmo dia. Assim, a gestante não precisa retornar à unidade de saúde diversas vezes numa semana; mas por outro lado, a gestante precisa permanecer na unidade durante todo o dia, o que se torna cansativo e desgastante para ela.

Quanto às pacientes que residem na cidade do Rio de Janeiro, é importante ressaltar que elas também encontram dificuldades de manutenção do acompanhamento, por questões relativas à falta de dinheiro de passagem para ir ao hospital, e que se o fato de faltar às consultas do pré-natal de baixo risco já representa um agravo, tanto mais têm impacto as faltas às consultas ou aos exames em um acompanhamento de alto risco.

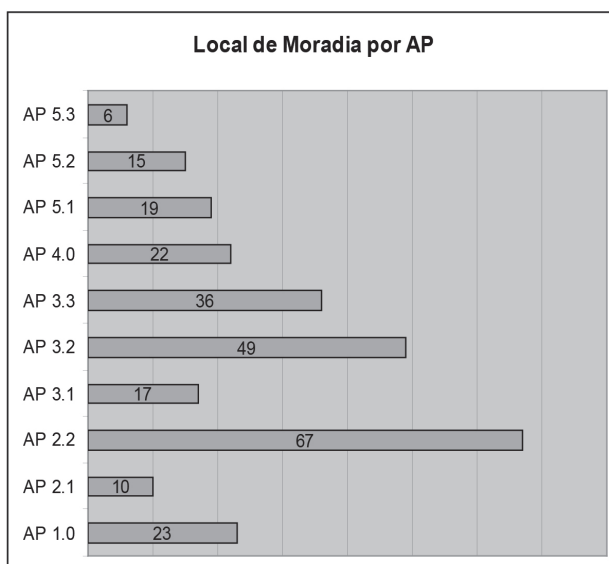


Figura 8 – Origem geográfica das usuárias / Município do Rio de Janeiro

Autoria: Adriana Neves

O Rio de Janeiro é um município relativamente extenso, ainda que um percentual grande de gestantes more nas adjacências ou não muito longe do hospital, temos um número de 62 mulheres que residem entre a área programática 4.0 e 5.3, o que pode significar a necessidade de utilização de mais de uma condução para ir ao hospital. Lembramos aqui que o Programa de Tratamento fora de Domicílio não cabe às usuárias residentes dentro do município do Rio de Janeiro.

Mais uma vez chamamos a atenção para o conceito ampliado de saúde e para a responsabilização do poder público com a garantia de condições dignas de vida para todo feto, criança, homem, mulher ou idoso que vive neste país. Neste caso, temos o quase abandono à própria sorte de um grande número de mulheres que não se enquadram nos programas sociais de transporte (vale social, Riocard) que precisam manter a continuidade do acompanhamento de pré-natal e muitas vezes não conseguem por falta de recursos financeiros para o custeio das passagens.

Tramita na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, desde 2007, o Projeto de Lei nº. 1043/07 de autoria do então vereador Eliomar Coelho, que garantiria às gestantes classificadas como de alto risco gratuidade temporária nos transportes públicos municipais da cidade.

“CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

PROJETO DE LEI Nº. 1043/2007

Institui a gratuidade temporária de transporte no Município do Rio de Janeiro, para gestantes com gravidez de alto risco.

A Câmara Municipal do Rio de Janeiro DECRETA: Art. 1º Fica

instituída a gratuidade de transporte no Município do Rio de Janeiro para mulheres gestantes com gravidez de alto risco, por um período máximo de nove meses. Art. 2º A situação de alto risco, necessária para garantia de direito estabelecido por esta Lei, deverá ser atestada por profissional habilitado da rede pública de saúde. Art. 3º A gratuidade de que trata esta Lei, será assegurada, mediante emissão do vale transporte especial pelo órgão competente. Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Plenário Teotônio Villela, 7 de março de 2007 ELIOMAR COELHO Vereador - PSOL

JUSTIFICATIVA

A presente proposição visa a garantir a frequência nas consultas pré-natal de mulheres gestantes em situação de risco fetal ou materno, em ambulatórios especializados da rede pública de saúde. Existem relatos comprovando que muitas pacientes deixam de comparecer às consultas por não terem acesso ao transporte. Este fato dificulta um atendimento de qualidade e, por vezes, apresenta repercussões para os bebês. Como não se trata de mulheres com doenças crônicas, estas não conseguem ser incluídas no Riocard, o que possibilitaria a elas se deslocarem com autonomia. Assim, nossa proposta assegurará um direito inalienável às mulheres que se encontram nessa situação, garantindo, ainda a saúde dos fetos”.

