

ANIA TAMILIS DA SILVA

**A REALIDADE DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA
UTI NEONATAL DA MATERNIDADE DARCY VARGAS EM
JOINVILLE/SC E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

**FLORIANÓPOLIS, SC.
2008**

ANIA TAMILIS DA SILVA

**A REALIDADE DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA
UTI NEONATAL DA MATERNIDADE DARCY VARGAS EM
JOINVILLE/SC E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

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

Orientadora: Rosana de Carvalho Martinelli Freitas,
Dra.

**FLORIANÓPOLIS, SC.
2008**

ANIA TAMILIS DA SILVA

**A REALIDADE DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS
NA UTI NEONATAL DA MATERNIDADE DARCY VARGAS EM
JOINVILLE/SC E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina em cumprimento ao requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

APROVADA PELA COMISSÃO EXAMINADORA
EM FLORIANÓPOLIS, 17 DE DEZEMBRO DE 2008.

Profª. Dra. Rosana de Carvalho Martinelli Freitas

Profª. Dra. Teresa Kleba Lisboa - UFSC

Karina Peruzzo Pereira Zimmermann

Dedico este trabalho para minha querida ominha, que,
enquanto presente, tanto me ajudou e me amou...

AGRADECIMENTOS

À Deus, por tudo que aconteceu em minha vida! Por permitir ter uma família abençoada, por ter amigos inesquecíveis, por ter um amor de verdade, e por concluir um curso maravilhoso...

Aos meus pais, Tânia e Renato (chilabugos do meu coração), pelo amor incondicional, pela confiança depositada em mim, e pelo apoio às minhas idéias mais arriscadas... Com vocês aprendi a dar valor à vida, a aproveitar cada momento e a não ter medo de tentar...

Ao meu irmão Renan, pela parceria e pelos momentos de risada! Obrigada pelas inúmeras caronas Joinville-Floripa!

A toda minha família, em especial para Tia Sita e Vó Sara, pelo apoio e incentivo.

Para todas as minhas amigas e amigos, especialmente Maira, Paula, Talita, Eglê, Larissa, Josi, Paty, Maria e Ana Bananex! Todos vocês são seres iluminados, capazes de alegrar qualquer um e qualquer lugar! Vocês tornaram esses anos em Floripa diferentes e especiais...

À todos os colegas de trabalho, por tornarem o ambiente de trabalho mais descontraído! Em especial para Zelita, uma mulher sem igual, dona de um coração gigante, que me ensinou muitas coisas! Seu apoio e compreensão foram essenciais para conclusão do meu curso...

Para Zaira, Karina, Glória e Telma, e demais profissionais da MDV, pela oportunidade de realização do estágio, e por proporcionarem o ambiente de trabalho inesquecível e especial!!!

Para as (os) professoras (os) do Departamento de Serviço Social e funcionárias (os) da UFSC que contribuíram para meu processo de formação acadêmica...

Para minha orientadora Rosana, pela oportunidade de compartilhar seus conhecimentos. Uma pessoa muito especial, que com sua delicadeza e sabedoria, me ensinou os caminhos certos...

Para todas as mães que participaram da pesquisa, pessoas com força e fé inabaláveis.

Por fim...

Ao meu amor, Mateus, obrigada pelo companheirismo, dedicação, carinho e paciência... O seu apoio nos momentos de construção do TCC foi fundamental!

MUITO OBRIGADA!

“Uma UTI infantil, ou neonatal testa violentamente os limites humanos daqueles que a habitam diariamente [...]. Só permanece em uma equipe de UTI quem tem, acima de tudo, muito amor pelas crianças, equilíbrio e fé. As mães e pais, por falta de escolha.” (MIELE, 2004)

RESUMO

SILVA, Ania TAMILIS da. **A realidade das mães de recém-nascidos internados na UTI neonatal da maternidade Darcy Vargas (MDV) em Joinville/SC e a intervenção do serviço social.** 2008. 95 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

O elemento norteador deste trabalho monográfico é analisar a realidade das mães de recém-nascidos internados na UTI Neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV) em Joinville/SC, e tem como objetivo, diante da realidade das mães, identificar necessidades e o perfil sócio-econômico destas e assim, contribuir para uma intervenção mais qualificada dos profissionais da MDV, em especial o Serviço Social, junto a estas famílias. Durante a realização do estágio obrigatório no setor de Serviço Social da MDV, foi feita uma pesquisa exploratória, com 25 entrevistas, no período 19/04/2008 a 16/06/2008 com as mães que tinham seus filhos (as) internados na UTI Neonatal. Para coleta de dados foi verificada diariamente a identificação de recém-nascidos que se encontravam internados na UTI; visitas diárias a UTI Neonatal; visitas semanais aos quartos em que as mães estavam alojadas; entrevistas, com a utilização de questionários: um fechado, denominado sócio-econômico, e outro aberto, com perguntas relativas ao momento atual e específico de sua vida e à vida do RN, pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. Este trabalho apresenta o contexto sócio-econômico das famílias brasileiras na atualidade, a partir da Síntese de Indicadores Sociais de 2007, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 2006 do IBGE. Apresenta elementos que possibilitam uma aproximação da política de saúde implementada no município de Joinville/SC. Ao final, são elencadas algumas considerações tendo como referência o trabalho realizado, bem como sugestões, demandas e desafios para o Serviço Social, aos demais profissionais da MDV e à própria MDV.

Palavras-chaves: Realidade das mães. Famílias brasileiras. Política de Saúde Municipal.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1: Localização de Joinville no mapa brasileiro.....	40
Figura 2: Localização de Joinville em Santa Catarina.....	41
Tabela 1: Distribuição de renda na população urbana de Joinville em 2005.....	42
Tabela 2: Classificação de Renda das Famílias em Salários Mínimos.....	72
Tabela 3: Classificação de Rendimentos <i>Per Capita</i> das Famílias	74
Tabela 4: Classificação de Rendimentos <i>Per Capita</i> das Famílias e a Escolaridade dos pais.....	75

LISTA DE SIGLAS

CAD - Centro de Atenção Diária
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CCIH – Centro de Controle de Infecção Hospitalar
CEBES - Centro Brasileiro de Estudo em Saúde
CEREST - Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
DIU - Dispositivo Intra Uterino
DN - Declaração de Nascimento
DO - Declaração de Óbito
FC - Fundamental Completo
FI - Fundamental Incompleto
HMSJ - Hospital Municipal São José
HRHDS - Hospital Regional Hans Dieter Schmidt
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índices de Desenvolvimento Humano
INE - Instituto Nacional de Estatística
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MDV - Maternidade Darcy Vargas
MC - Médio Completo
MI – Médio Incompleto
NAIPE - Núcleo Assistência Integral a Pacientes Especiais
OSS - Orçamento da Seguridade Social
OMS - Organização Mundial da Saúde
PME - Pesquisa Mensal de Emprego
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
POASF - Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PDR - Plano Diretor Regionalizado
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PIB - Produto Interno Bruto
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PAPS - Pronto Acolhimento Psico-Social
PAM - Posto de Atendimento Médico
PMS - Plano Municipal de Saúde
RMG - Relatório Municipal de Gestão
RN - Recém-Nascido
SIS - Síntese de Indicadores Sociais
SC - Superior Completo
SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SI – Superior Incompleto
SM - Salário Mínimo
SUS - Sistema Único de Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UADQ - Unidade de Atendimento Dependência Química

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	A FAMÍLIA BRASILEIRA NO SÉCULO XXI: CONCEITOS E INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS.....	14
2.1	Família: conceitos contemporâneos.....	14
2.2	A realidade da família brasileira: indicadores da realidade social e econômica.....	21
3	A POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE/SC.....	30
3.1	A institucionalização do SUS e os diferentes conceitos de saúde.....	30
3.2	Um breve histórico do município de Joinville/SC.....	38
3.3	A política de saúde na esfera municipal.....	42
4	A MATERNIDADE DARCY VARGAS E A REALIDADE DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UTI NEONATAL.....	53
4.1	Procedimentos da pesquisa realizada com mães de Recém-Nascidos internados na UTI Neonatal.....	53
4.2	A Maternidade Darcy Vargas.....	57
4.2.1	Serviço Social da MDV: sua história, seus objetivos, suas demandas e ações profissionais.....	61
4.3	Análise da pesquisa: a realidade socioeconômica das mães, suas demandas e desafios.....	65
4.3.1	Identificação Familiar dos RN Internados na UTI Neonatal.....	66
4.3.2	Demandas e desafios: para o Serviço Social, para os profissionais e para a Maternidade Darcy Vargas.....	76
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICES.....	100
	APÊNDICE A: Questionário 1.....	101
	APÊNDICE B: Questionário 2.....	104

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso objetiva analisar a realidade das mães de recém-nascidos internados na UTI Neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV) em Joinville/SC. A pesquisa apresentada nesse trabalho está relacionada ao projeto de intervenção implementado na MDV, a partir da experiência de estágio curricular obrigatório realizado no setor de Serviço Social, mediante a identificação de várias demandas que exigiram intervenção e resolutividade do assistente social. A questão norteadora da pesquisa é identificar quais são as contribuições que este estudo da realidade das mães trará para uma intervenção mais qualificada do Serviço Social junto à famílias, assim como para os demais profissionais da MDV e para a instituição. Foi realizada uma pesquisa exploratória, a partir de 25 entrevistas, no período 19/04/2008 a 16/06/2008 com as mães que tinham seus filhos (as) internados na UTI da MDV de Joinville/SC.

Para alcançar tal objetivo este trabalho foi estruturado em três seções. Na primeira se apresenta o atual contexto sócio-econômico das famílias brasileiras, visando identificar em que medida a população atendida na MDV se insere no conjunto das famílias brasileiras, a partir da Síntese de Indicadores Sociais (SIS) de 2007, elaborada pelo IBGE, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 2006. E identificar os conceitos de família a partir de autores da área de ciências humanas e sociais aplicadas, pelo Estado e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Posteriormente, na segunda seção, serão trazidos elementos que possibilitem uma aproximação da política de saúde implementada no município de Joinville/SC. Para tal aproximação, foi fundamental recuperar brevemente a história da institucionalização da saúde enquanto direito social, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), alguns avanços nesta área, os instrumentos de Gestão do SUS, e as alterações conceituais de saúde. Como o recorte de análise da política de saúde restringe-se ao município de Joinville/SC, foi realizada uma breve apresentação das características sócio-econômicas do município. E, para identificar aspectos sobre o atendimento da saúde neste município, as fontes utilizadas foram: Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (PMS, 2005), o Relatório Municipal de Gestão do ano 2007 (RMG, 2007), e o Plano Municipal de Assistência Social 2005-2008 (PMAS, 2005), três documentos que são referência para o processo de planejamento, execução e avaliação das políticas de saúde e assistência social no município de Joinville.

A última seção apresenta a análise da pesquisa, que como mencionado anteriormente, teve como objetivo conhecer a realidade das mães, a partir de indicadores sócio-econômicos, bem como identificar suas demandas. Constitui-se ainda como objetivo, identificar se as demandas eram particulares e/ou são semelhantes a demandas coletivas existentes, quando o tema é o atendimento de recém-nascidos internados em UTI Neonatal, e o que as mães apontam como exigência para intervenção do profissional de Serviço Social e demais profissionais da MDV.

Segundo Rabelo et al. (2007, p. 334), diante do nascimento prematuro de um bebê, a família tende a ficar desorientada com este fato novo, pois a desestabiliza, e “as idealizações antes sonhadas se transformam em angústias e incertezas”. Na MDV, o acesso a UTI Neonatal é permitido por 24 horas para pais e mães e a instituição fornece para as mães alojamento, para que assim elas passem a ser acompanhantes de seus filhos. A principal finalidade é que estas auxiliem nos cuidados no RN, assim como visa contribuir para permanência do vínculo afetivo.

Nesta seção os procedimentos da pesquisa foram apresentados, assim como as atividades de implementação do projeto de intervenção na MDV, através da realização de uma pesquisa exploratória, pesquisa bibliográfica, e a elaboração de questionários, etc. É fundamental também conhecer a Maternidade Darcy Vargas, a partir de aspectos históricos e os serviços disponibilizados a gestante, parturiente, RN, e família. E, em especial, conhecer o setor de Serviço Social da maternidade, a partir da identificação de demandas, ações profissionais, sua história e objetivos. Este setor faz parte dos serviços da área técnica, e presta atendimentos que visam atender as necessidades dos RN, das gestantes, parturientes e famílias, na busca de consolidar a cidadania, a partir do que compete o SUS e serviços disponibilizados pelo setor de Serviço Social.

Ao final desta última seção apresenta-se a análise das entrevistas que tiveram como objetivo conhecer elementos sócio-econômicos e a realidade das mães e suas famílias, para que estas informações possam apontar práticas interventivas e elencar desafios ao profissional de Serviço Social, para a equipe multidisciplinar, para a equipe da UTI Neonatal e para a instituição.

Finalizando, são realizadas algumas considerações tendo como referência o trabalho realizado, bem como sugestões visando contribuir para uma intervenção mais qualificada do

Serviço Social junto às famílias atendidas na MDV, assim como, para os demais profissionais da MDV e para a instituição.

2 A FAMÍLIA BRASILEIRA NO SÉCULO XXI: CONCEITOS E INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS

Tendo em vista os objetivos deste trabalho monográfico, esta seção apresenta elementos relacionados à família brasileira no século XXI. A discussão sobre família adentra um universo amplo, complexo e diverso, pois envolve relações sociais que oscilam de acordo com o contexto social vivenciado.

Embora o objetivo central desta seção não seja a análise do percurso das famílias ao longo da história, e sim expor a situação socioeconômica da família brasileira neste século, se faz necessário esboçar alguns conceitos referentes à família, porém o faremos sem problematizá-los. Juntamente com os conceitos de família, serão abordados os principais arranjos familiares presentes no contexto atual explanados por autores da área de ciências humanas e sociais aplicadas; como o Estado entende o conceito e como atua nas famílias; bem como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) abrange o conceito de família em suas pesquisas.

Ao final desta seção, através da Síntese de Indicadores Sociais (SIS) feita no ano de 2007 pelo IBGE e com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada no ano de 2006, serão apresentados os indicadores sociais das famílias brasileiras.

2.1 Família: conceitos contemporâneos

A família e seus diversos arranjos têm sido marcados historicamente por profundas transformações. A humanidade sempre buscou se organizar em grupos, formando assim famílias, tribos e clãs com a finalidade de garantir a sobrevivência, proteger e reproduzir sua espécie e dominar a natureza. Com o passar dos séculos e as transformações nas sociedades, verifica-se que cada família se forma com base em sua cultura, suas crenças e seus valores, formando assim os grupos sociais e ocupando um lugar na sociedade (ROSA, 2006).

Ao abordar assuntos relacionados à família, verificam-se constantes contradições entre padrões socialmente estipulados e as diversas representações de família na sociedade. É fundamental romper com paradigmas e julgamentos de valor perante as diversas manifestações de família, compreender que os pré-julgamentos levam as famílias a serem descaracterizadas como instituições de referência.

São diversos os autores que definem família, e existe uma vastidão teórica relacionada a esta área. A partir da revisão bibliográfica realizada, no período de julho a setembro de 2008, podemos destacar as contribuições de: Aboim (2003); Bruschini (1989); Da Matta (1987); Lima (2006); Miotto (1997, 2001, 2006) e Soifer (1982).

Para Soifer (1982) o conceito de família abrange mais do que a união por laços consanguíneos, ou seja, a família é:

Um núcleo de pessoas que convivem num determinado lugar, durante um lapso de tempo e que se acham unidos ou não por laços consanguíneos (SOIFER, 1982, p. 22).

A autora Miotto (1997) complementa:

Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros e se encontra diretamente, articulado com a estrutura social a qual está inserida (MIOTTO, 1997, p.20).

A família, para esta mesma autora, pode ser compreendida como um espaço de preservação da vida, sendo o lugar onde as pessoas aprendem a ser e conviver em sociedade. O ambiente onde se aprende a “ser gente”, pois a família cria um ambiente diário de nascimento de vidas, e estas precisam ser cuidadas, amadas, acalentadas, protegidas e educadas, para crescerem e se desenvolverem. É nesse ambiente que se processa a socialização e o desenvolvimento das personalidades humanas.

Podemos entender que a família não se enquadra em modelos estipulados e padronizados, ela se constrói a partir de suas representações dentro do contexto social que vivenciam. E deve ser pensada como um lugar privilegiado de proteção da vida, especificamente pelo cuidado de uma geração com outra. Sendo assim, o contexto familiar será elaborado à medida que cada membro constrói seu papel social.

Diante disso, a família deve ser compreendida no contexto em que vive, e sempre estará em constante movimento de transformação. Ela reflete as mudanças sociais e paralelamente atua sobre elas, ocupando um importante papel no movimento da sociedade.

Da Matta (1987) compreende a família a partir do estabelecimento de uma rede de relações, com a formação de um grupo social, e também através de outros elos.

Funda-se na genealogia e nos elos jurídicos, mas também se faz na convivência social intensa e longa. É um dado de fato da existência social, e também constitui um valor, um ponto do sistema para qual tudo deve tender (DA MATTA, 1987, p. 125).

Sabemos que a sociedade ao longo dos anos sofreu transformações profundas de conjuntura e, juntamente com estas transformações a família também mudou para acompanhar e se adaptar ao contexto. A construção de cada família se faz de maneira particular, pois depende das relações sociais estabelecidas entre os membros da família. Ou seja, a família é uma instituição mutante, que altera sua forma e composição de acordo com suas representações e relações sociais.

Existem diferentes formas de compreender família, devido ao fato de se agruparem de diversas maneiras e apresentarem diversos arranjos. Segundo Aboim (2003), família pode ser entendida também como agregado doméstico. O agregado doméstico abrange a convivência de pessoas num mesmo espaço habitacional, comumente chamado de casa. E estes grupos de pessoas partilham o mesmo teto, recursos e atividades.

A família como agregado doméstico não se restringe a laços sanguíneos ou relações de parentesco, ela se funde com base na estrutura doméstica. Lima (2005) afirma também que nesta mesma estrutura doméstica é possível identificar o tipo de relação existente entre os membros (laços de sangue, de aliança, de afinidade, de trabalho, etc.) como também o tipo e a quantidade de núcleos familiares que compõem o agregado doméstico.

Existem vários tipos de agregados domésticos, segundo os estudos de Aboim (2003):

- Agregado doméstico sem núcleo familiar: formado por pessoas que moram sozinhas ou por um grupo de pessoas que coabitam o mesmo espaço e mantém algum tipo de relacionamento entre si, porém não existem núcleos conjugais ou de parentesco;
- Agregado doméstico de família simples: formado por casais sem filhos e/ou com filhos, porém sem nenhuma outra pessoa;
- Agregado doméstico de família alargada: formada por casal com ou sem filhos e por outras pessoas, podendo ser parente ou não; e
- Agregado doméstico de família múltipla: formada por vários núcleos conjugais ou parentais.

Com base nessas diferentes formas de estruturas familiares existentes, verifica-se o movimento dinâmico presente nas famílias. É necessário apreender esses movimentos, pois as famílias vêm se constituindo como referência para as políticas sociais no Brasil. (GOLDANI, 2002)

É fundamental compreender como a família se constrói e reconstrói no seu cotidiano, como esses agregados domésticos vivenciam a relação de solidariedade entre seus membros, através do cuidado e proteção.

Ao longo da história a família sofreu modificações e precisou se adaptar às transformações globais, além de assumir características impostas pelo Estado. Com base nas mudanças societárias ocorridas no Brasil desde a década de 1960, será abordada a conceituação de família pelo Estado e sua importância para sociedade, haja vista que ela é foco de intervenção e atuação do Estado no que diz respeito à proteção social. A família como toda e qualquer instituição social deve ser encarada como um lugar com muitas contradições. Portanto, é essencial que o Estado tenha clareza disso para o desenvolvimento de políticas sociais.

Com base no levantamento bibliográfico realizado entre julho a setembro de 2008, tendo como destaque os autores Carvalho (1995); Goldani (2002); Lima (2006); Martin (1995); Miotto (2008); Romanelli (1997); Soifer (1982); Souza (2000); percebe-se que a interferência do Estado na família não é linear e homogênea, pois se transforma de acordo com o contexto socioeconômico e com as distintas realidades culturais vivenciadas.

Primeiramente, sabe-se que o modelo de família assumido como universal pelo Estado, foi a família nuclear, denominado um modelo burguês, que serviu como sistema de controle que orientou e em alguns casos ainda orienta as políticas sociais. Para Goldani (2002, p.33) a família nuclear seria formada por “[...] um casal heterossexual, legalmente casado, com dois filhos (um de cada sexo) e todos vivendo em casa própria, onde o marido seria provedor e a mulher a dona de casa.” Ou seja, uma família heterossexual, monogâmica e patriarcal.

Em concordância com esta mesma autora, ela salienta que o contexto vivido nos anos 1960 e 1970 foram intensos, marcados por carência de mão-de-obra, pela emergência do movimento feminista e liberação sexual, controle sobre o número de membros na família, entre outros fatos. Neste mesmo período, segundo estudos de Lima (2005) os estudiosos e pesquisadores passaram a dar mais atenção aos novos modelos de família que se apresentavam na sociedade, dando maior visibilidade aos novos arranjos familiares, tendo em visto que o modelo nuclear burguês já não coincidia com a realidade.

Com a expansão do movimento feminista neste período no Brasil, as mulheres passaram a ocupar espaços que antes eram exclusivos para os homens, inclusive na

administração da vida familiar e profissional, e Romanelli (1995) complementa que em decorrência houve o rompimento com o paradigma de que o homem é o provedor e responsável pela manutenção da casa, da esposa e dos filhos. Neste conceito definido pelo Estado verifica-se a divisão de papéis estipulados, onde a mãe cuida da casa e dos filhos e o pai é o chefe da família. Mas este conceito não se apresenta mais como modelo dominante, pois a família está em constante transformação, resultando em novos modelos familiares.

Com relação aos anos 1980, Goldani (2002) ressalta que devido à crise econômica, a família passa a ampliar o apoio a seus membros na busca de melhoria de vida e manutenção da casa. Isto fez com que a família se reorganizasse e inserisse novos membros no mercado de trabalho, especialmente mulheres adultas e filhos jovens, inclusive reformulando no âmbito interno da família os padrões de consumo e dieta alimentar.

Nos anos 1990, o Estado assume uma versão liberal de proteção social e passa a considerar as políticas sociais como “gastos sociais”. Para Mioto (2008), nesta década acontece um acirramento entre diferentes projetos políticos que envolvem a proteção social para as famílias, principalmente pela retração do Estado e exigências de movimentos sociais pelo cumprimento da Constituição Federal de 1988, pois com o estabelecimento da Seguridade Social como direito, a família alcança um lugar central nas políticas públicas.

O que se tinha na realidade econômica era um aprofundamento da vulnerabilidade social¹ de muitas famílias diante de um contexto de precariedade nas relações trabalhistas, com aumento de riscos para os trabalhadores e conseqüente desproteção para os membros da família. Os limites e incapacidades do capitalismo afluam cada vez mais na vida e na família dos trabalhadores, corroborando que não era possível somente a família e o mercado promoverem bem-estar para os indivíduos. E conseqüentemente, com o surgimento de novas organizações familiares, muitas não conseguiam ou não tinham capacidade de atuar em espaços que eram destinados a proteção do Estado.

¹ Observa-se que a expressão *vulnerabilidade social* está se fazendo presente nos mais variados discursos atualmente. Para Almeida (2005) e Gomes & Pereira (2005), o conceito de *vulnerabilidade social* está relacionado com a miséria estrutural, agravada pela crise econômica, porém sua definição não se restringe aos aspectos de natureza econômica, mas também com o envolvimento da família em situações que fragilizam os vínculos afetivo-relacionais de pertencimento social (discriminações etárias, gênero, deficiência, étnicas) ou que estejam relacionados com violência, território, representação política, tráfico de drogas; que de alguma forma afetam as pessoas. Podendo ser gerado pela sociedade ou pelas subjetividades dos próprios indivíduos, levando as famílias a enfrentarem fome, miséria, instabilidade, e sem conseguir responder às necessidades básicas de seus membros.

O Estado, diante de sua reorientação quanto às suas responsabilidades, resolve “ressuscitar” a autonomia das famílias, passando a valorizar sua atuação e suas possibilidades de suprimento de bens e serviços. Assim, a família ao ser definida como instância privada estabelece uma divisão de papéis entre os homens e as mulheres, com obrigações morais de provisão familiar. Acontece uma naturalização da família como fonte de proteção social, estipulando que a mesma, idealizada pelo Estado Neoliberal, deve ser capaz de se auto-sustentar através do oferecimento de produtos e serviços para o mercado. Miotto (2008) ressalta que foram transferidos também para o interior das famílias os problemas e conflitos pelo modo de produção estabelecido. Sendo assim, as famílias se defrontam com novas responsabilidades. Para Goldani (2002), isto faz com que elas passem por mudanças estruturais, podendo ser identificadas uma diversidade de arranjos sexuais, novas tecnologias reprodutivas, aumento das mulheres no mundo do trabalho, mudança nos papéis de gênero, divórcios e nascimentos fora do casamento.