Essa medida beneficiaria bastante as mulheres nessa condição, mas até agora não há nenhuma previsão de concretização.

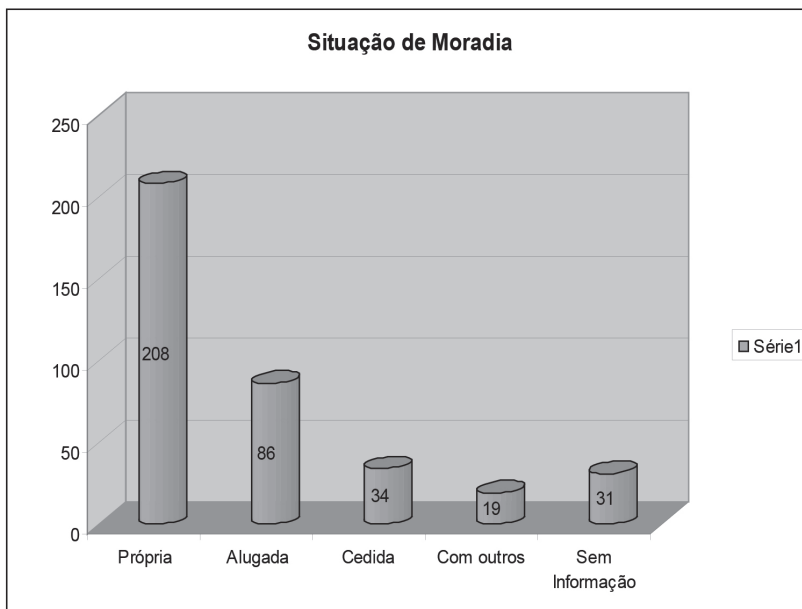


Figura 9 – Situação de moradia das usuárias

Autoria: Adriana Neves

Com relação à situação de moradia, temos a sinalizar que grande parte das mulheres reside em casas próprias, podendo significar moradias inseguras em terrenos de posse ou muito precários, de difícil acesso, com ou sem condições sanitárias. É importante o profissional de saúde saber as condições de moradia da população que atende, pois isso repercute diretamente no seu acompanhamento de saúde, por ir ao encontro do que é preconizado pela concepção ampliada de saúde, a qual estabelece adequadas condições de moradia como condicionantes do processo saúde/doença. O fato de pagarem aluguel não significa necessariamente que as moradias apresentem as condições adequadas, como acesso à rede de esgotos e água encanada, por exemplo.

Com relação ao planejamento da gestação, observamos que 71% das usuárias não a planejaram, o que indica repercussões em seu cotidiano, já que a inserção no pré-natal de alto risco devido à patologia da usuária ou risco fetal implica diversas idas ao hospital devidas ao maior número de consultas e ao atendimento com diversos profissionais, o uso de medicamentos de alto custo e os efeitos subjetivos que uma gestação não planejada pode ter.