Neste contexto, na tentativa de regular as relações entre economia e as demandas sociais, cada vez mais fortemente marcadas pelo aprofundamento da questão social, a proteção social passa a ganhar *status* de direito de cidadania, devendo o Estado gerir profissionais que atuem junto às famílias vulneráveis. Diante da vulnerabilidade social de muitas famílias e com um cenário crescente de famílias pobres e desprotegidas, em constante risco social², o Estado passa a atuar e direcionar as políticas sociais para estas famílias, porém de maneira focalizada, sem na verdade corrigir as desigualdades, somente condicionando e regulando as famílias e suas condições de vida.

Goldani (2002) ressalta que o Estado ao dar ênfase à família como foco de atenção primária dos programas e políticas sociais, considera que as mesmas são instituições primordiais na formação de atitudes, valores e padrões de conduta de seus membros, pois apresentam habilidade de promover estratégias adaptativas. Como também estão expostas as mudanças que o Estado promove em termos de bem-estar da população.

A família atualmente continua a exercer suas funções de forma compartilhada com o Estado via políticas públicas e vem desempenhando papéis similares ao do Estado em suas

² Para Lescher (2004) e Tricarico (2007) o conceito de *risco social* está relacionado com a condição que colocam pessoas, devido a circunstâncias da vida, expostas à violência, ao tráfico de drogas e a um conjunto de privações de ordem afetiva, cultural e socioeconômica, que impedem o pleno desenvolvimento bio-psico-social. Cabe ressaltar que existe um documento institucional do Banco Mundial para tratar a política social como “gestão do risco social”.

formas de atuação. Segundo Carvalho (1995, p. 298), ambas as instituições “regulam, normatizam, impõem direitos de propriedade, poder e deveres de proteção e assistência”, confirmando assim, que são fundamentais para o bom funcionamento das sociedades capitalistas. O Brasil presencia um crescimento das taxas de desemprego, desigualdades salariais e pobreza. É fundamental que as políticas sociais e econômicas se adaptem de forma a oferecer realmente mudanças positivas. E se excluam as políticas que hoje se direcionam para as famílias, de forma extremamente conservadora e assistencialista.

A elaboração de políticas sociais deve estar voltada para as famílias que realmente vivem em nossa sociedade, para isso, é fundamental conhecer as famílias, seus tipos e estruturas. Ou seja, as políticas devem abranger todos os membros da família e não somente o indivíduo beneficiado, tendo em vista que ocorre uma redistribuição de recursos no interior das mesmas, inclusive liberando as mulheres de responsabilidades exclusivas, pois isto pode impedir que as mesmas participem do mercado de trabalho, freqüentem escolas, etc.

Diante do conhecimento do tratamento dispensado pelo Estado às famílias, se utilizará como fonte de pesquisa os indicadores sociais das famílias brasileiras, com base na PNAD de 2006, a partir da SIS 2007 do IBGE. Ressalta-se que, para esta fonte de pesquisa, o entendimento de família se dá a partir do espaço doméstico, preocupando-se com as subdivisões existentes no interior destas famílias, e tendo como base uma pessoa que se responsabiliza e/ou provê a família, denominada pessoa de referência. Porém, este conceito não se assemelha a compreensão de família como agregado doméstico e suas diferentes formas, justamente por exigirem como critério uma pessoa de referência e sua forma de ligação com as outras pessoas que residem na mesma casa, pois nos agregados domésticos podem não existir pessoas de referência.

As PNADs em suas pesquisas distribuem os moradores de um domicílio em dois agrupamentos: o “domicílio” e a “família”, sendo a família (ou as famílias) identificada a partir do domicílio. Na PNAD existe a preocupação em identificar a existência de núcleos familiares diferentes, e descobrir qual a forma de dependência dos moradores em relação à pessoa de referência, esta definida pelo IBGE em 1988 como “a pessoa (homem ou mulher) que é a (principal) responsável pelo domicílio”. No estudo de Lima (2005), observamos que os moradores deste domicílio podem identificar-se como uma família, e a pesquisa pode vir a dividir esta família em dois ou mais núcleos. Desta forma, identifica-se que existem arranjos familiares com diferentes formas de organização.

Para Medeiros et al. (2002), nas PNADs o domicílio pode ser definido como um local de moradia (formada por qualquer tipo de edificação), ou seja,

Por *domicílio particular* entende-se a moradia com um ou mais cômodos, que atende aos critérios de separação e independência e onde há pessoas que vivem sós ou conjuntos de pessoas que vivem ligadas por *laços de parentesco* (admitindo qualquer grau de parentesco reconhecido pelos indivíduos), *dependência doméstica* (relação entre empregados domésticos e empregadores) ou *normas de convivência* (regras estabelecidas para o convívio de pessoas sem laço de parentesco ou dependência doméstica que vivem juntas) (MEDEIROS et al, 2002, p. 09).

A definição das famílias nas pesquisas demográficas, conforme observado por diversos autores, entre eles Medeiros et al. (2002) e Lima (2005), são feitas com base em três aspectos fundamentais: o número de pessoas, a identificação das gerações de parentes de primeiro grau e sua situação conjugal. Estes critérios permitem definir, em um só domicílio, distintos arranjos familiares, e estes podem estar agrupados e organizados de diferentes formas, dependendo do objetivo das pesquisas e qual o tipo de análise se pretende obter. O fundamental é conhecer a ligação com a pessoa de referência e seus dependentes, excluindo da pesquisa o espaço doméstico ou a rede de relações.

A partir da breve apresentação dos conceitos de família, embasados em projetos políticos com diversos interesses, na seqüência este trabalho se baseará na SIS 2007³, que abrange todo o território nacional, com o intuito de apresentar elementos que permitam identificar as características da família brasileira deste século, pois nas PNADs são levantadas diversas informações para os estudos sobre as características das famílias no Brasil, como elementos relacionados à renda, trabalho, educação, fecundidade, entre outros.

2.2 A realidade da família brasileira: indicadores da realidade social e econômica

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é uma instituição da administração pública federal, subordinado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Esta instituição visa identificar e analisar o território nacional, contar a população, índices econômicos e sua evolução através do trabalho e da produção das pessoas, e busca também revelar como vive a população brasileira. Para que suas atividades possam cobrir

³ Para mais informações, consulte:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindic sociais2007/indic_sociais2007.pdf.

todo o território nacional, o IBGE possui a rede nacional de pesquisa e disseminação, composta por:

- 27 Unidades Estaduais (26 nas capitais dos estados e 1 no Distrito Federal)
- 27 Setores de Documentação e Disseminação de Informações (26 nas capitais e 1 no Distrito Federal)
- 533 Agências de Coleta de dados nos principais municípios.

Seu surgimento se deu em decorrência da carência de um órgão capacitado em articular e coordenar as pesquisas estatísticas, que unificasse a ação dos serviços especializados em funcionamento no País, então, foi criado em 1934, do Instituto Nacional de Estatística (INE), que iniciou suas atividades em 1936. No ano seguinte, foi instituído o Conselho Brasileiro de Geografia, incorporado ao INE, que passou a se chamar, então, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

As principais funções atribuídas ao IBGE, segundo seu próprio site, são:

- Produção e análise de informações estatísticas.
- Coordenação e consolidação das informações estatísticas.
- Produção e análise de informações geográficas.
- Coordenação e consolidação das informações geográficas.
- Estruturação e implantação de um sistema das informações ambientais.
- Documentação e disseminação de informações.
- Coordenação dos sistemas estatísticos e cartográficos nacionais.

As informações e estatísticas elaboradas pelo IBGE, que estão relacionadas ao âmbito social e demográfico, são coletadas através de: Censos Demográficos (realizado em períodos de 10 em 10 anos), a PNAD (anualmente), a Pesquisa de Economia Informal Urbana (de periodicidade quinquenal), a Pesquisa Mensal de Emprego (PME) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), também quinquenais, assim como pesquisas fundamentadas em registros administrativos, como o Registro Civil, a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária e a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico.

Para a explanação da atual situação das famílias brasileiras, a PNAD permite mostrar os indicadores sociais recentes. A PNAD é:

[...]um sistema de pesquisas por amostra de domicílios que, por ter propósitos múltiplos, investiga diversas características socioeconômicas, umas de caráter permanente nas pesquisas, como as características gerais da população, educação, trabalho, rendimento e habitação, e outras com periodicidade variável, como as

características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e outros temas que são incluídos no sistema de acordo com as necessidades de informação para o País. (IBGE, 2004, p. 1)

Na PNAD do ano de 2006 foram pesquisadas 410.241 pessoas e 145.547 unidades domiciliares distribuídas por todas as Unidades da Federação. A população brasileira é de 187,2 milhões de habitantes e uma densidade demográfica de 22 hab./km². A maior concentração está nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que ao total somam 120,4 milhões de habitantes ou 64,3% da população do Brasil, e apresentam maior desenvolvimento sócio-econômico.

Um indicador demográfico importante é a razão de habitantes por sexo. Verificou-se um declínio do número de homens em relação às mulheres, um fator a ser avaliado é a mortalidade masculina. A região metropolitana com menor índice foi Rio de Janeiro apresentava 86,4 homens para cada 100 mulheres e a maior foi Porto Alegre com 92,6 homens para cada 100 mulheres.

O número de crianças e adolescentes até 14 anos representava 25,8% de toda a população. Já pessoas idosas, com 70 anos ou mais, representam 4,6% da população total. A relação de dependência desses dois segmentos da população em relação a pessoas potencialmente ativas ou disponíveis para atividades econômicas, com idade de 15 a 64 anos, está em declínio. Santa Catarina apresenta o menor índice de dependência do Brasil.

A taxa de fecundidade vem decrescendo atualmente, mediante um processo acelerado e intenso. A taxa apresentada é de 2,0 filhos, um número médio durante o período fértil de uma mulher. Juntamente com estes dados, cabe ressaltar que o índice de mortalidade infantil está em declínio, e um fator contributivo, segundo a SIS, é o considerável aumento de domicílios com saneamento básico adequado.

Com relação aos indicadores de educação, percebe-se um aumento nas taxas brutas de frequência à escola de alguns segmentos etários. Para as crianças de 0 a 3 anos de idade, os percentuais dobraram de 7,4% para 15,5%. Na faixa etária seguinte, que vai dos 4 aos 6 anos, as taxas passaram de 53,8% para 76,0%, o que significa um aumento de mais de 40%. O acesso à escola para a faixa etária de 7 a 14 anos “é praticamente universal” (IBGE, p 36, 2007), porém não especifica qual a taxa percentual de acesso a escola. Para os adolescentes de 15 a 17 anos de idade, a taxa de acesso à escola tendo cresceu de 69,5% para 82,2%, porém este resultado não é significativo, haja vista que não atinge sequer metade do segmento

populacional, que assume 47,1%. A faixa etária de 18 a 24 anos de idade aumentou, pois passou de 28,4% para 31,7%.

O Brasil possui uma taxa de analfabetismo um pouco superior à média latino-americana, em 2005, apresentava um percentual de 11,1%, numa faixa etária de 15 ou mais, para a população urbana. Em 2006 o percentual nesta mesma faixa etária é de 10,5%, correspondente a 14,4 milhões de pessoas. A tendência de queda da taxa de analfabetismo é nítida, mas ocorre em ritmo lento. O analfabetismo está concentrado nas camadas mais pobres, nos mais idosos, entre aqueles de cor preta e parda, e nas localidades menos desenvolvidas.

Quando a pesquisa retrata elementos referentes ao domicílio, é necessário pensarmos o domicílio como um conjunto de elementos relacionados ao saneamento básico (como abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo), da infra-estrutura urbana e aos serviços educacionais, de saúde e de transporte. A SIS de 2007 revela a existência de aproximadamente 55 milhões de domicílios, e um crescimento de quase 3% em relação a 2005, e o número médio de pessoas por domicílio foi de 3,4. Destes domicílios, 85% estão presentes em áreas urbanas. Este percentual, segundo a SIS de 2007 demonstra o processo de urbanização que tem ocorrido no País, de forma bastante intensa e concentrando populações nas últimas décadas nas grandes metrópoles.

Para analisar as condições socioeconômicas dos moradores, é comumente utilizado o rendimento domiciliar *per capita*, pois permite mensurar como estão distribuídos os recursos pelo conjunto de pessoas unidas por laços de parentesco ou adoção.

Os rendimentos, na PNAD (2006), são transformados em salários mínimos. Em 2006, 20,6% dos domicílios urbanos brasileiros estavam na faixa de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo de rendimento domiciliar *per capita*. Porém, este percentual não expressa uma homogeneidade entre as regiões, pois na Região Nordeste, 39% dos domicílios estavam neste mesmo patamar de rendimento médio mensal e, no Norte, 32,5%. Já na região Sul e Sudeste, os valores foram bem mais baixos: 12,5% e 13,6%, respectivamente. Com relação à distribuição dos domicílios segundo sua condição de ocupação, a pesquisa revela que em relação aos imóveis: 73,0% são próprios; 18,7% são alugados; e 7,7% são cedidos.

Com relação ao saneamento básico, especificamente em relação à distribuição de água por rede geral, no conjunto do país, 93,2% do total dos domicílios urbanos contavam com este serviço. Porém, na Região Norte, existem 31,4% domicílios sem serviço de abastecimento de

água. Em relação à rede de esgoto, constatou-se que 66,8% dos domicílios brasileiros eram atendidos por este serviço. E novamente na Região Norte, apenas 12,6% dos seus domicílios existia este serviço. Em relação à coleta de lixo, 89,8% dos domicílios foram atendidos. Na relação dos índices de saneamento básico e do rendimento *per capita* é gritante o contraste existente. Identificou-se que 40,2% dos domicílios atendidos situavam-se na faixa de até ½ salário mínimo, já este índice aumenta significativamente para 81,9%, na faixa de mais de 5 salários mínimos. O acesso à iluminação elétrica atinge 99,7% dos domicílios urbanos.

O termo família, usualmente utilizado pelo IBGE (2007),

Compreende igualmente arranjos familiares onde existam laços de consangüinidade, dependência econômica e/ou residência em um mesmo domicílio Assim, têm sido considerados como “famílias” as pessoas que moram sós - “famílias unipessoais” - os grupos com até cinco pessoas que vivem sob o mesmo teto, ainda que não tenham vínculos de parentesco - “famílias sem parentesco” - e os grupos que abrangem as famílias com parentesco. (IBGE, 2007, p. 84)

Nesta pesquisa, os arranjos foram assim distribuídos:

a) famílias constituídas por casais com ou sem filhos; b) famílias de mulheres sem cônjuge com filhos; c) outros tipos, como monoparental masculino, ou irmãos, primos, entre outras combinações de parentes; d) arranjos constituídos por pessoas conviventes sem laços parentesco; e, por último, (e) arranjos unipessoais. (IBGE, 2007, p.85)

Com relação a estes arranjos familiares, cabe destacar um crescimento da proporção de pessoas que vivem sozinhas, dos casais sem filhos, das mulheres sem cônjuge e com filhos na chefia das famílias e também, uma redução da proporção dos casais com filhos. A relação do tipo monoparental feminino tem expressão significativa nas áreas urbanas, principalmente, no contexto metropolitano. Houve um aumento significativo nos arranjos familiares que tem chefia feminina, mesmo onde há presença de cônjuge. A média nacional foi de 20,7%, enquanto nas Regiões Metropolitanas os valores variaram entre 17,7%, na do Rio de Janeiro, a 30,5%, na de Fortaleza. Porém, em 80% dos arranjos de chefia feminina, não contam com a presença do cônjuge masculino.

Para o IBGE (2007, p.86), são duas principais hipóteses que explicam o aumento continuado desse tipo de arranjo no momento atual: “o “empoderamento” das mulheres por um lado, e o desemprego dos homens”. A SIS de 2007 também confirma tendência de redução do tamanho da família, que passou da média de 3,6 pessoas, em 1996, para 3,2, em 2006. Do total de arranjos onde há presença de filhos (51,8%) todos tinham filhos menores de 16 anos.

Com relação ao rendimento familiar, tendo em vista o nível de bem estar das famílias, conforme o acesso a bens e serviços básicos no Brasil, observa-se que o valor médio do rendimento familiar *per capita*, estava em torno de R\$ 596,00, contudo, em metade das famílias, o rendimento ficou abaixo de R\$ 350,00. Em famílias situadas nos quatro primeiros décimos da distribuição de renda, o valor médio do rendimento era R\$ 147,00, o que correspondia a pouco menos de $\frac{1}{2}$ salário mínimo⁴. No último décimo, o rendimento alcançou quase R\$ 2.678,00, ou seja, 18 vezes mais. Considerando o conjunto de cerca de 565 mil famílias correspondente ao 1% mais rico, o rendimento médio era de R\$ 7.688,00 *per capita*, ou seja, é um fator que permite visualizar o alto nível de desigualdade de renda no País.

Outro índice importante que abrange a formação dos arranjos domiciliares está relacionado com crianças, adolescentes e jovens. As crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade representavam 26% da população brasileira, o que corresponde a 48,6 milhões de pessoas. Cabe destacar que a taxa de crianças e adolescentes está decrescendo, e pode estar relacionada com o fenômeno da queda da fecundidade e do gradual envelhecimento da população do país. Quase metade (48,9%) das famílias brasileiras, cerca de 28,9 milhões, tem crianças e adolescentes com até 14 anos em casa. Conforme a SIS (2007, p. 122), “as famílias compõem um segmento vulnerável da população quanto ao nível de pobreza”. O percentual de famílias aqui consideradas pobres, que apresentam rendimento mensal *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, era de 25,1% em relação ao total das famílias no país, mas chegava a 40,4% entre as famílias com crianças de 0 a 14 anos. Quando se consideram apenas as famílias com crianças na faixa de 0 a 6 anos, o percentual é ainda mais alto: 45,4%.

Quanto ao trabalho infantil, a SIS 2007 mostrou que em 2006 havia no País cerca de 2.718 milhões de crianças de 5 a 15 anos de idade ocupadas, faixa etária em que o trabalho é ilegal no País. Destas, 1,4 milhão (53,4%) estavam envolvidas em atividade agrícola e, destes, 776 mil, cerca de metade, residiam nos Estados nordestinos. O trabalho ilegal de crianças mantém-se predominantemente agrícola e concentrado na Região Nordeste do País, porém, confirmam a tendência de queda do número de crianças em atividade de trabalho.

⁴ No ano de 2006, o valor do salário mínimo entre os meses de janeiro a março era R\$300,00, e do mês de abril a dezembro passou para R\$350,00. Então $\frac{1}{2}$ salário mínimo pode variar conforme os meses, ou seja, R\$150,00 ou R\$175,00. Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego, atualizado em outubro de 2008. Acesso: http://www.mte.gov.br/sal_min/EVOLVEISM.pdf

Com relação à população idosa, evidencia-se a tendência de crescimento desta população, que em 2006 alcançou 19 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, e superou 13 milhões no grupo etário de 65 anos ou mais, o que corresponde a 10,2% e 7,1%, respectivamente, do total da população. É notável também um crescimento no segmento populacional de 75 anos ou mais de idade, e segundo o IBGE (2007), foi em decorrência dos avanços da medicina moderna.

Analisando a SIS 2007, a proporção de pessoas brancas de 60 anos ou mais de idade é de 57,2% e, a de pretos e pardos, 41,6%. Ou seja, refletem as condições de vida mais precárias das populações preta e parda comparativamente às da branca, do ponto de vista socioeconômico, especialmente com relação às mais elevadas taxas de mortalidade em diversos grupos etários, nível educacional mais baixo e menor mobilidade social. Cabe destacar “que a presença de mulheres idosas no contexto das famílias tem um forte aspecto cultural, no que diz respeito ao papel das avós no cuidado com os netos” (SIS, p.152, 2007).

A distribuição da população de idosos por classes de rendimento médio domiciliar *per capita*, em 2006, verifica que 12,4% da população idosa viviam com rendimento de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, sendo que a SIS considera estes valores uma situação de pobreza. Com relação ao rendimento dos idosos no conjunto da população que vive com até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, eles representavam apenas 5,4% e, no caso do segmento com 65 anos ou mais, esta proporção se reduz ainda mais, 3,3%.

No Brasil, a análise dos arranjos familiares onde os idosos estão inseridos permite verificar que, na sua maioria, a convivência com familiares prevalece. É que os idosos ocupam expressivamente a posição de chefia nestes arranjos. As aposentadorias e pensões, no ano de 2006, segundo SIS 2007, beneficiaram um grande número de pessoas idosas. No grupo de 60 anos ou mais, o percentual de beneficiários era de 76,6%, aumentando para 84,6%, quando se refere ao conjunto dos idosos de 65 anos ou mais. Tendo em vista este percentual de beneficiários, percebe-se uma distinção de gênero, pois para idosos com 65 anos ou mais, 89% dos homens e 81,2% das mulheres. O Sul é a região com maior cobertura previdenciária, superando a média nacional, com 88,9%.

Os dados recentes relacionados à raça e cor mostram as estimativas populacionais num total de quase 300 milhões de habitantes, 81% aparecem na categoria de brancos; 13%, na de negros; 4,5%, na de asiáticos; e aproximadamente 1,5% em outras categorias. Houve um

discreto aumento da participação da população preta de 6,9% e uma diminuição, também pequena, da branca, com 49,7%, e da parda com 42,6%.

A SIS de 2007 destaca somente uma seção ao que se refere às mulheres brasileiras. Nesta seção, identifica-se 32,7 milhões de mulheres com filhos, sendo que 30,9% tinham um filho; 33,3%, dois filhos; e 35,8%, três filhos ou mais. Houve um ligeiro aumento da proporção das adolescentes de 15 a 17 anos de idade com filhos, atingindo 7,6% em 2006.

Existiu também um aumento da proporção de mulheres com filhos que viviam com rendimento familiar até $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita*, atualmente representam 74%. No entanto, no caso das mulheres com rendimento familiar *per capita* de 2 salários mínimos ou mais, verificou-se uma redução, atingindo a proporção de 47,7%.

Nas áreas urbanas, a escolaridade média das mulheres é de 7,4 anos para a população total e de 8,9 anos para as que trabalham. No Brasil rural, essas médias são baixas e se distanciam das áreas urbanas: 4,5 anos e 4,7 anos, respectivamente. Com a intensa participação das mulheres no mercado de trabalho, é possível destacar quatro grandes categorias ocupacionais que, juntas, compreendem cerca de 70% da mão-de-obra feminina. São eles: serviços em geral (30,7%); trabalho agrícola (15%); serviços administrativos (11,8%); e comércio (11,8%). Já para a população masculina mais qualificada, a inserção no mercado de trabalho é mais diversificada e em atividades melhor remuneradas, o que de certa forma explica parte da desigualdade entre homens e mulheres no que se refere ao rendimento. Observa-se que 23,6% deles estão em outras atividades; 16,7%, na indústria; 15,9%, nos setores de educação, saúde e serviço social; 14,7%, no comércio e reparação; e 13,3%, na administração pública. Houve também um aumento por parte dos homens na participação nas tarefas domésticas, atingindo 51,4%.

O número de mulheres que são indicadas como a pessoa de referência da família aumentou consideravelmente, atingindo 18,5 milhões de mulheres. O aumento da chefia feminina ocorreu principalmente nas famílias compostas por casal com ou sem filhos. Destas mulheres indicadas, 31% delas viviam com rendimento mensal de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita*.

Diante dos conceitos apresentados sobre a família, é possível perceber que a família é uma instituição mutante e que sofre diversas adaptações. Essas mudanças refletem relações de gênero, e altera todo seu contexto, com alto índice de carência socioeconômica, marcado por profundas desigualdades. Entendendo essa dinâmica, este trabalho dará seqüência com

elementos da política de saúde, pois foi na área da saúde a atuação de estágio obrigatório realizado pela autora.

A recuperação dos indicadores sociais tem como objetivo aproximar a realidade das famílias brasileiras na atualidade, pois na seqüência, o trabalho pretenderá identificar como os usuários pesquisados na Maternidade Darcy Vargas expressam parte desta realidade. Porém, antes de realizar esta análise, serão recuperados os conceitos, arranjos, bem como os indicadores sociais das famílias brasileiras, principalmente as demandárias de políticas sociais.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE/SC

A partir da exposição dos conceitos de família e da apresentação dos indicadores sociais brasileiros das famílias no século XXI, com base na PNAD 2006, realizada pelo IBGE, cabe agora então, trazer elementos que possibilitem uma aproximação da política social que abarcou o estágio obrigatório da autora, realizado como mencionado anteriormente, na Maternidade Darcy Vargas. As atividades do estágio serão apresentadas na próxima seção, juntamente com a análise da pesquisa realizada.

Nesta seção, inicialmente, será apresentada de forma breve, a institucionalização da saúde enquanto direito social, a partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988. Destaca-se sua relevância enquanto política social, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), os avanços nesta área, os instrumentos de Gestão do SUS, e as alterações conceituais de saúde, tendo em vista o conceito norteador do movimento sanitário.

Posteriormente, serão apresentados os aspectos históricos e demográficos da cidade de Joinville/SC, visando possibilitar uma aproximação com sua realidade econômica, política e social. E, a partir da caracterização do município, para finalizar esta seção, serão trazidos elementos que possibilitem identificar, os principais aspectos referente ao atendimento da saúde neste município, tendo como referências documentos disponibilizados no site da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através dos Instrumentos de Gestão, o Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (PMS, 2005) e o Relatório Municipal de Gestão do ano 2007 (RMG, 2007).