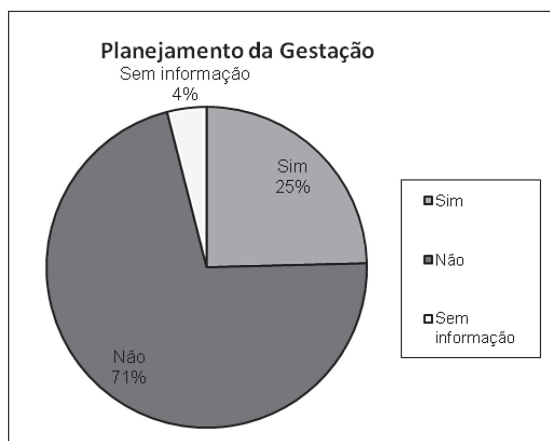


Figura 10 –Planejamento Familiar

Autoria: Adriana Neves

Com relação ao uso do método contraceptivo, observa-se que do total de usuárias atendidas, 119 não fazem uso de nenhum método, com a justificativa das próprias usuárias de não poderem fazer uso de nenhum método devido à patologia de base, ou por acreditarem que não poderiam engravidar devido à patologia. Por outro lado, observamos que o número de usuárias que faz uso da pílula também é elevado, 119, mas as mesmas também relatam esquecimento do método, daí a ocorrência da gestação. Dentre os métodos relatados pelas usuárias, o *condom* masculino também aparece, embora o uso não seja frequente, o que pode indicar também que ainda persiste a dificuldade por parte da mulher em ter poder sobre o seu corpo, obrigando-a a negociar o uso do preservativo com o companheiro, pois esse *pedido* pode ser interpretado como falta de confiança nele.

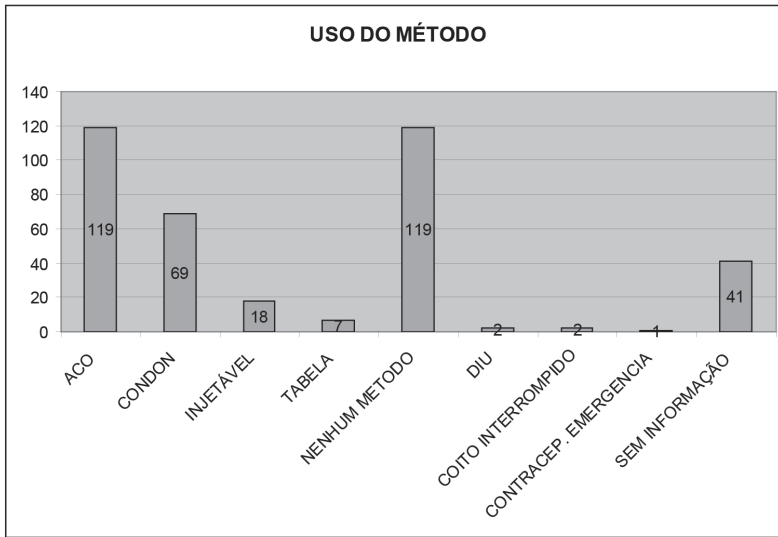


Figura 11 – Utilização de métodos contraceptivos

Autoria: Adriana Neves

No que diz respeito à variável “violência”, notamos que uma grande parcela das usuárias informa não ter passado por esse tipo de problema em nenhum momento de sua vida. A violência à qual nos reportamos é a física, sexual ou psicológica, perpetrada pelo companheiro ou outra pessoa, no momento da gestação ou não.

Consideramos esse dado relevante, pois os dados epidemiológicos mostram que enquanto os homens jovens estariam mais sujeitos do que as mulheres à violência no espaço público, estas seriam mais sujeitas a serem agredidas por pessoas conhecidas e íntimas do que por desconhecidos, o que pode significar a perpetuação da violência e a naturalização da mesma nos espaços privados.

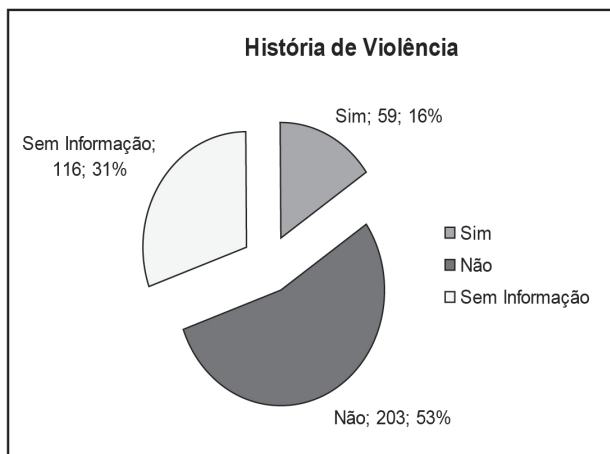


Figura 12 – Histórico de violência doméstica

Autoria: Adriana Neves

Devido a essa naturalização, devemos considerar que muitas situações de violência podem passar despercebidas pelas mulheres. É importante salientar que quando perguntávamos se a usuária já tinha sofrido violência, era comum ela responder negativamente, mas quando, durante o atendimento, tínhamos oportunidade de maior empatia, vinculação e mudávamos a pergunta para a descrição da violência, geralmente as respostas eram afirmativas. Ou seja, para a maioria das mulheres, a violência é sinônimo de agressão física contundente, não se enquadrando nesse item, empurrões, xingamentos, indiferença, desprezo ou abandono, inclusive material.

Nesse sentido a criação da Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006, representa um avanço na legislação sobre a violência doméstica no país ao criar mecanismos para coibir esse tipo de prática, alterando o código penal na questão da violência contra a mulher e estabelecendo ainda medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência. Na prática, porém, percebemos a necessidade de maiores investimentos do poder público e da sociedade, que resultem em melhores condições de publicização, de atendimento e medidas de proteção à mulher vítima de violência.

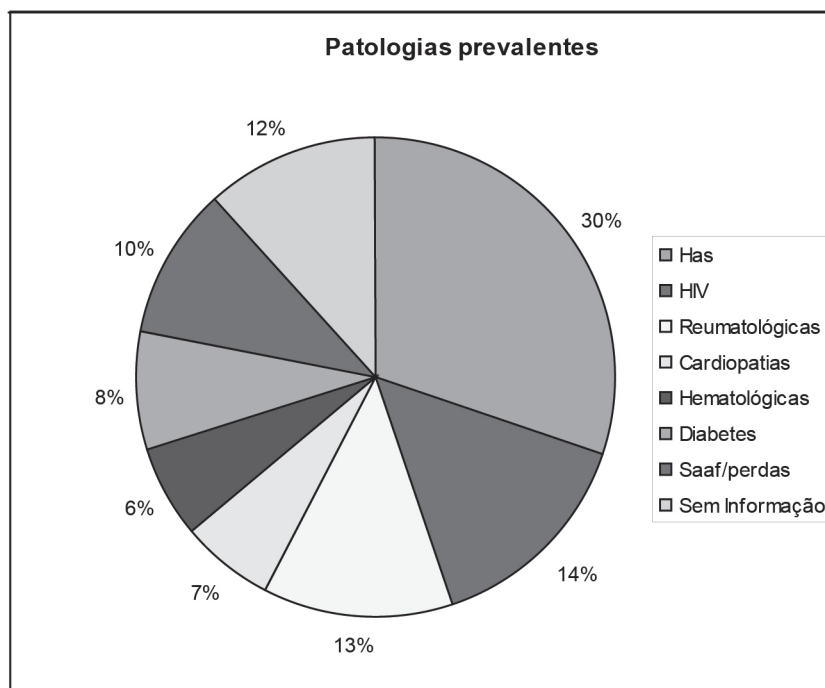


Figura 13 – Patologias prevalentes na gestação

Autoria: Adriana Neves

No que se refere às patologias prevalentes, a hipertensão aparece como o principal motivo de inserção das usuárias no ambulatório de pré-natal de alto risco. A hipertensão, ao lado de doenças cardiovasculares, é a principal causa de morte entre as mulheres, e, no caso das gestantes, a hipertensão figura entre a principal causa de morte materna, o

que nos leva a indagar sobre os limites da cobertura da atenção primária.

A Figura 13 mostra a incidência de mulheres portadoras do vírus HIV inseridas no pré-natal de alto risco do HUPE. Grande parte dessas usuárias estava fazendo o pré-natal na rede básica e, ao realizar o exame de HIV, descobrem-se portadoras do vírus, sendo referenciadas para o alto risco. Esse dado mostra que, na atualidade, a principal causa de transmissão do vírus HIV é a transmissão heterossexual, atingindo mulheres cada vez mais jovens e pertencentes aos segmentos mais pauperizados.