3.1 A institucionalização do SUS e os diferentes conceitos de saúde

A institucionalização do SUS no Brasil é decorrente de várias manifestações e lutas em prol da saúde pública, gratuita e de acesso universal para toda a população. Neste trabalho destaca-se a relevância que o Movimento Sanitário teve neste âmbito de luta e a importância que a 8ª Conferência Nacional de Saúde teve para dar visibilidade a este movimento. Com a Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, a saúde passa a fazer parte do tripé da Seguridade Social, é assegurada como direito, e deve ser garantida pelo Estado, com acesso universal e igualitário. Na seqüência deste trabalho serão abordados os conceitos que permeiam a discussão do tema saúde, trazendo o conceito estipulado na Constituição, o

conceito definido na 8ª Conferência e o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo o mesmo compreendido pelo Movimento Sanitário. Na Constituição são estipuladas atribuições para as três esferas governamentais (federal, estadual e municipal) com relação às ações e serviços de saúde, formas de financiamento e instrumentos de gestão.

Os momentos pré-constituintes foram fortemente marcados pelo Movimento da Reforma Sanitária, que se tornou mais expressivo no final da década de 1970, principalmente após 1976, quando foi criado o Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (SEBES). Este movimento lutava pela redemocratização das relações Estado e Sociedade, pela garantia de institucionalização de novos e amplos direitos sociais. Segundo Kruger (2005), o Movimento reivindicava também um sistema único de saúde, que garantisse acesso universal, com garantia estatal de acesso aos bens e serviços que promovessem e recuperassem a saúde. Este movimento recebe destaque pela produção de conhecimento, por criticar o modelo de saúde então vigente no Brasil e também pela denúncia da situação sanitária da população. Segundo Nascimento (2007), o movimento ganha força ao incorporar em suas reivindicações a articulação com organizações sindicais, partidos políticos, associações de moradores e instituições estatais.

Segundo Kruger (2005), fortemente ligada ao contexto do Movimento da Reforma Sanitária, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta Conferência teve pela primeira vez a participação de movimentos populares, setores sindicais, profissionais e entidades da sociedade civil, contando com uma participação total de mais de quatro mil pessoas. A discussão que norteava a Conferência, segundo o que o Movimento Sanitário reivindicava que a “defesa da saúde é defesa da própria vida” (CONTIM, 2003, p. 08), estaria pautada em três questões que pediam a colocação da saúde na Constituição Federal: “Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.” (KRUGER, 2005; NASCIMENTO, 2007).

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 05 de outubro de 1988, a saúde passa a ser um setor de relevância pública, um direito que se afirma enquanto política social. Esta Constituição emergiu para “romper com passado de descompromisso social e irracionalidade técnica-administrativa” (BRASIL, 1990, p. 03). A saúde passa a fazer parte do tripé da Seguridade Social, juntamente com a Assistência Social e Previdência Social, expressas no Título VII – Da Ordem Social, na Constituição Federal. Este novo modelo de Seguridade Social ocasionou mudanças significativas em toda a política social brasileira. A

partir da definição da saúde como parte constituinte do Estado, este passou a ser obrigado a garantir a toda população, o acesso à saúde, sem discriminação, com atendimento de saúde em todos os níveis. As inovações que podem ser destacadas estão voltadas para a universalidade do acesso, o financiamento, que prevê orçamento e fontes de recursos, e a descentralização do poder decisório, incluindo a participação popular nas instâncias de discussão e decisão, nos Conselhos e Conferências.

Com base em toda a discussão da 8ª Conferência e após promulgação da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), e este tem forte ligação com a frase estipulada pelo Movimento Sanitário: “Saúde é direito de todos e dever do Estado.” (KRUGER, 2005).

Diante da Constituição de 1988, um novo conceito de saúde passou a direcionar as ações nessa área. Este conceito passa a considerar as suas determinantes e condicionantes, conforme Santos (2005) traz para discussão, se torna mais abrangente, pois engloba causas biológicas (meio biológico) e causas sociais (meio físico, socioeconômico e cultural). A autora ressalta que o SUS passa a se utilizar da visão epidemiológica sobre a questão saúde-doença, pois passa a considerar os fatores sociais, econômicos, ambientais e educacionais. Ou seja, a formulação de políticas públicas deve estar condizente com o modo de elevação de vida da população, observando a alimentação, a moradia, o saneamento, o meio ambiente, a renda, o trabalho, a educação, os esportes, dentre outros. Este novo conceito, conforme reitera a autora, passa a considerar a saúde de uma forma ampla, observando a maneira que o homem se relaciona com o seu meio social e ambiental.

A definição de saúde estipulada na Constituição Federal está expressa no seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2007, p. 55)

Porém, este conceito não é condizente com o conceito defendido pelo Movimento Sanitário, e para alguns autores, o conceito definido na Constituição não engloba todas as reivindicações. Conforme revisão bibliográfica realizada pela autora no período de julho a outubro de 2008, sobre o conceito de saúde, observou-se a discussão a cerca da temática, e podem-se destacar as contribuições de: Czeresnia (2003); MEC; Albuquerque, Oliveira (2002); Santos (2005); Kruger (2005) e Almeida (1998).

Almeida (1998, p.12) afirma que o conceito de saúde deve ser reconhecido pela sua “abrangência e complexidade causal”. Entendendo o processo saúde-doença como fatores não-isolados, com surgimento não-aleatório, ou seja, a compreensão de um processo causal determinado pelo modo de organização da sociedade. Compreendendo também os fatores de risco que levam um sujeito a adoecer com maior ou menor freqüência, e conhecer quais as condições dele produzir saúde. E sugere que o sistema de saúde no seu processo de intervenção, ao visar melhores estados e níveis de saúde para os indivíduos e para a coletividade, deve adotar um sistema de cuidados a partir de um processo técnico, científico e político.

Os autores Albuquerque e Oliveira (2002) consideram que o conceito de saúde, compreendido por autoridades, tem perspectivas redutoras em relação aos componentes emocionais e sociais da saúde e da doença. E fala também que a presença ou ausência de doença é um “problema pessoal e social”. Interpreta como pessoal ao dizer que é próprio da pessoa a capacidade individual de trabalhar, ser produtivo, divertir-se e de amar, e isto está relacionado com saúde física e mental. E compreendida como social, pois a doença pode vir a afetar outras pessoas. Este mesmo autor, ao tratar de representações sociais da doença, identificadas também nas obras de Herzlich (1973), diz que o significado de doença pode ser classificado em três categorias: Doença como libertadora, Doença como destruidora e Doença como desafio.

A autora Czeresnia (2003) traz elementos diferenciados a cerca da compreensão de saúde estabelecida pela Constituição Federal de 1988. O conceito que discute é o conceito ampliado e incorporado pelo Brasil no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, a seguir:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida. E acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p. 04)

Sua discussão aponta para avanços que este conceito trouxe para o plano teórico e prático, porém, juntamente com o avanço, trouxe problemas. Para a autora, esta conceituação positiva abrange a saúde de forma ampla, implicando ações do Estado num âmbito global, ao mesmo tempo em que opera na singularidade e autonomia dos sujeitos. Pois desta forma, ocasiona uma tensão entre a demarcação dos limites da competência das ações da saúde e a

abertura exigida frente aos demais setores e políticas governamentais para integração das ações.

Com relação ao conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1948 e defendido pelo Movimento Sanitário, MEC ([19--]) aborda este conceito como algo longe de ser conseguido, pois ele passa a ser utópico ao trazer um conceito de “saúde ótima”, porque a saúde não é um “estado estável”, que ao ser atingido sempre será mantido. Este conceito é explicitado a seguir:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar, é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como violência de um governo contra seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo[...]. (AROUCA, 2003 *apud* KRUGER, 2005, p. 89)

Considerando que, se fosse assumido o conceito de saúde da OMS, nenhum ser humano será totalmente saudável ou totalmente doente, pois isso pode variar de acordo com as condições de vida de cada indivíduo (MEC [19--]). Ressalta também que diversas tentativas têm sido feitas para construir um conceito mais dinâmico, a fim de construir uma imagem de saúde com relação à construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, expressando o uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, ao invés de restringir a saúde a imagem complementar da doença.

A saúde passa a ser legalizada como direito através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), ou seja, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 cria o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta Lei, conforme Art. 8º e 9º, as ações e serviços de saúde do SUS serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada, devendo ser exercidos pela União, Estados e Distrito Federal e pelos Municípios. A Lei 8.142 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do SUS e nas transferências governamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Com base no artigo 198 da Constituição Federal, o SUS é um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, que integram uma rede regionalizada, constituindo um sistema único. Este sistema de saúde busca alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, obrigando o Estado a disponibilizar o acesso público, gratuito e universal a todos.

A Constituição Federal de 1988 estipula competências constitucionais em relação às atribuições ao atendimento à saúde e prestação de serviços para as três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), observadas no Título VIII da Ordem Social, Seção II, destinada a saúde. Nesta seção é corroborada a idéia do financiamento do SUS com participação orçamentária da União, Distrito Federal, Estados, Municípios, além dos recursos da seguridade social e outras fontes. As três esferas deverão aplicar também recursos através do percentual estipulado do produto da arrecadação de impostos, e o rateio pela União deve ser feito de forma que evite a desigualdade entre as regiões, sendo que deverá haver mecanismos de avaliação, fiscalização, e controle das despesas com a saúde.

Apesar da grande importância estipulada para os três níveis governamentais, neste trabalho serão destacadas as atribuições que ficam a cargo da esfera municipal. As ações e serviços de saúde do SUS atribuídos aos municípios podem ser organizados em distritos visando facilitar a articulação e integração de recursos, técnicas e práticas, a fim de garantir cobertura total das ações de saúde. E, conforme especifica o Art. 18º, p. 10, da Lei 8.080/90, fica a cargo do município “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”, além de outras. Cabe ao município, assim como para a União, Estados e Distrito Federal, definir mecanismos de controle das ações e serviços de saúde, mediante instâncias que propiciem a avaliação e fiscalização das mesmas.

O SUS, no seu processo de planejamento e orçamento, dispõe de Instrumentos de Gestão que foram criados para delimitar as responsabilidades de cada esfera governamental (federal, estadual e municipal), quanto ao cumprimento da integralidade da assistência a saúde aos cidadãos. Os Instrumentos de Gestão em Saúde são os mecanismos que garantem o funcionamento do SUS. A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, que, por meio de seus órgãos gestores, objetivam garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde. Estes mecanismos de gestão podem ser locais, específicos de cada município, ou de cada Estado, do Distrito Federal ou da União. Assim como existem instrumentos que coexistem e concorrem para a articulação das três esferas gestoras do SUS, garantindo o funcionamento de um sistema de saúde nacional. Os principais Instrumentos de Gestão em Saúde, ligados ao planejamento são: Agendas de Saúde; Planos de Saúde; Relatórios de Gestão; Plano Diretor Regionalizado (PDR); e Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2002).

Com vistas ao objetivo desta seção em conhecer, de forma sucinta, a política de saúde no município de Joinville, este trabalho se direcionará prioritariamente ao Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (PMS, 2005), e ao Plano Municipal de Assistência Social 2005-2008 (PMAS, 2005), porém, se aprofundará em questões relacionadas à família e aos objetivos da Maternidade Darcy Vargas, ao atendimento à maternidade e atenção neonatal. Neste momento, cabe ressaltar que esta escolha se faz tendo em vista que o Plano de Saúde faz parte do processo de planejamento na área da saúde para um período de quatro anos, ele consiste em:

[...] um plano de programação das ações que precisam ser realizadas, e de serviços que precisam ser prestados em saúde, contendo, essencialmente, diagnósticos, definições de objetivos e estratégias e meio de avaliações. (BRASIL, 2000, p. 04)

Considera-se importante ressaltar que os planos de saúde, conforme Art. 15 da Lei 8.080/90 deve ser elaborados e atualizados periodicamente pelos três níveis de governo, de forma articulada. Este serve de base para todas as atividades e programações da saúde, através da respectiva proposta orçamentária. Neste plano são demarcadas as responsabilidades técnicas, administrativas e jurídicas dos entes políticos. E deve abranger componentes do sistema de saúde, sendo eles: recursos financeiros, tecnológicos, materiais, humanos. (SANTOS, 2003)

Com relação ao financiamento da saúde, conforme o artigo 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS será realizado através da verba distribuída do Orçamento da Seguridade Social (OSS), assim como para Assistência Social e Previdência Social. As fontes que fazem parte do OSS são provenientes da contribuição sobre salários pagos, vendas e lucros de empresas; contribuição dos trabalhadores, através de descontos salariais; e de recursos arrecadados pelas vendas de loterias federais. Contim (2003) ressalta que os recursos destinados à saúde devem ser depositados em Fundos de Saúde, federais, estaduais e municipais. Fica a cargo dos Conselhos de Saúde fiscalizar toda a movimentação e aplicação das verbas, a fiscalização será feita também em cima do Plano de Saúde, determinando se a alocação dos recursos e ações estão condizendo com os direitos prescritos em lei.

Os avanços do SUS estão explícitos também em suas diretrizes, conforme artigo 198 da Constituição Federal, que se baseia na *descentralização*, no *atendimento integral* e na *participação da comunidade*. Tendo como princípios doutrinários a *universalidade* (garantia de atenção a saúde a todo cidadão), *equidade* (direito de atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo ou coletividade), e *integralidade* (atendimento ao cidadão em

sua totalidade). Cabe destacar também que a rede de atenção a saúde do SUS passa a integrar mais estabelecimentos de saúde, como: centros e postos de saúde, hospitais, laboratórios, hemocentros, fundações e institutos de pesquisa, assim como estabelecimentos do setor privado, através de contratos e convênios de prestação de serviços (CONTIM, 2003).

Para a garantia de saúde via Estado, foi necessário alterar todo o sistema de saúde até então vigente, implicando assim, numa mudança na organização e nas formas de prestação de serviços. Os serviços de saúde anteriormente eram garantidos somente para trabalhadores com carteira profissional assinada ou para quem dispusesse de condições financeiras para custear o tratamento. Para a efetivação das ações que visem à saúde da população, o Estado precisou formular e executar políticas econômicas e sociais, assim como deveria prestar serviços públicos de *promoção, prevenção e recuperação*, e reduzir os riscos de doenças e outros agravos.

Os serviços de saúde devem desempenhar um papel importante no que diz respeito à prevenção, cura e reabilitação. Conforme cita MEC ([19--]), no Brasil, o conceito de saúde para as políticas públicas favorecem uma concepção de saúde que se concretiza mediante o acesso a serviços, principalmente ao tratamento médico, resultando numa saúde baseada em ações curativas. As ações de *prevenção* são: medidas de saneamento básico, medidas de vigilância epidemiológica, vacinações, vigilância dos alimentos, do meio ambiente e de medicamentos, adequação do ambiente de trabalho e orientações sobre saúde sexual. Cseresnia (2003) complementa que a prevenção se explicita através de ações que visam antecipar doenças específicas, reduzindo a incidência e prevalência dos riscos ou agravos, como por exemplo, recomendações normativas referente às mudanças de hábitos e comportamentos.

Com relação à prestação de serviços que visam à *promoção* da saúde, MEC ([19--], p.67) defende que a promoção de saúde “se faz por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável”. Ou seja, para uma efetiva promoção de saúde, é fundamental a existência e efetividade de políticas públicas que proporcionem qualidade de vida e a capacidade de desenvolvimento dos fatores que determinam as condições de saúde.

A autora Cseresnia (2003) apresenta um debate já existente, referente à promoção de saúde, e que difere do realizado por MEC ([19--]). Para Cseresnia (2003) existe uma revalorização da promoção da saúde que resgata o pensamento médico social, e esta

revalorização visava controlar os custos exagerados crescentes na assistência médica que não correspondiam a resultados igualmente significativos. Acrescenta também, que a idéia de promoção é própria do sistema capitalista neoliberal, pois tende a retomar a autonomia dos sujeitos e grupos sociais, na qual essa tendência conservadora implica numa redução das responsabilidades do Estado. Porém, devem-se considerar alguns avanços, ao incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais, apesar da dificuldade de operacionalização dos projetos. Sua discussão remonta para o atendimento da saúde pública como responsável pela definição de políticas de promoção, enquanto o Estado ainda trabalha com um conceito de doença, ao invés de saúde, para somente assim responder à totalidade da população, por meio de estratégias de promoção que objetivam uma transformação das condições de vida e de trabalho, necessitando uma articulação intersetorial. Acrescenta também que a promoção da saúde deve fortalecer a saúde através da construção de capacidade de escolha dos indivíduos.

Diante da breve explanação da institucionalização da saúde como direito e política pública no Brasil, a criação do SUS e diversos conceitos existentes sobre saúde, caberá agora na seqüência deste trabalho, conhecer brevemente a cidade que originou a presente pesquisa, para posteriormente conhecer como está organizada a política de saúde na esfera municipal.

3.2 Um breve histórico do município de Joinville/SC

O município de Joinville foi fundado em 9 de março de 1851, e segundo Ternes (1981), esta data está relacionada à chegada da primeira barca de imigrantes vindos da Europa. O local era chamado de Colônia Dona Francisca, pois as terras passaram a ser da princesa Dona Francisca Carolina, filha de Dom Pedro I, e de seu esposo, François Ferdinand, o príncipe da cidade francesa Joinville, como dote de casamento.

Após o rei da França, Luís Felipe, pai do príncipe François ser destronado em 1848, este vende as terras cedidas como dote para o senador alemão Christian Mathias Schroeder, e este senador elabora um projeto para a colonização das terras. A primeira barca deste projeto de colonização, que partiu da Alemanha e chegou à colônia, como já citado, em 1851, se chamava Colon. Em homenagem ao príncipe, foi decidido que a partir de 1952, a colônia passaria a se chamar Joinville (IBGE, 2007).

Segundo informações do historiador Dilnei Firmino da Cunha⁵, a colônia era dependente política de São Francisco do Sul, e com seu o desmembramento em 1866, foi elevada a categoria de vila, e em 1887, torna-se cidade.

Cabe ressaltar que a Europa, por volta da década de 1840, foi atingida por uma crise econômica, social e política. Como reflexo da crise, milhares de pessoas resolveram emigrar para fugir da miséria, do desemprego, e de perseguições políticas. Destas famílias, durante o período entre 1850 e 1888, cerca de 17.000 pessoas vieram para Colônia Dona Francisca. Dentre os imigrantes que se refugiaram na colônia, destaca-se a colonização alemã.

Observou-se que na década de 1880, os imigrantes que eram banqueiros, empresários e comerciantes alemães que se instalaram na colônia, começaram a organizar o comércio e a indústria do local, surgindo assim às primeiras indústrias têxteis e metalúrgicas. Neste período existiam também quatro engenhos de erva-mate, 200 moinhos, onze olarias, e eram exportados produtos como madeira, couro, louça, sapatos, móveis, cigarros e mate, e importava-se ferro, artigos de porcelana e pedra, instrumentos musicais, máquinas e instrumentos agrícolas, sal, medicamentos, trigo, vinho, cerveja, carne seca e sardinha.

Segundo Ternes (1981), no início do século XX ocorreu uma aceleração do desenvolvimento na cidade. Cabe destacar que isso se deu também ao fato da chegada da estrada de ferro, da energia elétrica, do automóvel, do transporte coletivo e do telefone. Em 1926, Joinville contava com aproximadamente 46 mil habitantes.

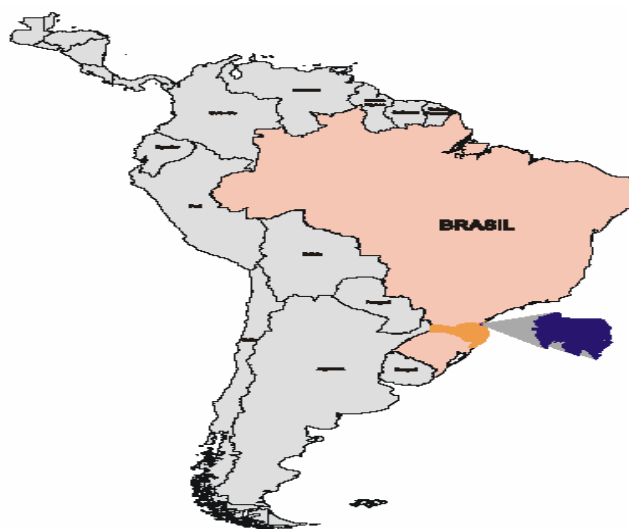
Entre as décadas de 1950 e 1980, Joinville se desenvolveu com o fim do conflito mundial, e a conseqüente queda no nível de produção industrial dos países europeus. Decorrente da destruição de grande parte das fábricas européias, como também do direcionamento da produção norte-americana para “reconstrução” desse parque fabril, as importações reduziram significativamente, fazendo com que o Brasil deixasse de receber, na mesma quantidade, os produtos industrializados da Europa. Essa dificuldade, num primeiro momento incontornável, transformou-se em estímulo para o desenvolvimento de uma indústria própria, fazendo com que a cidade se transformasse em pouco tempo em um dos principais pólos industriais do país, recebendo por isso a denominação de "Manchester Catarinense". No PMAS, 2005 consta que Joinville, nas décadas de 1960 e 1970, apresentava uma taxa de crescimento de 6,4%, o maior índice até então, “provocando na época um

⁵ Para maiores informações sugere-se consultar: http://www.joinville.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=114&lang=

agravamento das condições familiares pela ausência de infra-estrutura pelo grande fluxo migratório.” (PMAS, 2005, p. 18).

A partir desta breve contextualização histórica, cabe agora destacar como se apresenta o município atualmente, segundo o IBGE (2007); PMS (2005); RMG (2007); e PMAS (2005). Com base na Contagem da População 2007 do IBGE, Joinville, que se localiza na Região Sul do Brasil, e é o município pólo da microrregião nordeste do Estado de Santa Catarina, apresenta-se como a maior cidade do Estado. Sua área total é de 1.130,88 Km², sua população era de 487.003 habitantes, 242.380 homens e 244.623 mulheres. O número estimado de famílias do município era de 153.024 considerando-se que cada família tenha em média 3,3 pessoas, segundo esta mesma fonte.

Segue abaixo duas figuras que mostram a localização de Joinville, a primeira retirada do Relatório Municipal de Gestão 2007, e a segunda do Plano Municipal de Assistência Social 2005-2008 (PMAS, 2005).



FONTE: IPPUJ 2006

Figura 1: Localização de Joinville no mapa brasileiro
Fonte: Relatório Municipal de Gestão (2007)

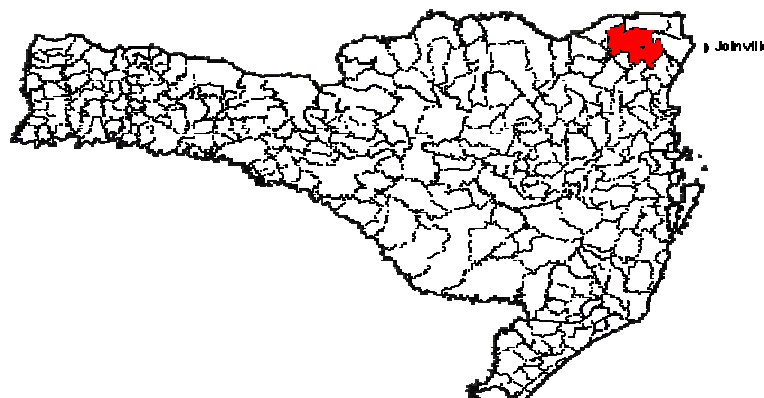


Figura 2: Localização de Joinville em Santa Catarina.
Fonte: RMAS (2005)

A cidade concentra atualmente grande parte de sua atividade econômica voltada para a indústria, com destaque para os setores metal-mecânico, têxtil, plástico, metalúrgico, químico e farmacêutico.

Joinville apresenta o maior produto interno bruto (PIB), é a cidade mais populosa de Santa Catarina e a quarta mais populosa da região Sul. Identifica-se também que a cidade possui um dos mais altos índices de desenvolvimento humano (IDH) entre os municípios brasileiros, com índice de 0.857, ocupando a décima terceira posição, em 2007 (IBGE, 2007).

Com relação aos índices educacionais, segundo o RMG, 2007, existe atualmente em Joinville 277 unidades educacionais, das quais 175 são públicas. Segundo o Ipeadata (2000), Joinville apresenta um alto índice de pessoas com 15 anos ou mais que são alfabetizadas, sendo este índice de 96,59%. E com relação ao índice de analfabetos, é relevante destacar que entre as idades de 7 a 14 anos, o índice é baixo, em torno de 3,2%.

Com relação à distribuição de renda urbana do município no ano de 2005, destaca-se que aproximadamente 87,4% da população de Joinville recebe até 5 salários mínimos, enquanto 12,6% da população recebe de 5 a mais de 30 salários mínimos.

RENDA (em SM')	VALOR ABSOLUTO	PARTICIPAÇÃO %	PARTICIPAÇÃO % ACUMULADA
Menos de 1 salário mínimo	18.995	3,9	3,9
1 Salário Mínimo	72.083	14,8	18,7
De 1 a 3 Salários Mínimos	250.341	51,4	70,1
De 3 a 5 Salários Mínimos	84.258	17,3	87,4
De 5 a 10 Salários Mínimos	39.938	8,2	95,6
De 10 a 20 Salários Mínimos	8.767	1,8	97,3
De 20 a 30 Salários Mínimos	1.461	0,3	97,7
Mais de 30 Salários Mínimos	11.202	2,3	100,00

Tabela 1: Distribuição de renda na população urbana de Joinville em 2005

Fonte: Estimativas IBGE-2004/SEBRAE-SC *apud* RMG, 2007

A partir destas informações a respeito do município de Joinville, destaca-se que o mesmo apresenta-se como o mais populoso do Estado de Santa Catarina, possui características culturais influenciadas pela cultura alemã, sua economia baseia-se predominantemente no setor industrial.

Porém, cabe ressaltar que grande parte da população joinvilense, aproximadamente 70%, recebe até 3 salários mínimos, apesar do elevado nível de alfabetização. Diante disso, é possível afirmar que existe uma desproporção na distribuição de renda, em relação à geração de riqueza produzida no município, e sua realocação para os trabalhadores.

Conforme destacado anteriormente, na década de 1920 habitavam cerca de 50 mil pessoas em Joinville, e em menos de cem anos, a população está com aproximadamente 500 mil pessoas. Este fato pode estar relacionado à expansão da economia a partir de 1950, e conseqüente crescimento populacional durante um curto espaço de tempo. Este crescimento populacional faz com que a infra-estrutura do município possa não ser adequada, e isto pode influenciar na saúde da população, na renda, nas condições de moradia, dentre outros aspectos.

Porém, a discussão a cerca da análise desses determinantes e suas causas não condiz aos objetivos do presente trabalho. Na seqüência, o trabalho se direciona com vistas a conhecer o atendimento à saúde da população joinvilense.

3.3 A política de saúde na esfera municipal

Esta seção tem como objetivo trazer elementos que possibilitem uma maior aproximação com a política de saúde no município de Joinville/SC, contudo tendo em vista os

objetivos do presente trabalho serão priorizadas as questões que envolvem o atendimento a família, a maternidade e a infância.

O município de Joinville tem como prefeito eleito desde 2002 o senhor Marco Tebaldi, e o vice prefeito, senhor Rodrigo Bornholdt. O município têm 9 secretarias municipais: Administração, Assistência Social, Educação, Fazenda, Habitação, Infra-Estrutura Urbana, Integração e Desenvolvimento Econômico, Planejamento, Orçamento e Gestão, e Saúde. Atualmente, o Secretário Municipal da Secretaria de Saúde é o médico Armando Dias Pereira Júnior. Ele atua nesta secretaria desde 2003, como Médico Auditor, e desde o mês de abril de 2007 desenvolve a atividade de Diretor, auxiliando diretamente na gestão.

O PMS 2006-2009 de Joinville/SC foi elaborado em 2005, durante a gestão da Secretária Mariléia Gastaldi Machado Lopes. Os setores que participaram da elaboração deste Plano foram: Setor de Planejamento da Secretaria da Saúde, todas as Gerências da SMS, os hospitais (Hospital Municipal São José, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Hospital e Maternidade Bethesda e Maternidade Darcy Vargas), e o Conselho Municipal de Saúde. O Plano Municipal 2006-2009 foi submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde em abril de 2005.

Na primeira página deste Plano está a *missão, visão e negócio* da SMS, de forma vaga, e não faz relação com o SUS. A população residente no município em sua totalidade, segundo o PMS 2005, é de 487.047 pessoas⁶, e observa-se que difere minimamente do número que o IBGE apresenta em sua contagem da população em 2007.

Os serviços de saúde que compõem o sistema de assistência à saúde, segundo PMS, 2005: 04 hospitais⁷, 05 unidades de saúde-rede, 15 unidades de saúde, 47 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) atuantes em 35 unidades de saúde, 08 módulos odontológicos, 02 Pronto Atendimentos (PA Norte e PA Sul), e 10 unidades de saúde especializada (Centro de Atendimento a pacientes com fissura lábio-palatal, Centro de Atenção Diária (CAD), Pronto Acolhimento Psico-Social (PAPS), Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), Farmácia Escola, Núcleo Assistência Integral a Pacientes Especiais (NAIPE), Posto de Atendimento Médico (PAM) nos bairros Boa Vista e Bucarein, Unidade de Atendimento Dependência Química (UADQ), e Unidade Sanitária.

⁶ Não é especificada qual a data da fonte de coleta de dados.

⁷ O PMS, 2005 não identifica ou menciona se todos atendem pelo SUS.

O PMS, 2005 traz também aspectos educacionais, alguns aspectos da economia e aspectos ambientais (ligados a saneamento, com especificação de abastecimento de água, rede de esgoto, coleta de esgoto, aterro sanitário, tratamento do lixo, educação ambiental). Ao tratar da infra-estrutura urbana, especifica que a Secretaria Municipal de Habitação “tem como missão criar e aplicar políticas habitacionais a famílias carentes de baixa renda de Joinville, visando à melhoria da qualidade de vida através da moradia” (PMS, 2005, p. 13). Neste plano identifica-se a existência de 138.456 domicílios, destes 98.485 são casas de alvenaria, 39.656 são casas de madeira, 315 são de outros tipos, e 15.635 correspondem a apartamentos. Observa-se também que em relação à propriedade das unidades domiciliares, 83,7% são próprios quitado/financiado, 10,5% são alugados e 5,0% são cedidos⁸. Com relação aos números de consumidores de energia elétrica em Joinville, 126.034 fazem uso de iluminação residencial, e somente 02 fazem uso de iluminação pública, conforme PMS 2005, segundo informações apresentadas pela Centrais Elétricas de Santa Catarina (CELESC) em 2004.

No item denominado “Avaliação Epidemiológica Preliminar” são elencados os quatro aspectos principais de avaliação das “condicionantes de saúde e dos aspectos organizacionais que as justificam” (PMS, 2005, p. 18), que são: “‘assistência’, ‘morbimortalidade’, ‘gestão’, e ‘capacitação, ensino e pesquisa’”.

No tocante a ‘assistência’, destaca-se: desinformação dos usuários e profissionais sobre o serviço adequado para o atendimento resolutivo; emergência lotada; demora no atendimento de procedimentos de média e alta complexidade; inadequação de espaço físico; insatisfação da clientela sobre: demora ou ausência de atendimento, objetividade nos atendimentos (o plano justifica que ocorre pela sobrecarga de profissionais), discurso e comunicação inadequados; baixa integração das ações de prevenção e assistência; insuficiência de equipamentos; subotimização dos recursos disponíveis, ocupação de alas não compatíveis com os procedimentos realizados; oferta inadequada de serviços, desproporção da oferta de serviços integrais, repressão de demandas, etc.

Com relação ao item ‘morbimortalidade’, diferenciam-se problemas objetivos e problemas inferidos. Os objetivos são: o envelhecimento da população; mortes da

⁸ O PMS, 2005 traz como fonte “Secretaria da Fazenda/2004” e “SEBRAE/SC”, porém não traz as referências completas para eventual consulta.

emergência; elevado número de mortalidade por causas externas (porém não explicitam quais); mortalidade pré-hospitalar, proliferação de vetores e reservatórios biológicos de antroponozoonoses e zoonoses; a prevalência de fatores de riscos não assistidos para adolescentes; elevado número de: drogaditos, doenças e agravos mentais, deficiência auditiva, transtornos mentais na infância e com “desinserção social” (PMS, 2005, p. 19).

Para o item ‘gestão’, são apresentados questões relacionadas com: demanda por participação popular no processo público de decisão; prevalência de óbitos sem causa definida. Em relação aos custos, observa-se elevada repetição de exames, dispersão e redundância de serviços, e com relação à gestão de pessoal, percebe-se a insatisfação dos servidores frente à diferenciação de tratamentos com relação a outros profissionais.

E no último item, ‘capacitação, ensino e pesquisa’, identifica-se: desatualização dos profissionais; e necessidade de integração docente assistencial.

No PMS (2005) existe também um item relacionado com a “Avaliação da Situação”, que surgiu de uma reunião entre o prefeito da cidade e os secretários municipais e seus assessores, surgindo assim uma análise quanto à oferta de Serviços Públicos de Saúde no município, destacando forças’, ‘oportunidades’, ‘fraquezas’, e ‘ameaças’. Este item será melhor explicitado na seção 3, em consonância com a análise da Maternidade Darcy Vargas.

Este plano também cita as Diretrizes (linhas estratégicas) e a Agenda Municipal de Saúde 2006-2009, a fim de justificar a criação de eixos que justificam as ações prioritárias, definidas pelo Grupo de Trabalho. Ao todo são cinco eixos: Eixo 1- Redução das desigualdades em saúde; Eixo 2- Ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; Eixo 3- Redução de riscos e agravos; Eixo 4- Reforma do Modelo de Atenção; Eixo 5- Aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

Com objetivo de complementar informações sobre o município e a política de saúde municipal, foi realizada uma consulta junto ao PMAS, 2005 de Joinville. Cabe destacar que as ações se baseiam “numa perspectiva de inclusão social, [...] , como princípios norteadores, a proteção, prevenção e promoção, possibilitando aos cidadãos, o acesso aos serviços de forma digna e igualitária.” (PMAS, 2005, p. 4). Verifica-se que estes princípios são semelhantes aos fins justificados para implementação de políticas sociais e econômicas na área da saúde, mediante serviços e ações que visem a promoção, prevenção e recuperação, para reduzir doenças e agravos.

Um dos objetivos específicos do PMAS (2005) está relacionado à identificação e mapeamento de áreas que apresentam vulnerabilidade e risco social, sendo que os possíveis moradores destas áreas poderão demandar também serviços de saúde. O PMAS (2005) apresenta também os principais programas municipais na área da saúde. Eles são divididos por áreas: preventivos, saúde bucal, vacinação, pré-natal, e outros. Em consonância aos objetivos desta seção, destacam-se os programas de Pré-Natal e Puerpério (PMAS, 2005, p.9).

Este relatório apresenta vários itens que tem relação com a saúde, inclusive delimita o número de instituições e unidades de atendimento à saúde, dentre elas públicas e privadas, como: hospitais (07), consultórios médicos (635) e odontológicos (86), postos de saúde (54), farmácias (146), ambulâncias (36), pronto socorros (04) e leitos (1078). O PMAS (2005) traz programas e serviços de assistência social com interface na saúde, relacionadas à proteção social básica (por exemplo: Rede Feminina de Combate ao Câncer de Joinville, Grupo de Apoio a Vida, etc.) e proteção social de alta complexidade (Comunidade Terapêutica Reviver, Associação para recuperação de Alcoólatras e Toxicômanos, etc.). Outro programa que apresenta interface com a saúde, assim como educação, é o Programa Bolsa-Família, mediante as condicionalidades do programa.

No PMAS (2005) são apresentadas as capacidade de leitos hospitalares, dentre eles consta leitos de UTI Neonatal e Unidade Intermediária Neonatal. Na Maternidade Darcy Vargas, são apresentados respectivamente 10 e 26 leitos⁹.

Para complementar as informações, buscou-se também o Relatório Anual de Gestão 2007 do município de Joinville, considerando que neste documento foi possível obter mais informações sobre a rede de atendimento à saúde da população de Joinville. A apresentação do documento encontra-se de forma mais organizada, com especificação dos responsáveis pela elaboração do mesmo, inclui dados técnicos, legais, dentre outros que transmitem mais confiabilidade ao documento e conteúdo.

O Relatório de Gestão é um instrumento de gestão do SUS, e deve ser elaborado nas três esferas de Governo – federal, estadual e municipal. Cabe observar que a realização do Relatório de Gestão está legalizada por meio das seguintes leis:

⁹ A fonte contida no PMAS, 2005 é o Ministério da Saúde/ Coordenação Geral de Sistemas de Informação – Ficha de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), porém não consta a data da informação.

- Lei 8.080/89, em seu art. 33, ao estabelecer a necessidade de acompanhamento, da conformidade à programação aprovada, dos recursos repassados a estados e municípios;
- Lei 8.142/90, no art. 4º, ao instituir a necessidade de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão para recebimento de recursos transferidos;
- Decreto 1.651/95, do Sistema Nacional de Auditoria, explicita que o Relatório de Gestão é o instrumento de acompanhamento financeiro, do funcionamento dos serviços e de avaliação das ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS. No conteúdo dos relatórios deve conter: a programação e execução física e financeira de atividades; a comprovação de resultados alcançados referentes aos Planos de Saúde; a demonstração quantitativa da aplicação de recursos financeiros próprios e transferidos.
- NOB SUS 01/96, no qual os Relatórios de Gestão deverão ser devidamente aprovados nos Conselhos de Saúde, e devem integrar o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para habilitação às condições de gestão previstas na NOB.

Diante disso, ressalta-se que o Relatório tem a finalidade de avaliar o cumprimento dos objetivos e das metas estabelecidas, e da aplicação de recursos em cada esfera de governo em cada exercício anual. Esta avaliação deve ser elaborada pelos gestores e deverá ser submetida aos Conselhos de Saúde. De acordo com a Portaria n. 548/2001, o relatório visa proporcionar ainda subsídios para a avaliação e para a confecção das Agendas de Saúde e, conseqüentemente, dos Planos de Saúde subseqüentes. Sua apresentação, além de cumprir exigência legal de prestação de contas à sociedade, destina-se a sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a integridade dos gestores do SUS às instâncias formais do próprio SUS, ao Ministério Público, ao Legislativo, e à sociedade.

Tendo agora em vista o Relatório de Gestão Municipal 2007 (RGM, 2007), do município de Joinville, cabe destacar que a Prefeitura Municipal de Joinville e seus parceiros, investiram na SMS um total de R\$ 152,6 milhões, porém foram gastos R\$ 109 milhões, o que corresponde a 31% da receita de impostos. Neste relatório são destacados aspectos centrais da gestão, distribuídas em três grandes blocos: indicadores globais da Secretaria da Saúde, indicadores da situação de saúde e indicadores setoriais, segmentados segundo a respectiva Gerência de Unidade responsável pelas ações, em substituição à estrutura em 'eixos' adotada na elaboração do Plano Municipal de Saúde 2006-2009, pois essa metodologia foi abandonada pelo Ministério da Saúde em 2006.

No município de Joinville, conforme RMG, 2007 havia 2.381 profissionais de saúde alocados na Secretaria Municipal da Saúde, sendo que a maioria de profissionais está locada na Rede Básica, correspondendo a 63,8%. A equipe de profissionais, segundo traz o RMG, 2007 é formada por: 124 Agentes Administrativos, 306 Médicos, 553 Agentes Comunitários de Saúde, 05 Médicos veterinários, 347 Agentes de Saúde, 05 Nutricionistas, 16 Assistentes Sociais, 49 Odontólogos, 249 Auxiliares de Enfermagem, 135 Enfermeiros, 01 Estagiários de nível médio, 07 Pedagogos, 55 Estagiários de nível superior, 37 Psicólogos, 32 Farmacêuticos/Bioquímicos, 121 Técnicos em Enfermagem, 06 Fisioterapeutas, 18 Terapeutas Ocupacionais, 12 Fonoaudiólogos, 33 Outros profissionais de nível superior e 170 outros.

O Município de Joinville está dividido em nove Regionais de Saúde: Aventureiro, Centro, Comasa, Costa e Silva, Fátima, Floresta, Jarivatuba, Pirabeiraba, e Vila Nova. A rede básica municipal é constituída por 56 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que funcionam segundo estratégias distintas e se distribuem nas nove Regionais de Saúde. Com relação à atenção à saúde especializada, no município, existem 17 unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares, sendo que estas unidades, conforme RMG, 2007:

[...] oferecem serviços especializados e servem como retaguarda à atenção básica, dando suporte no diagnóstico e tratamento de doenças e condições específicas de certos grupos populacionais, tais como portadores de necessidades especiais, patologias lábio-palatais, distúrbios psíquicos, entre outros (RMG, p.27, 2007).

Para o atendimento de serviços de emergência e pronto-atendimento, o município possui 2 Pronto-Atendimentos (PA) municipais, sendo o PA Norte e PA Sul, que funcionam 24 horas e prestam assistência em situações de urgência, mediante demanda espontânea ou encaminhamentos da rede básica. Há também um PA no Hospital Bethesda, no distrito de Pirabeiraba, que atende aos usuários do SUS que residem nas áreas próximas. Verifica-se também a existência do Serviço de Atendimento Médico às Urgências (SAMU), que atende às urgências e emergências no local da ocorrência, e faz a remoção dos feridos para os locais de atendimento à saúde. E têm também 05 ambulâncias distribuídas na cidade que atendem 24 horas por dia.

Em relação à rede hospitalar, no RMG 2007, observamos que é formada por:

Sete hospitais, sendo 3 públicos, 1 filantrópico e 3 privados. Esses hospitais prestam serviços de emergência, consultas médicas especializadas, internação hospitalar de urgência e eletiva e cirurgias, direcionando suas atividades conforme as vocações definidas para cada um deles (RMG, p.27, 2007).

Com relação aos hospitais *públicos*, verifica-se o *Hospital Municipal São José* (HMSJ); *Hospital Regional Hans Dieter Schmidt* (HRHDS), também anexo a este hospital existe o *Hospital Infanto-Juvenil Jeser Amarantes Faria*; e a *Maternidade Darcy Vargas* (MDV); e o *Hospital e Maternidade Bethesda*.

Com relação à quantidade de leitos hospitalares disponíveis para o SUS, no RMG, 2007 consta um total de 627 leitos hospitalares para atendimento da população¹⁰. A distribuição está assim descrita: HRHDS possui 243 leitos, o HMSJ 227 leitos, Bethesda 29 leitos, e MDV 128 leitos, porém neste último consta que existem 10 leitos privados. Cabe observar que contraditoriamente ao documento institucional da MDV, consta que a maternidade é 100% pública, e não dispõe de leitos privados.

Com relação à situação de saúde, o RMG, 2007 traz elementos que são destacados como índices de avaliação da condição de saúde da população. Serão destacados neste trabalho somente os elementos compatíveis com os serviços de saúde que convergem com os atendimentos realizados na MDV e temas correlatos ao atendimento da família como um todo, que podem influenciar na avaliação da situação de saúde da população. São eles:

- *Coefficiente de mortalidade infantil*: ocorreu no total 53 óbitos de menores de 01 ano. Os óbitos estão distribuídos da seguinte forma: 24 no período neonatal precoce (até 6 dias de vida), 12 no período neonatal tardio (7 a 27 dias de vida), e 17 no período pós-neonatal (28 a 365 dias de vida). Com relação ao perfil dos óbitos, destes, 09 eram filhos de mães adolescentes, 50 eram de recém-nascidos com alto risco, 49 mães tinham realizado pré-natal, 38 nasceram prematuros, 16 apresentavam má formação, e 41 ocorreram em instituição pública.
- *Coefficiente de mortalidade neonatal*: Constam 34 óbitos de crianças com menos de 28 dias.
- *Coefficiente de mortalidade neonatal tardia*: ocorreu 09 óbitos de crianças de 7 à 27 dias de vida.
- *Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer*: No ano nasceram 7.137 crianças, destas, 538 crianças nasceram com baixo peso, correspondendo a 7,5% dos nascidos vivos.

¹⁰ Os valores estão relacionados a um período de um ano, considerando-se os últimos quatro trimestres subsequentes ao RMG, 2007.

- *Razão de mortalidade materna;*
- *Proporção de partos cesáreos:* alcançou-se um percentual de 49,5%, ou seja, acima da meta estipulada, com 3.539 partos cesáreos. Cabe ressaltar que, segundo o RMG, somente a MDV está dentro dos padrões estipulados, isso não vai de encontro com “É política nacional (port.MS/GM 466/00) a redução da proporção de partos cesáreos. É estabelecido como desejável no máximo 25% dos partos sejam cesáreos” (RMG, 2007, p. 37). Neste mesmo relatório, observa-se que o Ministério da Saúde impõe limites para partos cesáreos, sendo que devem se destinar para unidades hospitalares de alto risco (40%) e para unidades de risco habitual (até 25%).

Um elemento importante que está diretamente interligado com as ações e serviços da MDV é a proporção de consultas pré-natais. No RMG 2007 o total de nascidos vivos cujas mães fizeram 4 ou mais consultas de pré-natal é de 6.633 nascimentos, correspondendo a 92,9%, ficando um pouco abaixo da meta estabelecida. E a proporção de nascidos vivos de mães de 7 ou mais consultas de pré-natal totalizam 5.150 nascimentos. Porém, os serviços de assistência a gestante são ofertados em todas as Unidades Básicas de Saúde, e como justificativa, o RMG (2007, p. 49) apresenta “O fato de termos alcançado um percentual abaixo da meta pode indicar subregistro ou captação tardia, reduzindo o número de consultas no pré-natal”.

Ainda com relação ao coeficiente de mortalidade infantil, cabe destacar que dos 53 óbitos, 38 foram investigados e concluídos pela Comissão de Mortalidade Infantil, 10 óbitos estão sendo investigados e 5 não foram investigados. Os motivos apontados pelo RMG de não investigação foram a recusa da família em receber o profissional de saúde ou então a não localização da família. Os problemas identificados com a investigação foram: Dificuldades na família (08 casos), Falhas na atenção ao pré natal (04 casos), Falhas na atenção à criança (03 casos), Falhas na atenção ao parto (01 caso), Outros problemas (02 casos), Seguimento posterior da família (01 caso), Falhas no preenchimento das Declaração de Nascimento (DN) e Declaração de Óbito (DO) (08 casos); Totalizando 27 problemas identificados.

Diante dessas conclusões, a Comissão de Mortalidade Infantil tomou providências no sentido de corrigir os bancos de dados, e fez uma carta para Unidades Básicas de Saúde (UBS), fez encaminhamentos ao geneticista, e reuniões com equipes das UBS. Sendo que o RMG estabelece como metas para 2008,

1.Extensão da faixa etária de investigação até 5 anos de idade; 2.Considerar a mortalidade na infância um evento sentinela a ser monitorado pelas equipes de saúde com discussão de todos os óbitos considerados evitáveis nas UBS ou nos hospitais públicos (RMG, 2007, p.88).

Existe também no município de Joinville, pertencente à política de saúde, o Conselho Municipal de Saúde. Somente foi possível coletar informações sobre o mesmo através do site da SMS¹¹. No RMG (2007, p.20) consta brevemente que fica a cargo da Secretaria Executiva do Conselho Municipal da Saúde a “defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social da saúde e a atuação na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde”. E no PMS 2005, ao final do documento, no Apêndice 01, destacando o item ‘prioridade da saúde’, consta: “Manter a efetiva participação da população através do Conselho Municipal de Saúde, dos Conselhos Locais de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde, respeitando-as como instâncias norteadoras das políticas municipais de saúde.” (PMS, 2005, p. 41).

Diante das informações obtidas, cabe ressaltar que os municípios são entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Porém, é fundamental que as três esferas de atuação governamental permitam e facilitem o acesso às informações por elas produzidas, inclusive às instâncias acadêmicas e de controle social. De acordo com Branco (1996), o fornecimento de dados pode contribuir, significativamente, para o aumento e aprimoramento do relacionamento entre as estruturas que compõem o SUS.

Sabe-se que as atribuições municipais definidas legalmente apresentam uma abrangência e complexidade, sendo que podem ultrapassar sua capacidade técnica, administrativa e institucional. Entretanto, é primordial o envolvimento destes com a produção, processamento e análise das informações, e posterior divulgação. Isso tenderia a melhorar a qualidade e confiabilidade dos dados, à qualidade da prestação de serviços e auto-avaliação do nível local (BRANCO, 1996).

A breve recuperação da institucionalização da saúde como direito social, a legitimação e avanços do SUS, e o conhecimento de diferentes conceitos que abarcam o tema saúde, foi fundamental para dar seqüência ao trabalho, sendo que neste se analisará uma parcela da

¹¹ Houve tentativas de contato através de telefonemas e pelo link do site desta secretaria destinado ao “Fale com o Conselho”, porém nos dois casos, não se teve sucesso.

população que demanda serviços de saúde da MDV. Para isso, considera-se primordial conhecer a política de saúde no município de Joinville/SC, através dos instrumentos de Gestão do SUS, no caso o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2006-2009 e o Relatório Municipal de Gestão (RMG) do ano 2007, assim como contribuições do Plano Municipal de Assistência Social (PMAS, 2005).

4 A MATERNIDADE DARCY VARGAS E A REALIDADE DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UTI NEONATAL

Com vistas à conclusão deste trabalho monográfico, esta seção apresentará inicialmente a metodologia utilizada, desde a elaboração e implementação do projeto de intervenção no local de estágio, até as facilidades e dificuldades para elaboração deste trabalho com relação à obtenção de dados para conhecimento da política de saúde no município de Joinville. Posteriormente, será apresentada a instituição onde foi realizado o estágio obrigatório, e o setor de Serviço Social a partir da visão da primeira estagiária em Serviço Social na instituição. E, para finalizar, a partir da pesquisa realizada na MDV, será apresentada a análise da realidade das mães que tem recém-nascidos (RN) internados na UTI Neonatal da instituição, que estavam alojadas em quartos coletivos como acompanhantes de seus filhos, e coletivizar demandas que são postas como exigência para intervenção dos profissionais da MDV, em especial para o profissional de Serviço Social, tendo em vista a participação das famílias pesquisadas da MDV na realidade das famílias brasileiras apresentadas pela PNAD de 2006.