O ambulatório de pré-natal do HUPE tem sido a referência para as usuárias portadoras de patologias reumatológicas (colagenose), ou doenças autoimunes, como o lúpus. O acompanhamento dessas usuárias tem um diferencial, pois o médico reumatologista realiza o atendimento no ambulatório de pré-natal, ao contrário das outras especialidades. Devido a essa característica, o ambulatório recebe inclusive gestantes oriundas da rede privada, que, por não possuir referência para tal acompanhamento na gestação, as encaminha para o SUS.

Outro grupo que merece destaque são as portadoras de Síndrome do Anticorpo Fosfolipídico (SAAF)⁴ e de outras patologias que ocasionam perdas gestacionais recorrentes. Essas usuárias encontram-se “fragilizadas”, seja pela patologia em si – que impede a grande maioria que tem o desejo de gerar um filho de levar a gestação até o final – ou pelas repercussões que ela implica, como o uso de *heparina*, medicamento, que, por seu alto custo, torna-se inviável de ser disponibilizado pelo SUS para o uso ambulatorial da grande maioria das usuárias. Em razão desse fato, a equipe médica indica a hospitalização para fazer uso do medicamento – internação longa –, que afasta a mulher de seu ambiente familiar, de sua rotina diária e que causa impactos no seu acompanhamento.

Esse grupo de pacientes é um dos mais desamparados no que toca ao suporte do poder público, porque além de reunir todas as questões das demais gestantes, enfrentam ainda a ausência da medicação de que necessitam, e que não é fornecida pelo Estado. São situações que geralmente evoluem para a *judicialização* e, na maioria das vezes, a mulher perde a gestação enquanto aguarda a solução.

Considerações finais

O trabalho que se finda teve a pretensão de abordar a temática da saúde da mulher, enfocando a realidade daquelas que vivenciam uma gestação de alto risco, considerando os aspectos que envolvem o processo saúde/doença e os determinantes

⁴ A SAAF é a mais comum das doenças trombofílicas adquiridas. Está associada a doenças tromboembólicas (trombose venosa profunda ou arterial), trombocitopenia (que paradoxalmente apresenta risco para trombose) e abortos espontâneos de repetição (que são associados à trombose da placenta). Pode ser encontrada em indivíduos aparentemente normais ou nos portadores de doenças autoimunes (artrite reumatoide, lúpus, anemia hemolítica autoimune), doenças neurológicas (enxaqueca, epilepsia, esclerose múltipla, Guillain-Barré), quadros infecciosos (bacterianos, virais ou parasitários) e após uso de alguns medicamentos (alguns antibióticos, clorpromazina, fenitoína, hidralazina, interferon, procainamida, quinidina). Disponível em: www.saaf.org

e condicionantes da saúde desse público específico. Para essa pesquisa, avaliamos essas repercussões vivenciadas pelas usuárias atendidas pelo Serviço Social do ambulatório de pré-natal do Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE, no qual através dos dados coletados, constatamos que no dia a dia, a efetivação dos direitos do acesso à saúde ainda encontra entraves para a sua concretização. Esses entraves vivenciados no cotidiano por essas gestantes, classificadas como de “alto risco”, repercutem diretamente no acompanhamento e nas concepções de saúde e doença dessas usuárias.

Os programas e documentos elaborados pelo Ministério da Saúde relacionados ao atendimento das mulheres, como o PAISM e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, constituem importantes mecanismos para direcionar a assistência à saúde das mulheres, seja pela perspectiva da integralidade, que considera a mulher em todos os aspectos da vida seja pela incorporação das questões de gênero, fator importante para a formulação de políticas públicas para as mulheres, pois considera os papéis socialmente atribuídos a homens e a mulheres, que, na sociedade, se traduzem em iniquidades presentes no cotidiano das mesmas.

É importante lembrar, no entanto, que desde os anos 90 assistimos ao aprofundamento da ofensiva neoliberal o que resultou na precarização das políticas públicas e no tensionamento permanente da política de saúde brasileira a partir da disputa entre dois projetos societários: o projeto do capital e o projeto dos setores progressistas da sociedade (BRAVO, 2007).