4.1 Procedimentos da pesquisa realizada com mães de Recém-Nascidos internados na UTI Neonatal

Durante a realização do estágio, no período de janeiro a junho de 2008 na MDV, foi elaborado e implementado pela autora um projeto de intervenção na instituição, que teve como objetivo geral acompanhar as mães que se encontram alojadas em quartos coletivos na MDV, cujos RN estão internados na UTI Neonatal (sala 01, sala 02, sala 03 e berçário). A aproximação da autora com esta temática surgiu em meio à observação participante durante período de realização do estágio, a partir da identificação e vínculo criado com as mães. Cabe ressaltar que o levantamento realizado previa duas condicionalidades para participação das entrevistadas: ser mãe de um RN internado na UTI Neonatal e estar alojada em quarto coletivo na MDV. Esse recorte de público permitiria um acompanhamento mais próximo das situações a serem vivenciadas na MDV. Não foi impedida a participação dos pais na realização das entrevistas, porém, como as entrevistas se restringiam ao horário de realização do estágio, das 8:00 às 14:00 horas, seria difícil encontrá-los. Este projeto implementado em

abril de 2008, e com término em junho do mesmo ano, visava acompanhar 30 mães, e para tal objetivo à ocasião entendeu-se que seria muito importante à realização de entrevistas com as mães. Foram abordadas 59 mães durante o período de 19/04/2008 a 16/06/2008 porém, como muitas demonstraram resistência à participação na pesquisa, foram entrevistadas apenas 25 mães e 01 pai acompanhou a entrevista.

Para atingir os objetivos, foi realizada uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa. Esta escolha, segundo Queiróz (1992), tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere, pois, permite aliar as vantagens de se obter os aspectos qualitativos das informações à possibilidade de quantificá-los posteriormente. Esta associação realiza-se em nível de complementaridade, possibilitando ampliar a compreensão do fenômeno em estudo.

Para o acompanhamento destas mães, foi realizada diariamente uma identificação de RN que se encontravam internados na UTI, através do sistema informatizado de internação da própria Maternidade. Este sistema permitia visualizar inclusive novas internações. No primeiro dia do projeto foi impressa uma planilha com os nomes das mães dos RN, e após cada nova internação, era acrescentado o nome na planilha. Nesta planilha constava também a data da internação do RN na UTI, o quarto que a mãe do RN estava alojada, o dia da alta hospitalar e as datas de aplicação dos questionários.

Após esta identificação, a autora realizava diariamente visitas a UTI Neonatal, com vistas a conhecer as mães; apresentar o setor de Serviço Social; convidar para a reunião de pais e mães que tem RN internados na UTI Neonatal, promovidas pela equipe multiprofissional; e também convidar para participar da pesquisa a ser realizada. Além desta abordagem, foram realizadas semanalmente visitas aos quartos em que as mães estavam alojadas, com os mesmos objetivos.

As entrevistas ocorriam na sala do setor de Serviço Social, e excepcionalmente nos quartos, quando não estavam presentes outras mães. Para Sarmiento (2005), a técnica da entrevista permite um relacionamento mais estreito entre o entrevistado e o entrevistador, e seu objetivo de colher mais informações pode ser mais bem sucedido. A base da entrevista é a valorização e aceitação da pessoa humana, ouvir com atenção a narrativa para se aproveitar bem os comentários; fazer perguntas convenientes; correspondência e interesse no que se escuta, para abarcar e auxiliar no que for preciso; e compreender o vocabulário do usuário, suas representações e valores dentro de seu contexto sócio-cultural.

A realização da entrevista previa dois momentos, pois muitas mães não dispunham de muito tempo para responder, motivo justificado pela necessidade de retornar a UTI para ordenhar e/ou amamentar, prática que ocorria aproximadamente de 3 em 3 horas. Para adequação a esta realidade, foram elaborados dois questionários, um para cada momento.

Segundo Vergara (2000, p. 54),

O questionário caracteriza-se por uma série de questões apresentadas ao respondente, por escrito. [...] O questionário pode ser aberto, pouco ou não estruturado, ou fechado, estruturado. No questionário aberto, as respostas livres são dadas pelos respondentes; no fechado, o respondente faz escolhas, ou pondera, diante de alternativas apresentadas.

Para a realização das entrevistas foram utilizados questionários, sendo que estavam divididos em duas partes: um questionário fechado, denominado sócio-econômico, a fim de traçar um perfil destas mães (Apêndice A); e o outro era um questionário aberto, com perguntas relativas ao momento atual e específico de sua vida e vida do RN, para identificar casos que necessitavam da intervenção do Serviço Social (Apêndice B). A elaboração dos questionários foi auxiliada pela supervisora de campo, a assistente social Zaira Aparecida da Rosa Alchieri, e pelas professoras doutoras do Departamento de Serviço Social da UFSC, Rosana de Carvalho Martinelli Freitas e Teresa Kleba Lisboa.

Em algumas entrevistas constatou-se a necessidade de aplicar os dois questionários num mesmo momento, à medida que algumas mães sinalizam a indisponibilidade de outro horário, e/ou porque seus filhos já estavam com alta clínica programada. Verificou-se também que as entrevistas realizadas serviram como espaço para denúncias e queixas de atendimentos realizados por diversos profissionais da MDV no atendimento do RN na UTI, que serão detalhadas na seqüência.

Após as entrevistas, algumas mães passaram a procurar o setor com mais freqüência, sendo que, muitas vezes era para intermediar conflitos entre as mães de um mesmo quarto coletivo, solicitar benefícios que o setor dispunha, e/ou para relatar situações que demandavam orientações e/ou uma intervenção profissional, tanto do Serviço Social, como psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, e/ou encaminhamentos externos, etc.

Foi possível perceber também maior adesão das mães nas reuniões de “Pais e Mães com RN na UTI”, promovidas quinzenalmente pela equipe técnica, com participações mais ativas e freqüentes.

Após encerrar o prazo programado para realização da pesquisa, a fim de conhecer mais sobre RN internados em UTI Neonatal, a autora realizou uma pesquisa bibliográfica a respeito do tema. É possível destacar as contribuições de: DESSEN (1992); CARTER (1995); NICHOLS (1998); BRITO, KOLLER (1999); GALLO (2000); GAÍVA (2001); BRASIL (2002); FONSECA (2002); HOLANDA, SILVA (2005); KARST (2004); MIELE (2004); MUTUHARA, NAGANUMA (2006); RABELO et al. (2007). Cabe observar que estas obras publicadas têm como autoria profissionais e/ou estudantes de: medicina, enfermagem, psicologia, música, dentre outros. Porém, ressalta-se que são poucas as publicações na área de Serviço Social que abordam esta temática, e a necessidade de apropriação do Serviço Social nesta área foi um dos motivos impulsionadores para a elaboração deste trabalho.

Após a realização das leituras, foi realizada uma pesquisa documental através da SIS (2007); PMS (2005); PMAS (2005); RMG (2007).

A necessidade da autora em publicizar as informações obtidas a partir da pesquisa, se faz no sentido de identificar as demandas das mães, após permanência constante na instituição, bem como identificar se estas se constituem em demandas particulares e/ou são semelhantes a demandas coletivas existentes, quando o tema é o atendimento de recém-nascidos internados em UTI Neonatal. O profissional de Serviço Social como planejador, executor e avaliador das políticas sociais, deve coletivizar e tornar pública as demandas individualizadas, bem como as grupais e as que se apresentam como coletivas, pois estas demandas podem estar voltadas para as demandas de outros (as) cidadãos e cidadãs. Segundo Vasconcelos (2006, p. 24) “Todo direito discutido isoladamente perde sua dimensão coletiva e leva à compaixão, benemerência, beneficência, ajuda, e acaba em maleficência”.

Diante da realização das entrevistas e do conhecimento da realidade das famílias brasileiras, a fim de identificar a existência de uma interface com a realidade observada na MDV, se identificou a necessidade de conhecer a política de saúde no município de Joinville. A fonte principal como mencionada anteriormente foi o Plano Municipal de Saúde, disponível no site da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, porém este documento carecia de dados consistentes e atualizados sobre a política de saúde no município. Em paralelo acontecia a busca pelo Plano Municipal de Assistência Social, inicialmente no site da Secretaria de Assistência Social de Joinville porém, como este documento não estava disponível, se realizou contato telefônico com a Secretaria de Assistência Social, e informaram que o acesso ao documento seria, a princípio, colocado à aprovação do Conselho Municipal de Assistência

Social, foi então igualmente estabelecido contato com o Conselho através do site da Secretaria Municipal de Saúde porém, não se obteve retorno. Somente algum tempo depois, após contato telefônico com a Secretaria de Assistência Social, o Plano Municipal de Assistência Social (2005-2009) foi encaminhado via e-mail, para a autora. Com vistas a completar as informações, buscaram-se também dados através do Relatório de Gestão da Saúde Municipal, do ano de 2007.

A partir da leitura destes documentos, foi necessário conferir algumas informações existentes. Um dado a ser retificado está relacionado ao número de leitos que a MDV dispõe, pois se observa que no RMG, 2007 consta que a instituição disponibiliza 128, e destes, 10 são leitos privados. Diante desta informação, a autora entrou em contato com a MDV, e esta relata que a informação não procede e que já solicitaram alteração, pois na realidade, todos os leitos são disponíveis para o SUS desde 2006, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹² (CNES), totalizando 138 leitos do SUS.

4.2 Conhecendo a Maternidade Darcy Vargas: aspectos históricos e serviços oferecidos

A Maternidade Darcy Vargas, caracterizada como Hospital de Ensino (2008), é um estabelecimento de saúde público estatal, sua gestão é municipal, e a administração é direta, com recursos provenientes do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde (DATASUS, 2008).

Quem impulsionou sua criação foi a própria sociedade de Joinville e as Irmãs Franciscanas, com iniciativa do Governo de Nereu Ramos, sendo que a construção do prédio da Maternidade começou em novembro de 1941, sendo que sua conclusão ocorreu em outubro de 1944. No entanto, o governo demorou cerca de dois anos e meio para adquirir os equipamentos e contratar funcionários. Sua inauguração foi no Governo de Aderbal Ramos da Silva, em 16 de abril de 1947. A Maternidade nesta época era administrada pelo médico Dr. David E. de Oliveira, e o serviço interno ficava a cargo das Irmãs Franciscanas (FONTOURA, 1997).

Nos anos 1980 e 1990, a MDV passou por uma série de mudanças estruturais e gerenciais. A partir de 1992, a Maternidade foi municipalizada, sendo o município

¹² Para mais informações, sugere-se consultar http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4209102436477

responsável para responder pelo seu gerenciamento. Segundo o Ministério do Planejamento e Orçamento (1996), o quadro de funcionários da MDV é composto de pessoal concursado pelo Estado e alocado na Maternidade. Com o oferecimento de novos serviços à sociedade e com a participação dos funcionários na gestão, a MDV passou a contar com apoio da sociedade e investimentos do setor público e privado. A contratação de novos funcionários concursados foi efetivada, porém, como as atividades estavam cada vez mais especializadas, o trabalho das Irmãs Franciscanas estava cada vez mais limitado (FONTOURA, 1997).

Conforme DATASUS (2008) existem 509 funcionários na MDV (157 são médicos e 352 outros), e atualmente todos os serviços oferecidos são através do SUS, com igualdade de atendimento. A MDV presta assistência segura e humanizada à saúde integral da mulher, na área de obstetrícia, aos recém-nascidos e atenção à família, assim como auxilia na formação de profissionais nas áreas correlatas. Seu público alvo é composto de gestantes, parturientes e puérperas, com baixo, médio e alto risco, mulheres adolescentes e adultas, recém-nascido e família.

É uma unidade hospitalar de médio porte, e tem capacidade de disponibilizar 138 leitos. São eles: Cirúrgicos: Ginecologia 3 leitos; Clínicos: Clínica Geral 31 leitos, Neonatologia 5 leitos, UTI Neonatal 10 leitos, Unidade Intermediária Neonatal 25 leitos, Unidades de isolamento 2 leitos; Obstetrícia: Obstetrícia Cirúrgica 15 leitos, Obstetrícia Clínica 46 leitos, Outros: Psiquiatria 1 leito (DATASUS, 2008, p. 1).

A MDV atende também em seus consultórios de Alto Risco, mensalmente, cerca de 6.000 pacientes. A Maternidade recebeu em fevereiro de 2005 o Prêmio Galba Araújo, como sendo a Maternidade mais humanizada do Sul do País, concorrendo com todas as unidades do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina (VIEIRA, MDV, 2008).

Com base nos documentos estatísticos da MDV de 2008, que acumulam informações dos meses de janeiro a outubro do mesmo ano, observamos que atualmente a MDV apresenta um total acumulado nestes meses de 6.932 internações, isso demonstra que a média mensal atual de internações é de 693 (655 de obstetrícia e 39 de pediatria). Destas internações, observamos que, num total acumulado nestes meses, resultaram em 4.985 partos, e uma média de 499 por mês, divididos em 331 partos normais e 166 partos cesáreas. Foi observada que a média de partos cesárea é de 33%, e está em declínio em comparação ao ano de 2007 (34%) e 2006 (35%). Destes partos, observa-se um total de 4.974 nascimentos (2.600 sexo

masculino e 2.374 sexo feminino), com isso, a média de nascimentos é de 497 por mês (260 sexo masculino e 237 sexo feminino).

Desde 2003 a Diretoria Geral está sob responsabilidade do Dr. Paulo Furlanetto, com seu primeiro mandato, de 2003 a 2006, atualmente está em seu segundo mandato, que iniciou em 2007. Esta Diretoria possui três gerências, são elas: Gerência Técnica, a Gerência de Enfermagem e a Gerência Administrativa, com Dr. Valdir Lampa, Enf. Sandra Regina Medeiros da Silva e Marlene Buzzi, seus respectivos gerentes. Existe também a Diretoria Clínica, Dr. Deonísio Valtrick, e o CCIH – Centro de Controle de Infecção Hospitalar e o SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Enf. Mirian Bonilha.

Cabe destacar que dentre os profissionais que estão subordinados a Gerência Técnica, encontra-se a equipe de Apoio Técnico. Esta equipe realiza um trabalho multiprofissional e é composta por 01 assistente social, 02 fonoaudiólogas, 02 nutricionistas, 02 psicólogos, 02 terapeutas ocupacionais, 03 fisioterapeutas, 01 farmacêutico e 03 técnicos do Raio-X. Ou seja, o Serviço Social está inserido nesta equipe, que visa o atendimento à paciente e sua família, e será detalhado na seqüência deste trabalho.

Os serviços oferecidos na MDV são:

- Alojamento Conjunto;
- Banco de Leite Humano;
- Coleta externa de Leite Materno;
- Controle de Infecção Hospitalar;
- Curso para Gestantes;
- Emergências Obstétricas (atendimento 24 horas);
- Fisioterapia Neonatal;
- Fonoaudiologia (Otoemissão Acústica);
- Gerenciamento Participativo;
- Gerenciamento pela Qualidade Total (Qualivida) e Central de Resultados (Custos Hospitalares, Estatísticas e Controladoria);
- Hospital de Ensino;
- Humanização do parto, permitindo a presença de familiares junto às gestantes, desde a internação até alta hospitalar;
- Parto Cesárea;

- Parto de Cócoras (procedimento raro);
- Parto Normal;
- Programa Cuidado Canguru;
- Programas/Campanhas Amor Perfeito, Incentivo ao Parto Normal, Mãe Coruja, Pequeno Príncipe (em conjunto com a Secretaria da Saúde);
- Psicologia e Psiquiatria Clínica;
- Registro de Nascimento;
- Residência Médica;
- Sarneo – Serviço de Alto Risco Neonatal (UTI e Berçário Patológico);
- Serviço de Diagnóstico por Imagem (Ultra-sonografia, Raio-X, e Tococardiografia);
- Serviço de Medicina Fetal e Planejamento Familiar;
- Serviço de Nutrição e Dietética;
- Serviço Social;
- Terapia Ocupacional; e
- Unidades Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco, Neonatologia de Alto Risco e Imunização.

Neste momento, cabe retomar a discussão iniciada na seção 3, com relação ao item “Avaliação da Situação”, presente no PMS de 2005, com relação à análise quanto à oferta de Serviços Públicos de Saúde no município.

Com relação ao subitem ‘forças’, existe uma identidade dos profissionais com os serviços oferecidos pelo SUS, destacando inclusive a implantação, na MDV, da Política Nacional de Humanização, e o crescimento dos serviços e ações ofertadas. No subitem destinado a ‘oportunidades’, observa-se que a MDV apresenta preocupação com o avanço das tecnologias da saúde, e faz parceria com instituições formadoras de profissionais, destacando-se o título de Hospital Escola. Com relação ao subitem ‘fraquezas’, na MDV existem falhas na comunicação entre os setores e com relação aos usuários, ausência de contratação de mais profissionais, ocasionando uma inadequação entre as demandas e o número de profissionais, e houve também momentos de insuficiência de leitos e leitos de UTI. E por fim, relacionada ao subitem ‘ameaças’, como qualquer outro hospital pode existir agravos relacionados à infecção hospitalar.

4.2.1 Serviço Social da MDV: sua história, seus objetivos, suas demandas e ações profissionais

O setor de Serviço Social da MDV¹³ tem como marco inicial o ano de 1987, com a admissão da assistente social Terezinha Hillesheim, permanecendo no setor até abril de 1994. Em seguida, a assistente social Glória Libera R. Araújo, funcionária federal que foi cedida para a MDV, permaneceu até dezembro de 1994. Por um período maior, de janeiro de 1995 até agosto de 2003, assume a assistente social Silvia Bopré Niehues. E a partir de dezembro de 2001, o setor passou a contar também com os serviços da assistente social Carla Helainy Rocha da Rosa, até dezembro de 2003. Este foi o único período que o setor de Serviço Social teve duas assistentes sociais em seu quadro de funcionários. Posterior a isso, de fevereiro a julho de 2004, assumiu a assistente social Graciela Schweitzer. E de janeiro de 2005 até os dias atuais, o setor de Serviço Social da MDV tem como assistente social a senhora Zaira Aparecida da Rosa Alchieri, para o atendimento das demandas, e possui também uma técnica administrativa para atividades diversas. Observa-se que, por um período de 5 meses, ou seja, de agosto a dezembro de 2004, o setor de Serviço Social não teve assistente social. Neste período, o setor manteve-se funcionando e o atendimento foi reduzido, sendo a demanda encaminhada e absorvida por outros serviços da MDV, como Gerência de Enfermagem, Psicologia e Setor de Internação, e quando necessário tinha o suporte e supervisão da Gerência Técnica (em casos de encaminhamento para Conselho Tutelar, Fórum). Em janeiro de 2005 a Secretaria Estadual de Saúde transferiu esta assistente social do HRHDS para assumir o setor na MDV, para atender a exigência do CRESS, retomando os atendimentos, encaminhamentos e avaliações para o setor.

O ano de 2008 foi um marco para o setor de Serviço Social da MDV, pois teve a sua primeira estagiária de Serviço Social, estágio realizado através do convênio já existente entre a Secretaria Estadual de Saúde e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) porém, com a inclusão do Curso de Serviço Social, e assim, se concretizou como um novo campo de estágio.

¹³ Cabe ressaltar que as informações foram coletadas mediante relatos da funcionária Telma Brito Weiss, que trabalha no setor desde 1991, e pelo setor de RH. Haja vista que não foram encontrados documentos que fazem referência à institucionalização do setor.

O atendimento social, realizado pela assistente social, acontece após solicitação dos setores: *Pré-Parto*; *UTI Neonatal* (Sala 01 – UTI, Sala 02 – Semi-Intensivo, Sala 03 – Berçário); *setor A* (normalmente para parturientes que fizeram cesarianas, quartos 01, 02, 09 e 10 são destinados para mães de RN da UTI Neonatal), *setor B* (parturientes que fizeram partos normais e quarto 27, destinado para mães de RN da UTI Neonatal), *setor C* (gestantes internadas); *Ambulatório*; *Recepção*; *Pronto-Atendimento* (para bebês internados), e *Banco de Leite*; e/ou através de demanda espontânea.

Tendo em vista a proximidade da autora com as informações provenientes dos usuários atendidos na MDV pelo Setor de Serviço Social durante a realização do estágio obrigatório, observou-se que os usuários, majoritariamente, apresentam pouca escolaridade; residem em regiões periféricas da cidade, onde muitas são áreas de invasão e com alto índice de violência e tráfico de drogas, possuem baixa renda ou renda inexistente entre seus familiares (raros os usuários com empregos estáveis e contribuintes da Previdência Social); o número de filhos/dependentes é alto; e muitas são adolescentes. Destes usuários, alguns apresentam histórico de dependência química; e/ou são usuários acompanhados por programas governamentais (Bolsa-Família, PETI, POASF), por instituições da rede básica (Rede de Atendimento Básico de Saúde), instituições governamentais (Fórum, Conselho Tutelar), instituições não-governamentais (Lar Abdon Batista – abrigo para crianças e adolescentes, Casa Renascer - abrigo para gestantes), instituições filantrópicas (Igrejas dos bairros que residem), dentre outros.

Segundo os documentos estatísticos da MDV (2008), o número médio de atendimentos realizados pelo setor de Serviço Social, durante os meses de janeiro a outubro de 2008 foi de 504 por mês, e comparando com o número médio mensal de nascimentos na MDV (497), imagina-se que muitos usuários atendidos são decorrentes dessas internações, além de gestantes com acompanhamento de Alto Risco.

A assistente social atua também de forma interdisciplinar, visando o atendimento de suas necessidades como um todo, a partir de demandas que envolvem situações sociais emergentes. Esta interdisciplinaridade no Serviço Social está diretamente relacionada com a atuação da profissão (suas atribuições, responsabilidades e métodos de trabalho) no âmbito institucional. De acordo com ETGES (1993), o Serviço Social está ligado a outras áreas e isto é importantíssimo para seu desenvolvimento, pois o isolamento seria prejudicial para a abrangência de sua prática social. Pode-se dizer que a interdisciplinaridade o desenvolve,

flexiona-o e viabiliza a interação com o diferente. Ela possibilita o rompimento dos vícios e preconceitos existentes na profissão. Ensina também a pensar e ver diferente a metodologia.

Segundo os protocolos de atendimentos do Serviço Social, e informações repassadas pela assistente social, durante o período de realização do estágio obrigatório na instituição, os objetivos do Serviço Social são:

- Disponibilizar suporte social para a demanda atendida na MDV;
- Viabilizar encaminhamentos que agilizem a alta clínica da gestante, do RN e da parturiente; e o acompanhamento da rede básica após a alta;
- Avaliar casos, quando solicitados, com parecer resolutivo que possa assegurar o bem-estar biopsicossocial do RN;
- Comunicar autoridades competentes de situações de risco tanto para a gestante, RN e/ou parturiente.

Após observações dos atendimentos realizados pela assistente social, ressalta-se que as ações procuram garantir um atendimento justo e igualitário, evitando qualquer tipo de discriminação ou preconceito. Objetiva prestar orientações que requerem o uso de instrumentais técnico-operativos, para que a gestante/parturiente/família consigam dar seqüência a suas vidas. Observou-se também que o atendimento realizado pode ser concretizado no mesmo dia, como pode também demandar o acompanhamento da paciente, família, RN, durante a internação até a alta clínica da díade, mãe e bebê.

Durante o período de realização do estágio obrigatório, foram identificadas as ações profissionais do setor de Serviço Social e as demandas decorrentes dos usuários. Para identificar qual a maior concentração das ações da assistente social, elas foram agrupadas em três eixos de intervenção, propostos por MIO TO (2005). São eles: 1) Processos Político-Organizativos: são intervenções que desenvolvem ações de assessoria e mobilização, voltadas para o fortalecimento da sociedade civil; 2) Processos de Planejamento e Gestão: são ações de assessoria e consultoria, gestão de recursos humanos, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços; e 3) Processos Sócio-Assistenciais: são ações sócio-educativas, sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas e periciais, vinculadas ao atendimento de demandas particulares dos usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis.

Com isso, as ações profissionais do Serviço Social, para efeitos didáticos, serão assim distribuídas e agrupadas:

1) Processos Político-Organizativos:

- Agendamento de entrevista no Fórum com gestante/mãe que decide deixar RN para adoção, e fazer as orientações quanto a rotina da MDV e Registro de Nascimento.
- Contato com redes de apoio: Secretarias Municipais de Saúde, Rede de Atendimento Básico de Saúde, Creches, Unidade Sanitárias, Fórum, Conselho Tutelar, Abrigos, Albergues, Secretaria de Assistência Social, Central Funerária, Escritórios Modelos, etc.
- Participação direta em Grupo de Mães e Pais que têm RN internados na UTI Neonatal. Ocorre quinzenalmente, com equipe multiprofissional (Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, médicos e enfermeiras da UTI), registrando, através de lista de presença, os participantes.
- Participação em reuniões de Conselhos de Direitos (Assistência Social, Saúde, Criança e Adolescente, e outros).

2) Processos de Planejamento e Gestão:

- Acompanhamento às mães com recém-nascidos internados na UTI Neonatal e Pronto Atendimento, entrevista com preenchimento do formulário “Cuidado Canguru”.
- Orientações e encaminhamentos para pacientes e familiares com doenças infecto-contagiosas.
- Participação em Reuniões na MDV com: Gerência Técnica, Equipe Multiprofissional, Comissão de Ética, Humaniza SUS, CCIH, projetos diversos, etc.
- Reuniões com estagiário de planejamento, avaliação e supervisão.

3) Processos Sócio-Assistenciais:

- Orientação à família nos casos de óbito do RN, acompanhando a liberação da Declaração de Óbito, encaminhando-os para a Central Funerária.
- Requisição de veículo para transporte de pacientes via Secretaria de Saúde, quando são pacientes de outras cidades/municípios.
- Entrevistas e avaliações para benefícios, como vale-transporte e/ou vale-refeição, para gestantes de Alto Risco, mães que estão amamentando RN na UTI Neonatal e

pacientes ou acompanhantes que, por algum motivo, permaneçam por mais tempo na casa, inclusive de outros municípios.

- Acolhimento, orientações e esclarecimentos a todos que procuram o setor.
- Estabelecimento de contato, junto aos médicos, para realizarem o preenchimento do Atestado Médico para as mães requererem o Salário-Maternidade.
- Encaminhamentos com relação às gestantes sem documentos pessoais, e parturientes adolescentes sem documentos e sem acompanhantes.
- Em casos de gestantes e parturientes com histórico de dependência química, garantir proteção ao bebê após alta, encaminhamento das pacientes para tratamento, comunicação com a família ampliada a fim de assegurar e fortalecer vínculos familiares e sociais com a paciente e/ou bebê.
- Participação no Curso de Gestantes, juntamente com equipe multiprofissional.

Portanto, verifica-se que as ações profissionais da assistente social da MDV apresentam maior concentração em intervenções sócio-assistenciais. Entretanto, cabe ressaltar que todos os processos de intervenção requerem o uso de instrumentais técnico-operativos e ético-políticos para o aprimoramento da ação efetuada, que realizam efetivamente a transformação do objeto e do Serviço Social. Os instrumentos ou meios de trabalho são elementos fundamentais de qualquer processo de trabalho, pois são eles que potencializam a ação do trabalhador sobre seu objeto. No Serviço Social da MDV, os instrumentais freqüentemente utilizados são: entrevista, observação participante, reuniões, atividades em grupos, encaminhamentos, orientações, acolhimento, relatório social, pesquisa, etc.

4.3 Análise da pesquisa: a realidade sócio-econômica das mães, demandas e desafios

Neste sub-item se apresenta a análise da realidade das mães a partir das entrevistas realizadas. Cabe ressaltar que o conhecimento do perfil sócio-econômico destas e as demandas apresentadas para a instituição e para os profissionais da MDV é fundamental, por permitir conhecer os diversos arranjos familiares existentes, para posterior identificação das famílias formadas a partir do nascimento do RN, compreendendo que existe um movimento dinâmico nas relações familiares. A apresentação dos indicadores sociais das famílias

brasileiras, através da PNAD, 2006, nos possibilitou realizar um comparativo com os indicadores das famílias participantes da pesquisa.

A pesquisa exploratória realizada a partir do pressuposto que a MDV é um estabelecimento de atendimento a saúde pública, assim sendo, era imprescindível a identificação da política de saúde no município de Joinville, para melhor compreender o atendimento à saúde da população. O estudo realizado permitiu identificar a existência de uma política implementada com caráter curativo e/ou preventivo, como preconiza o SUS, bem como recuperar diferentes conceituações de saúde e/ou doença. A caracterização do município visou compreender como se encontra a população de Joinville, através dos dados econômicos, sociais e políticos.

A apresentação da realidade das mães seguirá o roteiro das entrevistas realizadas. O primeiro questionário aplicado (Apêndice A), denominado sócio-econômico, visava apontar o perfil das famílias dos RN internados na UTI Neonatal da MDV, a partir da identificação dos pais e do RN, o endereço residencial, a participação em programas sociais, a identificação da situação habitacional, a composição familiar, e alguns encaminhamentos e orientações prestadas.

No segundo questionário (Apêndice B) são abordadas questões específicas referente ao momento que as mães vivenciavam, como expectativas em relação à MDV, o conhecimento do Serviço Social, os atendimentos prestados pelos profissionais, a adaptação ao quarto coletivo com outras mães, sua experiência como mãe de RN de UTI, causas do problema de saúde do RN, as demandas apresentadas, e as expectativas após a alta do RN. E, para concluir a seção, após identificação das demandas das mães, serão elencados desafios para os profissionais da MDV, em especial para o setor de Serviço Social.

4.3.1 Identificação familiar dos RN Internados na UTI Neonatal

O primeiro questionário, como mencionado anteriormente, visava identificar o perfil dos pais dos RN internados na UTI Neonatal. Das 25 mães entrevistadas, 01 ou 4% das entrevistadas, ao final da pesquisa não se encontrava mais alojada na MDV, porém fazia visitas diárias ao RN. Com relação aos pais dos RN, 23 pais, correspondente a 92%, auxiliavam nos cuidados com o RN e, destes, 21, ou seja, 84% vivem junto com as mães do

RN. 16 mães afirmaram que recebem visitas das avós maternas e/ou paternas, portanto, 64% das mães contam com auxílio da família nos cuidados com RN.

Com relação à identificação dos RN, cabe destacar que todas as 25 mães, ou seja, 100% das entrevistadas entraram em trabalho de parto prematuro, variando entre 27 a 38 semanas, ou seja, a gravidez foi interrompida antes das 40 semanas de gestação. Destas, verificou-se que 06 mães, correspondente a 24%, souberam precisar o motivo ou indicar a eventual causa que acarretou o parto prematuro. Não houve menção pelas mães sobre a causa identificada pelos médicos, nem busca de informações contidas no prontuário.

Devido ao parto prematuro, geralmente os RN apresentam baixo peso, e não estão completamente formados. Surge então a necessidade de atendimentos emergenciais e especiais na UTI Neonatal. Os pesos dos 28 RN (observou-se a ocorrência de 01 parto gemelar e 01 parto trigemelar) variavam entre 920g e 2.630kg.

Com relação à gestação das mães, destaca-se que 01 (4%) das mães, não fez acompanhamento pré-natal. Quanto ao local de realização das consultas, 15 (60%) fizeram em Unidades de Atendimento Básico, 06 (24%) fizeram na MDV, em decorrência de gravidez de alto risco, e 03 (12%) fizeram em clínicas particulares. 09 mães, ou seja, 36% das entrevistadas relatam que têm histórico de abortamento espontâneo e com isso, apresentam dificuldade de engravidar. Todas as mães relatam que já utilizaram algum tipo de método anticoncepcional, e 10 mães (40%) não estavam usando métodos anticoncepcionais quando engravidaram, 12 mães (48%) relataram que suspenderam o uso para engravidar, e 03 mães (12%) afirmam que estavam ministrando corretamente pílulas anticoncepcionais quando engravidaram. Mediante o relato de algumas mães sobre a vontade de colocarem o Dispositivo Intra Uterino (DIU) para prevenção de outra gravidez, o setor encaminhou estas mães para conversarem com a enfermeira do Ambulatório Alto Risco, responsável por essa prática, para mais esclarecimentos.

Considerando o local de residência destas mães, observa-se que 17 são do município de Joinville, 03 são do município de Barra Velha, 02 são do município de Itapoá, 01 é do município de Garuva, 01 do município de São Francisco do Sul, e 01 do município de Guaratuba, Estado do Paraná (PR). Ou seja, 68% são provenientes do município de Joinville, e 32% de localidades próximas.

Na seqüência do questionário, com relação à participação em Programas Sociais, 21 mães, ou seja, 84% relataram que nunca participaram de nenhum Programa Social, e 04 mães,

ou seja, 16% das entrevistadas expõem alguma participação em programas. Destas mães que participam ou participaram de algum programa social, 01 (4%) relata que participou durante dois anos de um programa realizado no município de Barra Velha, seu local de residência, porém não soube precisar o nome, somente que havia assistentes sociais e enfermeiras, e que era muito bom. Observou-se que o programa citado pelas outras 03 (12%) mães foi o Bolsa-Família. Destas, somente 01 (4%) mãe relatou que recebe pelas filhas, de 6 anos e 15 anos. Acrescenta que exigem controle de peso, vacinação e acompanhamento escolar. Ficou conhecendo o Programa pela escola em que estudam suas filhas. Quanto ao valor, relata que recebe R\$95,00, e que apesar de não ser um valor alto, ajuda. As outras 02 mães (8%), que eram adolescentes, relatam que não recebem mais, uma porque deixou de estudar, e a outra porque completou 18 anos (esta última ressalta que seus irmãos ainda recebem).

Outro questionamento realizado foi em relação à situação habitacional das mães e suas famílias, ressaltando a infra-estrutura das casas. Das 25 mães entrevistadas, 16 (64%) moram em casa própria e quitada, 05 (20%) pagam aluguel para morar, 04 (16%) moram em casas cedidas por parentes. Quanto ao número de cômodos existentes na casa, destaca-se que: 14 mães, ou 56%, responderam de 4 a 6 cômodos, 07 mães, ou 28%, responderam de 7 a 10 cômodos, e 04 mães, ou 16%, responderam de 1 a 3 cômodos. E destas casas, 17 (68%) são de alvenaria, 05 (20%) são de madeira, e 03 (12%) são mista. Sendo que das 25 casas, 01 (4%) não possui banheiro.

Quanto à existência de saneamento básico nas residências, observa-se que com relação ao abastecimento de água, 23 casas, correspondente a 92% utilizam a rede pública de abastecimento, 01 ou 4% utiliza água cedida (pelo vizinho), e 01 ou 4% utiliza poço ou nascente. A rede de esgoto de 19 casas, ou seja, 76% é através da rede pública, 03 casas, correspondente a 12%, utilizam fossa séptica, 02 casas, ou 8%, não possuem rede de esgoto, e 01 casa, ou 4%, utilizam fossa rudimentar. Quanto à iluminação, 23 ou 92% das casas têm iluminação pública, com relógio individual, 01 ou 4% utiliza relógio comunitário, e 01 ou 4% tem iluminação cedida.

Ao comparar estes dados com as informações trazidas anteriormente, em relação à PNAD, 2006/PMS, 2005/RMS, 2007, verifica-se que os índices de saneamento básico, iluminação pública e infra-estrutura se assemelham aos índices da população brasileira e da população de Joinville, pois os valores estão em uma mesma proporção. Ou seja, as famílias dos RN internados na UTI, estão incluídas na realidade da população brasileira.

A última pergunta do questionário era sobre a composição familiar. Das 25 famílias, 21, ou seja, 84% têm a presença do pai do RN na mesma residência. Destas 21 famílias, 10 (40%) são compostas somente pelo casal e RN, 05 (20%) são compostas pelo casal, RN e outros filhos, 04 (16%) são compostas pelo casal, RN, avós e outros parentes, 02 (8%) são compostas pelo casal, RN e avós. Das 04 famílias que não tem a presença do pai na mesma residência, correspondente a 16% do total, 02 (8%) são formadas pela mãe, RN, avós e outros parentes, 01 (4%) pela mãe, RN e avós, e 01 (4%) pela mãe, RN, outro filho e avós. Cabe ressaltar que destas últimas 04 famílias (16%), 02 (8%) não se relacionam com os pais dos bebês. E quanto ao estado civil apresentado pelas 25 mães, 05 ou 20%, são casadas legalmente, porém muitas ressaltaram que apesar de não terem o registro civil, é como se fossem casadas.

Ao classificar estas famílias com os quatro tipos de agregados domésticos (ABOIM, 2003) recuperados anteriormente, ressalta-se que:

- Não existem famílias do tipo agregado doméstico sem núcleo familiar.
- 15 famílias, ou seja, 60% do total de famílias são do tipo agregado doméstico de família simples.
- 06 famílias, ou seja, 24% do total de famílias são do tipo agregado doméstico de família múltipla.
- 04 famílias, ou seja, 16% do total de famílias são do tipo agregado doméstico de família alargada.

Observa-se que, das 25 mães entrevistadas, 03 (12%) são adolescentes de 14, 15, e 17 anos, 07 (28%) têm de 18 a 23 anos, 08 (32%) têm de 24 a 30 anos, e 07 (28%) têm de 31 a 35 anos. Quanto aos pais dos RN, em média, a faixa etária se equipara com a das respectivas mães.

Com relação ao mercado de trabalho, observa-se que das 25 mães entrevistadas:

- 14 estão desempregadas, destas, 10 são autônomas e somente 01 contribui para previdência social (03 diaristas, 02 artesãs, 02 manicures, 01 motorista, 01 babá, 01 revisora).

- 07 são donas de casa e não contribuem para previdência social. Destas, somente 01 já ingressou ao mercado de trabalho, e atualmente encontra-se como dona de casa devido a lesões na coluna, recebendo auxílio-doença. Ela ressaltou que não gosta de estar nesta condição, pois almeja ganhar mais e retornar ao mercado de trabalho.
- 04 mães têm empregos fixos (01 funcionária pública, 01 comerciante, 01 vendedora, e 01 auxiliar administrativa).

Diante disso, conclui-se que das mães entrevistadas, 56% estão desempregadas, e destas, 40% são trabalhadoras autônomas, não inseridas no mercado formal, e devido à situação em que se encontram atualmente, não estão inseridas inclusive no mercado informal. 28% são donas-de-casa, e destas, 24% nunca ingressaram ao mercado de trabalho; e 16% estão empregadas e inseridas no mercado formal, recebendo assim o salário-maternidade.

Observou-se mediante relatos de muitas mães, que o fato de permanecerem como acompanhantes de seus bebês na MDV lhe causa insegurança quanto à contribuição na renda familiar, pois existem obrigações com os outros filhos, e também por temerem a necessidade de cuidados especiais com o RN após a alta.

É visível a dificuldade de inserção/reinserção ao mercado de trabalho pelas mães entrevistadas, tendo em vista o alto número de mães desempregadas e donas de casa (numa ótica de mulheres que nunca foram empregadas). Cabe pensar também, que além do fator “educação”, que será visto mais adiante, um dos fatores associados a essa realidade, são os preconceitos e barreiras que as mulheres enfrentam ao competirem com homens no mercado de trabalho.

Ao se comparar a renda das 04 mães (16%) que tem emprego fixo, com a renda de seus respectivos companheiros, 03 mães (12%) têm a renda menor que a de seu companheiro, ou seja, ratifica a desigualdade entre homens e mulheres no que se refere ao rendimento. Apesar do aumento de mulheres no mercado de trabalho, aumento de qualificação pessoal, e aumento de mulheres chefes de família (IBGE, 2008), o alto índice de desemprego entre as mães entrevistadas é preocupante e reflete, na renda familiar, que poderia ser maior. Entretanto, considera-se primordial que o Estado enfrente esta realidade apresentada pelas mães, com ações e políticas públicas que visem a inclusão e aperfeiçoamento profissional das mulheres em geral, inclusive com a garantia de vagas em creches e escolas para seus filhos e filhas.

Com relação aos outros membros da família que residem juntos, percebe-se que quase todos auxiliam na renda familiar, podendo ser: pai, avós, tios, irmãos. Não houve relatos de desemprego por parte dos pais dos RN. Dos 21 pais que contribuem para a renda familiar, 14 deles, correspondente a 66,6%, têm empregos fixos, e os outros 07 pais, correspondente a 33,3%, são autônomos (dentre as profissões, destaca-se: pedreiros, jardineiros, pintores, “motoboys”), e conforme relatos das mães sobre estes últimos, essa condição causa muita insegurança, pois estão sujeitos a diversos fatores (tempo, necessidade dos outros, etc.) que podem influenciar num decréscimo na renda familiar.

Percebe-se que das 10 famílias (40%) que têm a presença de avós, 09 contribuem para a renda familiar. Isso demonstra que, do total de famílias pesquisadas, 36% recebem apoio de uma pessoa idosa (60 anos ou mais). Conforme IBGE (2007) é cada vez mais comum a dependência de pessoas potencialmente ativas ou disponíveis para atividades econômicas, com idade de 15 a 64 anos, haja vista que no Brasil, os idosos residem, na sua maioria, com familiares. Nessas famílias, “os idosos ocupam significativamente a posição de chefia nestes arranjos” (IBGE, 2007, p.153).

Para analisar a renda das famílias pesquisadas, a partir dos dados coletados nas entrevistas realizadas, foram elaboradas tabelas com diferentes classificações a fim de permitir uma identificação da renda das famílias, com as famílias pesquisadas pela PNAD, 2006. E mais adiante, para analisar a escolaridade das mães e pais, também foram utilizados os mesmos dados (o número de identificação da família, a renda familiar, e o número de membros de cada família), porém foi acrescentada a escolaridade de cada mãe e pai.

Primeiramente, foi feita uma classificação de renda a partir de valores quantitativos em salários mínimos (SM). Para isso, foram somadas todas as rendas apresentadas de cada família, e divididas pelo valor do SM atual, no caso, R\$415,00, a fim de conhecer quantos SM as famílias recebem (o número indicado para cada família está disposto conforme ordem de realização das entrevistas com as mães).

Podemos observar a divisão conforme tabela abaixo:

Nº DA FAMÍLIA	RENDA FAMILIAR (RF)	MEMBROS	RF em SM
1	R\$ 600,00	5	1,45
2	R\$2.500,00	4	6,02
3	R\$ 800,00	3	1,93
4	R\$1.400,00	3	3,37
5	R\$ 450,00	3	1,08
6	R\$1.310,00	4	3,16
7	R\$ 1.100,00	5	2,65
8	R\$ 600,00	3	1,45
9	R\$1.480,00	7	3,57
10	R\$1.630,00	3	3,93
11	R\$1.500,00	3	3,61
12	R\$4.010,00	3	9,66
13	R\$2.500,00	3	6,02
14	R\$ 750,00	8	1,81
15	R\$ 480,00	7	1,16
16	R\$ 600,00	3	1,45
17	R\$6.800,00	5	16,39
18	R\$1.680,00	3	4,05
19	R\$ 900,00	10	2,17
20	R\$2.700,00	5	6,51
21	R\$1.000,00	5	2,41
22	R\$ 2.080,00	4	5,01
23	R\$1.000,00	3	2,41
24	R\$ 850,00	3	2,05
25	R\$ 860,00	5	2,07

Tabela 2: Classificação de renda das famílias em salários mínimos
Fonte: Da autora (2008)

Para facilitar a visualização, foram elencadas três faixas salariais, de 1 a 4 SM; de 4 a 8 SM e de 8 A 17 SM, e agrupadas as famílias a faixa pertencente. Com isso, verificou-se que, 18 famílias (72%) estão na faixa de 1 a 4 SM, 05 famílias (20%) estão na faixa de 4 a 8; e 02 famílias (8%) estão na faixa de 8 A 17 SM.

Ao relacionarmos estas famílias com os dados trazidos anteriormente na seção 2, sobre os aspectos econômicos da população de Joinville, considera-se que as famílias dos RN internados na UTI expressam a realidade do município, pois mais de 51% da população de Joinville recebiam até 3 SM (PMS, 2005), e na MDV, mais de 52% das famílias também recebem até 3SM.

Para apontar a relação da distribuição de renda das famílias pesquisadas com a renda das famílias brasileiras apresentadas pela PNAD, 2006, recuperada anteriormente na seção 2, também foram transformadas as rendas familiares das 25 famílias pesquisadas em rendimentos *per capita*.

Com objetivo de aproximar o valor médio dos rendimentos *per capita* para comparar com as famílias que apresentam rendimento menor, foi realizada uma análise similar a da PNAD, 2006, ou seja, os 25 rendimentos familiares foram divididos em 5 partes (em ordem decrescente de rendimentos, com 05 famílias em cada parte), enquanto na PNAD, 2006 foram divididos em 10 partes (considerando que o universo de pesquisados era muito maior), conforme pode-se observar na tabela mais adiante.

Verifica-se que na quinta parte, ou seja, nas 05 famílias (20%) que apresentam os menores rendimentos *per capita*, encontrou-se que o valor médio *per capita* é de R\$104,46, enquanto o valor médio *per capita* da primeira parte, ou seja, das 05 famílias (20%) que apresentam os maiores rendimentos *per capita*, é de R\$943,00, ou seja, 9 vezes mais. Com isso, fica clara a desigualdade na distribuição de renda. O valor da média *per capita* de todas as famílias pesquisadas é de aproximadamente R\$408,00 e, com este dado, verifica-se que este valor é quase 4 vezes maior que a renda da média *per capita* da quinta parte das famílias.

Cabe ressaltar também que o valor *per capita*, encontrado nas famílias que apresentam maiores rendimentos da MDV, diferencia-se significativamente do valor médio apresentado pela PNAD, 2006, também em relação às famílias com maiores rendimentos, pois na MDV o valor encontrado foi de R\$943,00, enquanto na PNAD, 2006 o valor é de quase R\$ 2.678,00. Fato elucidado, compreendendo-se que, na MDV todos os atendimentos são públicos, para usuários através do SUS, e que a tendência de atendimentos é para famílias de baixa renda. Enquanto a PNAD, 2006 abrange em sua pesquisa diversas famílias, com rendas variadas. Talvez se fosse realizada esta pesquisa numa outra instituição, a qual incluísse usuários atendidos através de serviços públicos e privados, o valor médio *per capita* das famílias seria maior.

Segue abaixo a tabela com as divisões de rendimentos *per capita* das famílias pesquisadas na MDV:

Nº DA FAMÍLIA	MEMBROS	RENDA PER CAPITA
17	5	R\$ 1.360,00
12	3	R\$ 1.336,67
13	3	R\$ 833,33
2	4	R\$ 625,00
18	3	R\$ 560,00
10	3	R\$ 543,33
20	5	R\$ 540,00
22	4	R\$ 520,00
11	3	R\$ 500,00
4	3	R\$ 466,67
23	3	R\$ 333,33
6	4	R\$ 327,50
24	3	R\$ 283,33
3	3	R\$ 266,67
7	5	R\$ 220,00
9	7	R\$ 211,43
8	3	R\$ 200,00
16	3	R\$ 200,00
21	5	R\$ 200,00
25	5	R\$ 172,00
5	3	R\$ 150,00
1	5	R\$ 120,00
14	8	R\$ 93,75
19	10	R\$ 90,00
17	7	R\$ 68,57

Tabela 3: Classificação de rendimentos *Per Capita* das famílias
Fonte: Da autora (2008)

Portanto, foi possível observar que o valor médio do rendimento *per capita* das famílias pesquisadas na MDV apresenta-se em torno de R\$408,00, e diferencia-se do valor médio do rendimento *per capita* das famílias pesquisadas pela PNAD, 2006, que era aproximadamente R\$596,00.

Verificou-se que, 15 famílias, ou seja, 60% do total de famílias pesquisadas na MDV têm rendimento familiar *per capita* abaixo de 01 SM, e esta porcentagem se aproximou do número de famílias com rendimento abaixo de 01 SM trazido pela PNAD, 2006, que representava mais da metade da população brasileira pesquisada. E 10 famílias, ou seja, 40% apresentaram rendimento per capita entre 01 SM e menos de 04 SM.

Outro indicador que se buscou apontar está relacionado à escolaridade, e neste trabalho serão abordados os índices de 25 mães (100%) e de 20 pais (80%) dos RN, considerando que 05 mães não souberam responder (NSR). Os níveis de escolaridade foram divididos em: Fundamental Completo (FC) e Incompleto (FI); Médio Completo (MC) e Incompleto (MI); e Superior Completo (SC) e Incompleto (SI). Tendo como parâmetro o fato de que a renda familiar está diretamente ligada ao nível de escolaridade, foram aproximados

os valores *per capita* de cada família com o nível de escolaridade de cada mãe e pai. E para facilitar a compreensão dos dados, os níveis de escolaridade foram agrupados às famílias conforme as 05 divisões relatadas anteriormente, em ordem decrescente, da renda *per capita*, conforme tabela abaixo:

RENDA PER CAPITA	ESCOLARIDADE DA MÃE	ESCOLARIDADE DO PAI	MEMBROS	Nº DA FAMÍLIA
R\$ 1.360,00	SI	NSR	5	17
R\$ 1.336,67	SI	SC	3	12
R\$ 833,33	SC	MC	3	13
R\$ 625,00	SC	SI	4	2
R\$ 560,00	MC	MC	3	18
R\$ 543,33	MC	MC	3	10
R\$ 540,00	MC	FI	5	20
R\$ 520,00	MC	NSR	4	22
R\$ 500,00	MC	MC	3	11
R\$ 466,67	MC	MC	3	4
R\$ 333,33	FI	FC	3	23
R\$ 327,50	MI	NSR	4	6
R\$ 283,33	FC	MC	3	24
R\$ 266,67	FI	FC	3	3
R\$ 220,00	FC	MC	5	7
R\$ 211,43	MC	MC	7	9
R\$ 200,00	MC	NSR	5	21
R\$ 200,00	FI	FI	3	16
R\$ 200,00	FI	FI	3	8
R\$ 172,00	ANALFABETA	NSR	5	25
R\$ 150,00	FI	FI	3	5
R\$ 120,00	FC	FC	5	1
R\$ 93,75	FI	FI	8	14
R\$ 90,00	MC	NSR	10	19
R\$ 68,57	FI	NSR	7	15

Tabela 4: Classificação de rendimentos *Per Capita* das famílias e a escolaridade dos pais
Fonte: Da autora (2008)

Com isso, observa-se que na primeira parte, ou seja, nas 05 famílias (20%) que tiveram os maiores valores de renda *per capita*, foram apresentados, exclusivamente, o nível de escolaridade superior (completo e incompleto). Na segunda parte, observa-se que todas as 05 mães apresentam o nível médio completo, 03 pais tem o nível médio completo, 01 tem o ensino fundamental incompleto e 01 pai não soube responder. Ou seja, os níveis de escolaridade entre mães e pais não são muito distintos.