Neste contexto, ocorreu a configuração legal da saúde como uma política pública universal, ao mesmo tempo em que se tenta implantar, na realidade, um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde, decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global e das reformas sanitárias propostas pelos agentes financeiros internacionais.

Cenário complexo e rico em desafios para aqueles que lutam e ainda perseguem os ideais da reforma sanitária constituídos pelo Movimento Sanitário a partir dos anos 70 e que precisam ser retomados e ampliados para o âmbito das demais políticas públicas como forma de enfrentar os desafios hoje postos pelo projeto privatista da vida social.

Esse é um movimento amplo e complexo que demanda os esforços articulados de profissionais da saúde - daí a importância da análise da realidade interventiva - pesquisadores, docentes, instituições de pesquisa e demais segmentos dos movimentos sociais que estão em consonância com os princípios da Reforma Sanitária e defendem esse projeto, fundamental para a superação das profundas desigualdades existentes neste país, sobretudo porque o SUS tem servido de modelo para a configuração e estruturação de outras políticas públicas setoriais.

O Serviço Social, de maneira particular, tem um papel fundamental nesse processo, uma vez que cabe a essa categoria formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde, se considerarmos que, para uma atuação que tenha como norte o projeto ético-político-profissional, é necessário articulá-lo,

cotidianamente, ao projeto da Reforma Sanitária (BRAVO, 2007).

A título de conclusão, cabe registrar que os esforços de análise e sistematização dos dados inerentes ao nosso cotidiano de trabalho aqui apresentados constituem uma tentativa de articular os conhecimentos teóricos produzidos pelo Serviço Social no campo da saúde aos princípios do projeto da Reforma Sanitária e do projeto ético-político-profissional, visto que, balizados por estes dois projetos, temos uma maior segurança quanto à qualidade de nossas respostas profissionais às necessidades apresentadas pelos usuários.

Referências

ALENCAR, Mônica Maria Torres de. Família no Brasil dos anos 90: a precariedade nas condições de vida e trabalho. *Em Pauta, Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, UERJ, RJ, n. 16, p.65-78, jan./jul. de 2000.

ARILHA, Margareth. Políticas Públicas de saúde, mulheres e DSTS/AIDS: reajustando o olhar. Coleção ABIA. *Saúde sexual e reprodutiva*, ABIA, Rio de Janeiro, n. 4, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. PAISM – Programa de Atenção à saúde da mulher, 1983. *Política Nacional de Atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Gestão de alto risco: manual técnico*. 3ª ed. Brasília Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher, 2000.

_____. *Lei nº. 11340 de 07 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

BRAVO, M I S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez; RJ: UFRJ.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006.

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. de M. dos; MIOTO, R. C. T. (Org.). *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2009.

CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO, L. P. Política de saúde e serviço social. In: REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. F. (Org.). *Serviço Social e políticas sociais*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009. p. 67-82. (Série Didáticos).

COSTA, Ana Maria; AQUINO, Estela Leão. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A.M.; MERCHAN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Org.). *Saúde e equidade de gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, SH. (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319-336.

GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec Population Council, 1999. Cap. 5.

HECKERT, Sonia Maria Rocha. Identidade e mulher no Serviço Social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, Ed. Cortez, v.12, n. 36., ago. 1991.

SCHRAIBER, Lília; D'OLIVEIRA, Ana Flavia. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – comunicação, saúde, educação*, ago. 1999.

SANTOS et al. Prática educativa no campo da promoção da saúde: potencialidade dos grupos multidisciplinares no contexto hospitalar: O trabalho em saúde. *Revista eletrônica Tempus Acta de Saúde Coletiva*, UNB, v. 5, 2011.

SANTOS et al. Educação Permanente e Serviço Social: relatos sobre a experiência do Programa de Residência em Serviço Social de uma Universidade Pública. In: CBAS, 13., 2010, Brasília.

SANTOS, M.C.B. *Gestão das Políticas de atenção a Gestante de alto risco no município do Rio de Janeiro: uma análise necessária*. Projeto de Pesquisa - Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz. Programa de pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher.

Artigo recebido em: 31 mar. 2011

Aceito para publicação em: 21 mar. 2012