Analisando as três últimas partes, as 15 últimas famílias (60%) apresentam o rendimento *per capita* abaixo de 01 SM, e o número de mães com baixa escolaridade é

elevado, pois 08 mães, ou seja, mais de 53% das mães não têm o ensino fundamental completo. Na terceira parte as mães apresentam diferentes níveis de escolaridade, variando entre ensino médio incompleto, ensino fundamental completo e ensino fundamental incompleto, porém, observa-se que são mais baixos que os níveis dos respectivos pais, que apresentam o ensino médio completo e/ou o ensino fundamental completo, com exceção de 01 pai que não soube responder. Nas duas últimas partes, observa-se que o número de membros são maiores, variando de 3 a 10 pessoas dependentes da renda familiar. E são as famílias que apresentam os níveis mais baixos de escolaridade, prevalecendo o número de mães e pais que não tem nem o ensino fundamental completo e ainda, nota-se a presença de 01 mãe (4%) analfabeta.

Com relação à dependência química de alguma substância lícita ou ilícita, nenhuma das entrevistadas relatou o uso/dependência de drogas ilícitas entre elas e/ou seus familiares. E quanto ao uso de drogas lícitas, destaca-se que o uso do cigarro está presente em 12 famílias.

Ao final do questionário, num espaço reservado, foram anotadas questões abordadas durante as entrevistas, que demandavam orientações e/ou encaminhamentos. Dentre elas, destaca-se, orientação sobre: a) Registro de Nascimento, b) violência doméstica, c) direitos previdenciários, d) enxoval. E encaminhamentos para: a) fonoaudióloga, b) psicóloga (principalmente), c) terapeuta ocupacional, d) enfermeira responsável pela colocação de DIU.

4.3.2 Demandas e Desafios: para o Serviço Social, para os profissionais e para a Maternidade Darcy Vargas

Neste questionário as perguntas foram baseadas em situações presenciadas desde o início do estágio obrigatório, através de observação participante em reuniões multiprofissionais com os pais e mães que têm seu RN internado na UTI, a vivência da autora dentro da UTI Neonatal e após, a realização de leituras sobre o tema. O nascimento de um bebê prematuro gera inúmeras expectativas (boas e ruins) para as famílias e assim, surgem os mais variados conflitos, sobretudo entre as mães, pois estas passam a “morar” dentro da MDV, e repentinamente são obrigadas a encarar uma UTI Neonatal, passar a conhecer procedimentos e termos médicos, aprender a dividir o quarto com outras mães que são estranhas a ela, seguir normas institucionais e padrões de higiene, sendo que muitas vezes são

práticas que não fazem parte da sua realidade, enfrentar rotinas de aleitamento, e o distanciamento de sua família (companheiro, filhos, etc.), e de todas as suas relações sociais (trabalho, amigos, escola, etc.).

Dentre as inúmeras situações emergentes vivenciadas até o momento do início da aplicação do projeto de intervenção, foi possível observar a intervenção do Serviço Social. Portanto, este questionário visava identificar demandas para o Serviço Social, porém, ao longo das entrevistas observou-se a necessidade de divulgação de demandas para outros profissionais e para a instituição. Cabe ressaltar que este trabalho é um primeiro estudo sobre o tema, com a visão da primeira estagiária em Serviço Social da MDV, portanto, pode-se afirmar que essas demandas são desafios a serem enfrentados.

A primeira pergunta abordou as expectativas das mães em relação a MDV e aos profissionais quanto ao atendimento do RN na UTI. Observou-se que muitas mães responderam com expectativas positivas, pois sentiram confiança/segurança nos atendimentos, porque já conheciam “de nome” a MDV, e destas mães, 04 ou 16% do total de mães, estavam cientes que seus RN iriam para UTI, pois vivenciavam uma gravidez de Alto Risco. Classificou-se como expectativa ruim, dentre as respostas das mães, 01 (4%) que tinha “ouvido falarem mal” da MDV, porém afirmou que ao ser atendida, viu “que não era assim”. As outras respostas podem ser classificadas como intermediárias, pois estão voltadas a surpresa do RN ir para a UTI. Dentre estas respostas, identificou-se que algumas mães não sabiam que o RN seria internado, não receberam informações suficientes sobre o que era a UTI e, assim, sentiram um “pavor enorme” e conseqüentemente, medo de perguntar sobre o quadro clínico do RN. Muitas responderam que demoraram a assimilar que o RN ficaria internado, pois achavam que seria uma “coisa rápida”, ou apenas “uma avaliação e depois iria para o quarto comigo”, identificou-se que algumas mães levaram sustos ao entrarem na UTI, pois tem a impressão de ser “um bicho de sete cabeças”.

Portanto, verifica-se que nem todos os profissionais assumem a mesma postura mediante situações que demandam que o RN seja internado na UTI Neonatal. Acredita-se que um desafio é uma maior sensibilização por parte dos profissionais para explicarem para os pais o que é a UTI, e também devido à complexidade das informações, repassarem espontaneamente o quadro clínico do RN, haja vista o medo apresentado por algumas mães em perguntarem. Segundo CARTER (1995, p. 405) aos pais com bebês prematuros ou com anomalias ou doenças graves ou crônicas, “[...] inicia um longo período de permanente

incerteza e tremendas responsabilidades financeiras e emocionais”. Este evento, para o mesmo autor, “[...] de incapacidade e potencial de morte de um bebê muitas vezes cria um intenso período de estresse para os novos pais”. Foi possível observar que a chegada de um bebê prematuro desestabiliza toda a família, e “as idealizações antes sonhadas se transformam em angústias e incertezas” (RABELO et al., 2007, p. 334).

A segunda pergunta visava identificar se as mães conheciam o setor de Serviço Social, mediante o atendimento/procura pelo setor. 13 mães, ou 52% responderam que sim, e 12 mães, ou 48% das entrevistadas responderam que não.

Com relação às mães que haviam procurado o setor, os motivos encontrados foram:

- Solicitação de benefícios (kit de higiene, pijama, fraldas, vale-refeição – para pais de RN e acompanhantes, vale-transporte – gestantes em tratamento Alto-Risco);
- Quarto Coletivo (repasso de normas, roubos, solicitação de leito); Ligações; Orientações (teste de paternidade, registro de nascimento, laqueadura tubária);
- INSS (solicitação de atestado e outras informações).

Quanto às mães que foram procuradas pelo setor: Acompanhantes (diagnóstico de necessidade de acompanhante, orientações, vale-refeição), Adolescentes (assinatura de responsáveis na ficha de internação, registro do RN). Portanto, não foram identificadas demandas emergentes que necessitaram a intervenção do Serviço Social.

Apesar do elevado número de atendimentos no setor, como citado anteriormente, que apresenta média mensal de 504 atendimentos, identifica-se como demanda a ampliação da divulgação dos serviços disponibilizados para todos os pacientes da MDV, compreendendo que podem existir usuários que se beneficiariam dos serviços, porém não tem conhecimento da existência e/ou clareza do setor. Esta sugestão pauta-se no fato de se verificar a maior procura ao setor pelas mães após a realização das entrevistas. A compreensão da dimensão dos serviços oferecidos através do Serviço Social é abrangente e volta-se para a garantia do acesso a todos os direitos sociais, com vistas à efetivação da cidadania e emancipação do sujeito social.

A fim de identificar a participação das mães e pais nas reuniões multiprofissionais, das 25 mães entrevistadas, 12, ou seja, 48% das entrevistadas já participaram de pelo menos uma das reuniões multiprofissionais, e pelo menos a participação de 02 pais, ou seja, 11,5% do total dos 23 pais que se relacionam com as mães. Quanto ao conteúdo das reuniões,

ressaltaram a importância: do repasse de informações, das trocas de experiências, do espaço para se tirar dúvidas, do local onde “se cria mais forças” para reivindicação.

Cabe a toda equipe multiprofissional reconhecer a importância deste espaço como identificador de demandas, e diante dos relatos de situações repetitivas, devem atuar de forma a coletivizá-las, a fim de identificar o foco de origem das situações e articular forças, que visam os atendimentos destas e/ou que novas situações sejam evitadas. Foi identificada também a demanda por reuniões dinâmicas, com temas variados e atuais, que exigem a participação de toda a equipe multiprofissional, por exemplo: saúde da mulher, planejamento familiar, doenças, dependência química, direitos, etc. Para o profissional de Serviço Social, entende-se que este deve se apropriar das reuniões como um espaço de divulgação e ampliação dos direitos e políticas públicas. Ao se verificar a baixa adesão dos pais nas reuniões, é fundamental repensar o horário de realização das mesmas, pois como ocorre às 9 horas da manhã, o fato de muitos pais estarem trabalhando, os impede de participar. Diante disso, verifica-se como desafio aos profissionais envolvidos repensarem estratégias para que realmente estes sujeitos participem e não continuem sendo excluídos.

A pergunta seguinte era para conhecer a opinião das mães sobre o atendimento dos profissionais da MDV e identificar o que pode ser melhorado. 13 mães (52%) apresentaram algum tipo de queixa sobre o atendimento dispensado a elas, RN, e/ou familiares, e 12 mães (48%) responderam que o atendimento é bom/ótimo e não apresentaram queixas. Tendo em vista que este trabalho é um primeiro estudo sobre o tema, e que as opiniões foram emitidas pelas mães entrevistadas, pretende-se identificar situações que apresentam aspectos passíveis de melhoria.

Observou-se que a prevalência de queixas estava concentrada na sala de amamentação, principalmente sobre a falta de ventilação e os poucos horários de limpeza da sala. Foram apresentadas também queixas sobre o atendimento dispensado as parturientes no Banco de leite e setor de Pré-Parto, com relatos de desatenção e grosseria por parte de alguns profissionais, e relatos de maus atendimentos dispensados aos familiares na Recepção, sendo também que alguns pais foram barrados na entrada após as 20 horas. Porém, na MDV, o acesso a UTI Neonatal é permitido por 24 horas para pais e mães de RN internados. Cabe a direção da MDV, como um desafio, esclarecer a todos os funcionários destes setores quais os protocolos de atendimentos dispensados as pacientes, RN e/ou família, para que assim, as famílias possam exigir um bom atendimento e prestação nos serviços.

Em situações relatadas especificamente sobre a UTI Neonatal, destaca-se que as práticas de alguns profissionais não são unânimes, como por exemplo, não usar celulares, usar luvas, realizar assepsia, troca de jalecos, etc. Portanto, as condicionalidades exigidas para a permanência e/ou realização de procedimentos dentro da UTI Neonatal, devem ser cumpridas rigorosamente por todos que nela circulam, principalmente pelo alto risco de infecção que esta unidade pode apresentar. Verificou-se em alguns relatos a ausência de profissionais por períodos prolongados na UTI Neonatal e no PA (com a prevalência de queixas em períodos noturnos). Foram observadas sugestões sobre a revisão dos horários de entrega das comidas para as mães em consonância com os horários de amamentação (para evitar que a comida esfrie). Ressalta-se ainda que houve profissionais elogiados pelas mães.

Tendo como parâmetro as inúmeras situações presenciadas durante o estágio com relação ao alojamento conjunto, a pergunta seguinte pretendia identificar como foi a adaptação das mães a essa nova realidade. A MDV fornece para as mães alojamento, para que assim elas passem a ser acompanhantes de seus filhos. A principal finalidade é que estas auxiliem nos cuidados no RN, assim como contribuir para a permanência do vínculo afetivo. Porém, esta adaptação à rotina da MDV não acontece naturalmente e não é igual para todas as mães.

Das 25 mães entrevistadas, 16, ou 64% das entrevistadas, relatam que a adaptação foi tranquila, enquanto para 09, ou 36% das entrevistadas, relatam que foi difícil aceitar e se adaptar. Entre os comentários das mães que se adaptaram mais facilmente, observou-se que conseguiram fazer amizades, são solidárias entre elas, destaca-se o comentário da E12: *“é um sentimento que nasce aqui, pela experiência”*, e ressaltam que a organização depende da comunicação entre elas.

Já para as mães que apresentaram dificuldades de adaptação, destaca-se falas em comum sobre: o estranhamento do local e das pessoas, com isso, destaca-se o comentário da E17: *“não conhecia ninguém, o clima é tenso”*; muitas relatam as dificuldades enfrentadas com relação a questões de higiene, pois muitas mães não colaboram, fazem bagunça, e são desorganizadas; o ambiente é propício para circulação de comentários que acabam sendo mal interpretados ou mal intencionados, conforme relato da E18: *“comentários sobre plantões faz com que internalize os problemas”*; e também questões relacionadas aos companheiros, com a presença de ciúmes, chateação, etc.

Existiram também comentários em comuns entre as mães que se adaptaram mais facilmente e entre as mães que tiveram mais dificuldade de adaptação. Um dos comentários em comum estavam relacionados com as formas de composição dos quartos, observando nos relatos a tendência das mães que estão há mais tempo de selecionarem as próximas a entrarem nos quartos. Fica explícito na fala da E12 (mãe que se adaptou mais facilmente): “*selecionam as mães para entrar no quarto quando estão amamentado, as mais caprichosas ou que vão ficar mais tempo*”.

Outro elemento em comum está relacionado ao recebimento de visitas nos quartos, e observou-se que isso resulta em dificuldades para algumas mães, como por exemplo, não conseguir relaxar e dormir decorrente do barulho e conversas entre os familiares, ocasionando inclusive constrangimentos, como a situação vivenciada pela E22: “*quando entra o marido de alguém, temos que parar de ordenhar*”.

A pergunta seguinte visava conhecer como elas se sentiam como mães de RN internados em UTI. Para 11 mães (44%), o momento é muito difícil, e sentem medo de ser mãe, pois, conforme relatado da E9: “*... quanto mais o tempo passa, menos força tem*”. Além disso, verificou-se que existe desconfiança de alguns atendimentos/procedimentos com o RN, apresentam sentimento de culpa, impotência perante a gravidade e complexidade da situação vivenciada pelo RN, e sentem muita vontade de pegar o RN no colo, conforme a fala da E5: “*não me sentia mãe até pegar ele no colo*”. Não foram abordadas questões relacionadas ao Método Cuidado Canguru.

08 mães (32%) expressaram palavras de entusiasmo, pois se consideram vitoriosas, dedicadas, e “corujas”. Estas mães afirmaram no início foi difícil, e que a presença da psicóloga foi fundamental para conseguirem superar o medo da vivência numa UTI, e conforme comentário da E12: “*UTI é estresse, testa os limites. Uma coisa simples vira grande*”. E 06 mães (24%), se sentem como qualquer outra mãe porém, devem se adaptar a uma situação diferente e inesperada. Entretanto, elas ressaltaram que é difícil ver outras mães irem para casa, enquanto elas e seus RN permanecem ali na MDV.

Diante desses relatos, identifica-se a importância dos profissionais envolvidos com mães/pais/RN se sensibilizarem para práticas mais humanizadas, com esclarecimentos e orientações, o estabelecimento de uma linguagem que facilite a compreensão do quadro clínico, o oferecimento de suporte social e/ou psicológico, e a criação de situações oportunas, que favoreçam a aproximação das mães/pais com seu RN. Como o momento é novo para

muitas mães e pais, eles acabam apresentando reações diversas, e conforme observado nas entrevistas, algumas dessas reações podem ser mal interpretadas por muitos profissionais, instalando-se assim, barreiras e dificuldades de se manter um diálogo.

Na seqüência, foi perguntado quais as possíveis causas que elas atribuem ao problema de saúde do filho. Cabe ressaltar que, conforme trazido anteriormente, não houve menção pelas mães sobre a busca de informações contidas no prontuário. Das 25 mães entrevistadas, 13 (52%), relatam que suspeitavam que o RN seria prematuro ou tinha algum problema de saúde, pois foram alertadas pelos médicos (durante pré-natal e/ou na internação na MDV). As causas atribuídas foram: hipertensão, infecção urinária, carcinoma, modificação genética, gestação trigemelar, histórico de abortamento, falta/excesso de líquido amniótico.

Cabe destacar que 08 mães (32%), não sabiam identificar a causa da prematuridade e/ou problema de saúde, e relatam que nos exames pré-natais não acusava nenhuma anormalidade. Algumas dessas mães atribuem “negligência” por parte dos médicos das Unidades de Atendimento Básico de Saúde (local de realização do pré-natal), sendo que se observou em alguns relatos das mães, que os médicos da MDV também citaram uma eventual negligência médica nos exames pré-natais.

E 04 mães (16%) supõem que a prematuridade foi decorrente de situações de estresses vivenciadas nos momentos precedentes ao parto. Dentre as causas apontadas como eventuais, pode-se destacar o excesso de esforço e aumento na carga horária no trabalho, viagem muito longa, o uso excessivo do cigarro, e relações trabalhistas conflituosas. Nesta última causa atribuída como eventual, a E13 relata que a prematuridade foi decorrente de: *“incomodação no trabalho, pois todos lá são machistas, e disseram que iriam me demitir depois que eu voltasse”*. Esta realidade aponta questionamentos sobre as discriminações e pressões vivenciadas pelas mulheres no mundo do trabalho, e a necessidade de esclarecimentos sobre os direitos assegurados as gestantes inseridas no mercado formal de trabalho.

Portanto, verifica-se que as mães entrevistadas apresentam experiências e relatos diferenciados sobre a prematuridade e/ou problema de saúde do RN. Diante do desconhecimento sobre a causa do problema de saúde do filho de 48% das mães entrevistadas (considerando aquelas que supõem uma causa, mas esta não é ratificada), sugere-se como desafio que a equipe de profissionais explique o diagnóstico identificado, pois esta prática assegura o direito à informação a estas pacientes.

Quando as mães foram abordadas sobre quais eram suas demandas, observou-se que surgiram variadas necessidades, e a fim de analisá-las, essas foram divididas em 07 grupos. O primeiro grupo, de 05 mães (20%), relata que as demandas voltam-se especificamente para o RN, em relação à sua saúde, a preocupação em saber cuidar de um RN prematuro, em continuar a ter leite materno, etc. Observa-se a importância das reuniões multiprofissionais em relação a esta demanda, compreendendo que alguns questionamentos são abordados nas reuniões, conforme observação participante da autora, e assim, tem-se o conhecimento sobre o cuidado com o RN prematuro, questões relacionadas ao aleitamento e dicas para manutenção do mesmo, etc.

O segundo grupo, de 04 mães entrevistadas (16%), apresenta como demanda a vontade de ver os outros filhos, e relatam que sentem saudades, que o marido não consegue uma pessoa para cuidar dos filhos enquanto trabalha, estão faltando à escola, e que os filhos sentem-se abandonados. Sugere-se como desafio o planejamento de estratégias facilitadoras para a liberação destas mães até suas casas, mediante um sistema rotativo, pois assim, imagina-se que se evitariam situações constrangedoras, tanto para as mães como para a equipe da UTI Neonatal, e também a elaboração de estratégias que visem trazer os filhos até a MDV, com projetos que incluam recursos financeiros para custear as passagens, haja vista a dificuldade econômica de algumas famílias.

O terceiro grupo, também composto de 04 mães, respectivamente 16% das entrevistadas, demanda o retorno para casa, pois relataram que não agüentavam mais a rotina da MDV porém, só saíam com a alta do RN. O quarto grupo, de 04 mães (16%), expressa alguma demanda em relação ao companheiro, com a necessidade de visitas mais frequentes, e oferecimento de mais apoio às mães. Portanto, diante desta demanda, para o atendimento de pais e mães de RN internados na UTI Neonatal, a equipe multiprofissional se encontra disponível para esclarecimentos e intervenções quando necessário.

O quinto grupo, composto por 03 mães (12%), visam melhorias na MDV, com a criação de espaço para lazer, instalação de uma lanchonete melhor, ventilação e mais horários de limpeza na sala de amamentação. Essas demandas são reivindicadas inclusive nas reuniões de pais e mães de RN internados na UTI Neonatal, promovidas pela equipe multiprofissional. Considera-se fundamental que a equipe se sensibilize e articule forças para a divulgação destas demandas para instâncias executoras da MDV, tendo em vista que essas demandas são expressões do coletivo. E, ao profissional de Serviço Social cabe a construção de um processo

de intervenção político-organizativo, que defenda a mobilização destas mães, assim como o oferecimento de orientações.

O sexto grupo, de 03 mães, também correspondente a 12% das entrevistadas, almeja a construção de uma casa própria. E o sétimo e último grupo, de 01 mãe (4%), demanda um emprego. Como estas demandas são exteriores a política de saúde, o profissional de Serviço Social da MDV poderá indicar órgãos públicos para esclarecimentos e orientações, entretanto, este é um desafio para outras políticas setoriais.

Após a identificação das demandas apresentadas pelas mães, a última pergunta visava identificar como essas mães “imaginavam” a vida após a alta do RN, e se pretendiam entrar/retornar ao mercado de trabalho. Ao apontarem as possíveis situações pelas quais elas imaginam passar, observou-se que 24 mães, ou seja, 96% das entrevistadas imaginavam que teriam uma vida corrida, agitada, com idas constantes aos médicos, acreditando que o RN necessitaria de cuidados especiais, e 01 mãe, ou 4%, afirma que enfrentaria dificuldades, conforme resposta da E9, sua vida será “*um inferno, pois não terei minha casa pronta, nem emprego*”. Destaca-se também que 03 mães relataram que pretendiam continuar os estudos, ou seja, 12 % do total de entrevistadas.

Cabe ressaltar que 18 mães, ou seja, 72% pretendem trabalhar, e 07, ou seja, 28% das mães não querem trabalhar (destas 07 mães, 06 já foram evidenciadas anteriormente que nunca ingressaram ao mercado de trabalho). Com relação às mães que pretendiam trabalhar, verifica-se que 08 (32%), afirmavam que contariam com o apoio da família para cuidarem do RN para elas poderem continuar a trabalhar, sobretudo os cuidados das avós pelos netos (as) e outros filhos e filhas.

Não se pode deixar de mencionar neste trabalho que no mês de novembro de 2008 ocorreu uma tragédia sócio-ambiental, decorrente das chuvas no Estado de Santa Catarina. Em decorrência do enorme volume de chuvas, inúmeros municípios tiveram casas alagadas, ruas e estradas interditadas, deslizamentos de terras e conseqüentes desmoronamentos. O município de Joinville e região também sofreu os efeitos dessa catástrofe e, segundo o Relatório das Áreas Visitadas em Joinville¹⁴, este é um dos municípios catarinenses em estado de emergência, pois a maior parte da população ficou ilhada, muitos desabrigados, que sofreram com alagamentos em suas casas. Vários bairros foram afetados por deslizamentos e

¹⁴ Para mais informações, consultar: <http://www.cenacid.ufpr.br/santacatarina/santacatarina2.doc>

inundações, como consequência das fortes chuvas que alcançaram o município. A precipitação alcançou 160mm segundo os dados da Defesa Civil, e ocorreram cerca de duas dezenas de deslizamentos, sendo que, cinco destes movimentos resultaram em danos a moradias e outras construções. Segundo o último Boletim da Defesa Civil¹⁵, atualmente 1.200 pessoas estão desalojadas e 40 estão desabrigadas, 01 está desaparecida, 1 está levemente ferida. 1 encontra-se gravemente ferida, no total, 500.000 pessoas foram afetadas, 1.000 residências foram danificadas e os serviços essenciais prejudicados foram: energia, transporte e comunicação.

Diante desta realidade, verifica-se que esses efeitos também serão sofridos pelas famílias e recém-nascidos atendidos na MDV, haja vista que muitas dessas famílias residem em áreas de invasão, perto de manguezais, e solos insalubres, reiterando assim a vulnerabilidade. Esta realidade vai ao encontro do Manifesto de Blumenau sobre a Criação do Código Ambiental Catarinense (2008), tendo em vista que as situações de moradia das famílias se encaixam na crítica realizada pelo texto, no qual chamam a atenção do poder público nas três esferas governamentais e da sociedade mediante a irresponsabilidade com as construções de habitações e estradas que desrespeitam áreas de segurança dos cursos d'água, pois estas sofrerão as consequências em outras catástrofes. Portanto, a ocupação dos solos que sofreram alagamentos, quedas, e resistências não é mais possível; há que se pensar uma nova infra-estrutura para reconstruir o que foi destruído.

O apelo se estende em reformular estratégias sustentáveis, com a mediação das três esferas de governo para a ocupação do solo a partir de leis que tenham o efetivo conhecimento ecológico e do impacto ambiental que poderá ocorrer, através de mecanismos de gestão ambiental. Ao retomar a discussão do Manifesto (2008), este ressalta que juntamente à ocorrência das tragédias, a Assembléia Legislativa visava aprovar o Código Ambiental, com propostas de redução das áreas de preservação ambiental. Porém, o momento atual exige que sejam pensadas soluções que atendam os inúmeros cidadãos prejudicados pelas chuvas e seus efeitos, para que superem sua condição de moradia vulnerável, e não permaneçam como vítimas ou co-participantes em situação de vulnerabilidade.

Esta seção, portanto, trouxe elementos de uma primeira aproximação com a realidade das mães de RN internados na UTI Neonatal da MDV. Observou-se que durante o período em

¹⁵

Para mais informações, consultar: <http://www.sie.sc.gov.br/sie/institucional/noticia.do>

que as mães permanecem alojadas na MDV como acompanhantes de seus filhos, surgiram inúmeras queixas e situações entre a mãe e familiares/funcionários/RN, e/ou o afastamento repentino da família, emprego, escola, enfim, de suas relações sociais habituais, podendo ocasionar situações sociais que são encaminhadas para o Serviço Social e/ou outros profissionais da MDV. O conhecimento da realidade se fez no sentido de sinalizar mudanças/melhorias a partir da coletivização das demandas postas como exigências para a intervenção dos profissionais da MDV, em especial ao assistente social.

Cabe ressaltar que, tradicionalmente, a assistência social é pensada e operada como ação de solidariedade, porém a intervenção do profissional de Serviço Social põe nova dimensão a essa relação, a partir da prevalência de compromissos éticos com a justiça social. Por conseqüência, é preciso aprimorar o conhecimento da realidade e obter a clareza do que será ofertado no serviço sócio-assistencial.

As expressões da questão social estão postas aos assistentes sociais nos mais variados ambientes institucionais, pois a questão social é proveniente do sistema de produção capitalista. O enfrentamento da questão social, mediante políticas sociais, deverá permitir formas de enfrentamento à desigualdade social (fome, desemprego, violência, risco social, etc.), e luta pela igualdade da cidadania, numa efetiva transformação do indivíduo em cidadão. (MACHADO, 1998)

O Serviço Social visa à garantia, acesso e ampliação de direitos sociais dos usuários, compartilhando ações que privilegiam o fortalecimento do direito da cidadania, mediante a Constituição Federal Brasileira de 1988, Lei 8662/93 que regulamenta a profissão do Assistente Social, Resolução CFESS/93, que institui o Código de Ética Profissional do Assistente Social, etc. Ressalta-se que o assistente social é um profissional comprometido também com o acesso à cidadania, mediante serviços e demandas do setor de Serviço Social da MDV, um exemplo é a exigência da confecção do registro de nascimento dos bebês, pois este documento é essencial para o exercício do direito à cidadania (FONTANELLE, 2006).

A intervenção do assistente social supõe o monitoramento de resultados e não só o monitoramento de processos. Para monitorá-los é preciso unidade de compreensão do conteúdo desses processos e do significado concreto em torná-los pautados pelo paradigma dos direitos dos usuários, assim sendo, existe o desafio de alterar a relação de tutela, de favor ou de subalternidade para o âmbito da autonomia de acesso e representação. O respeito à autonomia do cidadão exige, não somente do assistente social, mas também por parte dos

servidores e direção da instituição, o compromisso e a determinação para que os serviços sejam oferecidos em condições que permitam o desenvolvimento de capacidades, oportunidades, e pactos de gestão para escolha do padrão a ser alcançado nas ações.

A análise sobre a realidade das mães traz a necessidade de se pactuar a atitude mais adequada a ser adotada desde o ingresso da mãe e família na Maternidade, durante sua permanência até sua alta/saída. Este conjunto de questões, sem dúvida, abre espaço para um novo circuito de debates, e para a construção de uma nova pedagogia orientadora da dinâmica dos serviços na Maternidade Darcy Vargas, na perspectiva dos direitos sociais.

Finalizando, cabe destacar que os processos em curso e os que deverão ser desenvolvidos não são fáceis, principalmente, considerando que sua maturação nunca é homogênea. Pode-se afirmar, contudo, a importância de se valorizar o potencial da equipe técnica da Maternidade e se avançar no aprofundamento da instalação de uma maior capacidade de entendimento da política pública pela capacitação de pessoal, bem como, visando obter novas formas de protagonismos dos usuários dos serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho monográfico, compreendido como um primeiro estudo sobre a realidade social e econômica de uma parcela da população atendida na MDV, permitiu identificar que a situação de vida das famílias brasileiras é preocupante, e a concentração de renda agrava a situação de vulnerabilidade e risco social destas, assim como estes fatores estão relacionados diretamente a saúde da população.

Um trabalho intersetorial na saúde, assim com nas demais políticas públicas, exige dos profissionais o rompimento com modelos de famílias tradicionalmente postos, para se evitar preconceitos e julgamentos de valor. A partir deste trabalho, identificou-se que a família é uma instituição mutante, adaptável e em constante transformação, à medida que a sociedade se modifica. As famílias possuem características próprias, representadas através de suas culturas, crenças e valores, e se constroem a partir de representações dentro do contexto social que vivenciam, assim como deve ser pensada como um lugar privilegiado de proteção da vida, especificamente pelo cuidado de uma geração com outra.

Verificou-se ainda que, a partir da década de 1960 o Estado passa a valorizar a família no Brasil, pois esta passou a ser motivo de atenção das políticas sociais. Entretanto, a partir da década de 1990, o Estado reforça uma divisão de papéis entre os homens e as mulheres, com obrigações morais de provisão familiar, para que assim possa ser capaz de se auto-sustentar através do oferecimento de produtos e serviços para o mercado, isentando-se e reduzindo suas obrigações. Portanto, é fundamental que as políticas sociais sejam elaboradas e executadas com vistas a excluir práticas assistencialistas e conservadoras, mediante ações transformadoras e positivas a todos os membros das famílias demandatárias de políticas sociais.

Nas famílias brasileiras pesquisadas na PNAD de 2006, o número de mulheres que são indicadas como a pessoa de referência da família aumentou consideravelmente, atingindo 18,5 milhões de mulheres, principalmente nas famílias compostas por casal com ou sem filhos, sendo a média nacional de 20,7%. E houve um aumento de mulheres com filhos com rendimento familiar de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita*, atualmente de 74%, e uma redução naquelas com rendimento familiar *per capita* de 2 salários mínimos ou mais, atingindo a proporção de 47,7%.

Verificou-se a tendência de redução do tamanho da família brasileira, numa média de 3,2 pessoas. E as famílias consideradas pobres aumentam, com rendimento mensal *per capita* de até ½ salário mínimo, era de 25,1% em relação ao total das famílias no país, mas chegava a 40,4% entre as famílias com crianças de 0 a 14 anos, e 45,4% com crianças de 0 a 6 anos.

Existe ainda um crescimento na população idosa, com 19 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, e muitos ocupam a posição de chefia nas famílias. Houve também um aumento da proporção das adolescentes de 15 a 17 anos de idade com filhos, atingindo 7,6% em 2006, e verificou-se que o índice de mortalidade infantil está em declínio.

Os índices de saneamento básico apresentaram disparidades entre o número de domicílios que contam com estes serviços nas regiões brasileiras, e destaca-se que as regiões com os menores índices foram o Norte e Nordeste. E as desigualdades aumentam em relação aos rendimentos *per capita*, sendo que 40,2% dos domicílios atendidos situavam-se na faixa de até ½ salário mínimo, e este índice aumenta para 81,9%, na faixa de mais de 5 salários mínimos.

Observou-se também que o Brasil possui uma taxa de analfabetismo superior à média latino-americana, e está concentrado nas camadas mais pobres, nos mais idosos, entre aqueles de cor preta e parda, e nas localidades menos desenvolvidas.

Este estudo foi de extrema importância para a compreensão da saúde numa ótica de totalidade e de reconhecimento de outros determinantes que influenciam o meio social e físico da população. Apesar da institucionalização do SUS e seus avanços, com destaque para a universalidade do acesso, a descentralização do poder, e a participação popular, percebeu-se que saúde pública, enquanto responsável pela definição de políticas de promoção e prevenção da saúde objetiva trabalhar em conjunto com a sociedade, envolvendo ações transversais, multidisciplinares e intersetoriais. O Estado ainda trabalha com um conceito de doença, mediante ações curativas, sem considerar a autonomia dos indivíduos nos processos de decisões. É fundamental, portanto, que as ações de saúde considerem os determinantes sociais, econômicos, ambientais, culturais e políticos, pois estes interferem nas condições de vida e de saúde da população. (BYDLOWSKI, WESTPHAL, PEREIRA, 2004).

Ao analisar elementos gerais da caracterização do município de Joinville/SC, se constatou que ele se diferencia em alguns aspectos das famílias brasileiras, como no caso de índices mais elevados de educação, saneamento, e outros. Porém, o município apresenta uma desproporção na distribuição de renda, em relação à geração de riqueza produzida, pois mais

de 70% da população recebe até 3 salários mínimos. Com base no PMS, 2005, RMG, 2007 e PMAS, 2005 foram acrescentados aspectos da economia, educação, renda e saneamento básico do município em questão. Ressaltam também o sistema de atendimento da saúde, delimitam o número de instituições e unidades de atendimento da saúde pública, o número de profissionais da saúde, e as regiões de atendimentos. Isso se fez no sentido de corroborar as responsabilidades do município pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Porém, a manutenção e promoção da saúde não são de responsabilidade somente dos setores da saúde, pois está relacionado a outras ações intersetoriais, multidisciplinares, e devem ter o apoio de políticas públicas que almejam a qualidade de vida da população e seu sadio desenvolvimento (BYDLOWSKI, WESTPHAL, PEREIRA, 2004).

Ao recuperarmos o elemento norteador desta pesquisa, cabe ressaltar que foram identificadas demandas e desafios para uma intervenção mais qualificada do Serviço Social, assim como para os demais profissionais da MDV e para a instituição, e que as demandas representam sim os interesses coletivos. Entretanto, não foram encontradas situações emergentes que demandavam resolutividade imediata do Serviço Social entre as mães acompanhadas porém, identificou-se que as mães entrevistadas, no seu conjunto, se constituem uma exceção em vista de experiências anteriores de atendimentos no setor de Serviço Social, pois não ocorreram situações de dependência química, adoção, abandono familiar, etc.

Com relação às novas demandas para o setor de Serviço Social, destaca-se a necessidade de apropriação de campos de conhecimentos e práticas transversais em todos os níveis de atenção à saúde. E a atuação profissional do assistente social, juntamente a outros setores da saúde, deve estar pautada em estratégias interdisciplinares, nos atendimentos que visam efetivação das políticas públicas, programas e ações do setor saúde.

Para que o assistente social possa efetivamente realizar o planejamento, implementação e avaliação de suas ações considera-se fundamental e extremamente necessária a inclusão de mais assistentes sociais no quadro de funcionários da MDV, haja vista que as demandas apresentadas pelos usuários exigem levantamentos, análises, acompanhamentos, pesquisas e encaminhamentos para diversos órgãos e instituições. Assim como permitirá a participação, e apropriação de temas e matérias de Serviço Social em

instâncias de controle social, tendo em vista a adequação e renovação profissional e a garantia de supervisão das (os) próximas (os) estagiárias (os).

Sugere-se que o setor de Serviço Social amplie a divulgação dos seus serviços, em face da ampliação dos direitos sociais e prerrogativas de direitos da cidadania e acesso à cidadania, com ações previstas na Constituição Federal de 1988, no Código de Ética Profissional do Assistente Social/93, na Lei 8662/93 que regulamenta a profissão, estatutos e afins. Com a utilização de espaços públicos, reuniões e murais, mediante orientações e cartazes que facilitam a compreensão de todos, enaltecendo assim a legitimidade das ações do assistente social, sem reiterar um viés assistencialista, mas sim um processo de intervenção político-organizativo.

Como muitas demandas exigem um atendimento multidisciplinar, e ao observar a presença de profissionais da enfermagem nestes atendimentos durante o estágio obrigatório, avalia-se como desafio a existência de reuniões que incluíssem estes profissionais com a equipe técnica, a fim de planejar ações conjuntas e posterior avaliação destas, inclusive ao se pensar estratégias que garantissem o direito à informação aos pacientes, como o acesso ao prontuário.

Para a equipe de atendimento ao RN na UTI Neonatal e equipe multidisciplinar, diante de apontamentos e demandas identificadas na pesquisa, ressalta-se a importância de um trabalho intersetorial, e sugere-se que as equipes repensem suas atitudes numa perspectiva de ampliação da política de saúde e dos direitos sociais. É fundamental a compreensão de que o tratamento da enfermidade vai além do atendimento prestado, considerando o contexto no qual a doença ocorre e o contexto em que o paciente vive.

Mediante as demandas das mães sobre a dificuldade de compreensão do quadro clínico do RN, é fundamental que os profissionais da UTI Neonatal se sensibilizem no sentido de oferecer informações numa linguagem que facilite a compreensão sobre os procedimentos, situação do RN, de forma que o diálogo seja facilitado. Com práticas mais humanizadas, esclarecimentos e orientações, e a criação de situações oportunas que favoreçam a aproximação das mães/pais com seu filho.

Com relação ao horário de realização das reuniões das mães e pais de RN internados na UTI Neonatal com a equipe multiprofissional, considera-se como desafio, pensar estratégias para uma efetiva participação dos pais dos RN, haja vista que o horário em que elas acontecem não permite a inclusão dos pais. Assim como, demandar a participação de

mais profissionais nestas reuniões, reiterando seu caráter sócio-educativo, para reforçar a articulação de forças mediante as demandas apresentadas pelas mães.

Esta pesquisa revela inclusive desafios para a MDV, no sentido de sensibilizar, capacitar e esclarecer a todos os funcionários os protocolos de atendimentos dispensados a todos os pacientes, RN, e família, a partir do que preconiza o SUS e a Política de Humanização. Sugere-se também que sejam incentivados grupos de apoio para os próprios funcionários da MDV, tendo em vista que os funcionários são estar expostos a situações de estresse e riscos, o que pode ocasionar debilitações em sua saúde.

É fundamental que estas informações sejam repassadas como forma de análise da realidade, para que sirvam de suporte em avaliações de ações da rede de apoio, da política de saúde e demais políticas públicas, pois um dos agravantes encontrados é o fato de que todas as entrevistadas entraram em trabalho de parto prematuro. Cabe repensar ações imediatas, a médio e longo prazo para todos os níveis de atendimento à população, diante do baixo índice de escolaridade, situações precárias de moradia, dificuldade de inserção ao mercado de trabalho formal, falta de creches, etc., a partir dos indicadores sócio-econômicos das famílias atendidas na MDV, sendo que estas representam parte das famílias brasileiras.

Diante das informações obtidas a partir desta pesquisa, sugere-se, portanto, a elaboração de novos trabalhos monográficos com temas correlatos à interdisciplinaridade, à interface com a política de saúde e outras políticas setoriais, no sentido de ampliar o debate, atualizar as informações, aprimorar/renovar práticas profissionais, e/ou descobrir novas demandas.

REFERÊNCIAS

ABOIM, S. Evolução das estruturas domésticas. *Sociologia Problemas e Práticas*, Lisboa, n. 43, p. 1-18, 2003.

ABRAMOVAY, M. (Org). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para as políticas públicas*. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

ALMEIDA, L. M. P. *Vulnerabilidade Social*. Atlas de Desenvolvimento Humano no Recife, 2005.

ALBUQUERQUE, C. M.; OLIVEIRA, C. P. F. Saúde e Doença: significações e perspectivas em mudança. *Revista do ISP*, 2002. Disponível em: http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm. Acesso em: 10 out. 2008.

ALMEIDA, E. S. (Org). *Distritos Sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.1. Série Saúde & Cidadania.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde: Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, 1996.

BRASIL. *8a. Conferência Nacional de Saúde*. Relatório Final. Brasília, 1986. Trabalho não publicado.

BRASIL. *O que há de novo em saúde: ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990. v.1

BRASIL. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf. Acesso em: 29 set. 2008.

BRASIL. *Programa de Atenção Básica (PAB) parte fixa: São Paulo*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/pabsp1.pdf>. Acesso em: 09 out. 2008.

BRASIL. *Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. *Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso*/Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Redes de apoio social e afetivo e desenvolvimento. In.: CARVALHO, A. M. (Ed.). *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-130.

CADASTRO Nacional de estabelecimentos de saúde. Maternidade Darcy Vargas. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4209102436477. Acesso em: 10 nov. 2008.

CARVALHO, M. C. B. A priorização da família na Agenda da Política Social. In.: CARVALHO, M. C. B. (Org.). *A Família Contemporânea em Debate*. São Paulo: Educ, 1995. p. 11-21.

COELHO, E. B. S. (Org). *Saúde da mulher: um desafio em construção*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006.

CUNHA, J. M. P. (Org). *A vulnerabilidade social no contexto metropolitano: o caso de Campinas*. In.: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 27., 2003, Caxambu. Anais. Caxambu: ANPOC, 2003. 28p.

CEBES. *Seguridade Social e Cidadania: desafios para uma sociedade inclusiva*. Termo de Referência. Rio de Janeiro: 2008.

CZERESNIA, D. *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

CONTIM, L. *SUS – Legislação Básica*. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis: 2003.

CARTER, B.; McGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DA MATTA, R. A Família como valor: considerações não familiares sobre a família brasileira. In.: ALMEIDA, A. M. et al. *Pensando a família no Brasil: da Colônia à Modernidade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.

DESSEN, M.A. *Efeitos do nascimento de uma segunda criança no comportamento e nas relações entre o primogênito e genitores*. São Paulo: USP, 1992.

FONTOURA, Arselle de Andrade ET al. *Uma história de Amor pela vida – Álbum Comemorativo aos 50 anos da Maternidade Darcy Vargas*. / Arselle A. Fontoura e Janine Gomes da Silva. Joinville: Movimento e Arte, 1997. 112 p

FONSECA, L.M.M.; SCOCHI, C.G.S.; MELLO, D.F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. *Latinoam Enfermagem*, p.166-171, 2002.

FONTENELLE, Joyce Sampaio Bezerril. Direito à cidadania. *Jornal O Povo: Ceará*, 27 nov.2006. Disponível em: <http://www.overmundo.com.br/overblog/direito-a-cidadania>
Acesso em: 27 nov. 2008

GOLDANI, A. M. Família, Gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 19, n. 1, jan./jun, 2002.

GOMES, M.A.; PEREIRA, M.L.D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.2, 2005.

GAÍVA, M.A.M.; FERRIANI, M.A. Prematuridade: vivências de crianças e familiares. *Acta Paul Enfermagem*, p.17-27, 2001.

GALLO, P.R. Características de seguimento pré-natal, do parto e do recém-nascido de adolescentes grávidas, município de Joinville, Estado de Santa Catarina, Brasil, 1995. *Pediatria*, p.123-129, 2000.

HOLANDA, A.; SILVA, M.G.C. Assistência Pré-Natal e as características das mães e dos recém-nascidos egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista de Pediatria do Ceará*, Fortaleza, p.20-26, jan./jul. 2005.

IBGE. *Notas técnicas sobre a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2004/notatecnicapnad.pdf>. Acesso em: 10 out. 2008.

IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da População Brasileira*. 2007. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2007/indic_sociais2007.pdf. Acesso em: 10 out. 2008.

IBGE Cidades. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 10 nov. 2008.

JOINVILLE. 2002. Disponível em: <http://www.explorevale.com.br/caminhodoprincipes/joinville/index.htm>. Acesso em: 10 nov. 2008.

KRUGER, T. R. *Os fundamentos ideológicos-políticos das Conferências Nacionais de Saúde*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

KARST, L. T. *Musicoterapia com mães de recém-nascidos internados em UTI Neonatal*. Monografia (Graduação em Música) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2004.

LESCHER, A. D. (Org). *Crianças em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde*. Resultado da Fase I do Projeto de pesquisa apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Programa de Políticas Públicas. São Paulo, 2004.

MANIFESTO de Blumenau sobre a Criação do Código Ambiental Catarinense. Criação do código ambiental catarinense: uma reflexão sobre as enchentes e deslizamentos. 28 de novembro de 2008.

MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004.

MARTIN, Claude. Os limites da proteção da família. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.42, maio, 1995.

MACHADO, Ednéia Maria. Política Social: direito de cidadania? *Serviço Social em Revista*, Londrina, v.1, n. 1, jul./dez. 1998. Disponível em: http://www.ssrevista.uel.br/c_v1n1_politica.htm. Acesso em: 27nov. 2008.

MEDEIROS, M. (Org.). *O levantamento de informações sobre famílias nas PNADs de 1992 a 1999*. Textos para discussão n. 860. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. Disponível em: http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0860.pdf. Acesso em: 09 set. 2008.

MIOTO, R.C.T. Família e serviço social: contribuições para o debate. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 55, 1997.

_____. Família e Saúde Mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. *Revista e Sociedade*, São Paulo, n. 67, 2001.

_____. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. In.: _____. *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Família e política social. In.: BOSCHETTI, I.; et al. *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2008. v. 1.

MIOTO, R. C. T. A dimensão técnico-operativa em foco: a ampliação do debate. Oficina Regional da ABEPSS SUL I. Florianópolis: UFSC, 2005, mimeo.

MATUHARA, A. M.; NAGANUMA, M. Impacto de um manual instrucional sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Pediatrics*, São Paulo, p.91-97, 2006.

MIELE, M. J. *Mãe de U.T.I.: amor incondicional*. 1. ed. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2004.

MINELLA, L. S. *Gênero e contracepção: uma perspectiva sociológica*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005.

NASCIMENTO, A. História da 8ª Conferência Nacional de saúde. 2007. Disponível em: http://www.fameca.br/caer/esq_artigos/04.htm. Acesso em: 10 nov. 2008.

NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R.C. *Terapia Familiar: conceitos e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

O SUS pode ser seu melhor plano de saúde. São Paulo: IDEC, 2006. Disponível em: <http://www.sus20anos.com.br>. Acesso em: 23 set. 2008.

MINISTÉRIO PÚBLICO (Pará). Portaria n. 548, de 12 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.mp.pa.gov.br/caocidadania/links/areasdeatuacao/saude/legislacao/instrumentos.html>. Acesso em: 14 nov. 2008.

RABELO, M.Z.S.; et al. Sentimentos Expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paul Enfermagem*, p.333-337, 2007.

RIBEIRO, M. S. *A questão da família na atualidade*. Florianópolis: IOESC, 1999.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na Família. In: CARVALHO, M. C. B. *A família contemporânea em debate*. 2. ed. São Paulo: EDUC/ Cortez, 1997.

ROSA, E. T. S. A centralidade da família na política de assistência social. In.: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 1., 2006, São Paulo. Anais. São Paulo, 2006.

SANTOS, L. *Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde*. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 9, n. 821, out. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7378>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Plano Municipal de Saúde 2006-2009*. Joinville: 2006. Disponível em: <http://www.saudejoinville.sc.gov.br/downloads/upcaa/documentos/PlanoMunicipaldeSaude2006-2009.pdf>. Acesso em: 10 out. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Relatório de Gestão 2007*. Joinville: 2007.

SOUZA, R. R. *O sistema público de saúde brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

SOIFER, R. *Psicodinamismos de família com crianças: terapia familiar com técnicas de jogo*. Petrópolis: Vozes, 1982.

SOUZA, M. M. C. *A importância de se conhecer melhor as famílias brasileiras para elaboração de Políticas Sociais na América Latina*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

TERNES, A. *História de Joinville: uma abordagem crítica*. Joinville: Meyer, 1981.

TRICARICO, A. *Banco mundial, riscos e previdência social*. Observatório da cidadania, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário 1



IDENTIFICAÇÃO FAMILIAR DE RN INTERNADOS NA UTI NEONATAL – Parte I

1 - Identificação dos Pais e do Recém Nascido:

1.1 Nome da mãe: _____
 Está internada: _____ Setor _____ Quarto _____ Leito _____ Desde quando: _____
 Está em casa: _____ Recebe auxílio da MDV? Qual? _____ V.T _____ V.R. _____
 Frequência que vai na UTI Neonatal: _____

1.2 Nome do Pai: _____
 Vivem juntos: _____ Em caso afirmativo, desde quando? _____
 Auxilia nos cuidados com RN? Pai () avó materna () avó paterna () outros _____

1.3 Nome do RN: _____
 Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Está registrado: _____
 Quantas semanas de gestação: _____ Peso: _____
 Motivo da internação: _____
 Quantas gravidez: _____ Abortos: _____
 Problema de saúde: _____ Tratamento: _____
 Fez Pré-Natal: _____ Local: _____
 Usava métodos contraceptivos? _____ Que tipo? _____
 Quanto tempo? _____ Pretende continuar o uso? _____
 Motivo que deixou de usar: _____

2 – Endereço:

Rua: _____ Referência: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 Telefone: _____

3 – Está incluída em algum Programa Social: _____ Desde quando: _____
 Qual: _____
 Como ocorre sua participação no Programa? R: _____

Qual a sua avaliação sobre o Programa (aspectos, positivos, negativos e a serem melhorados)
 R: _____

4. Situação Habitacional

Forma de Ocupação da Casa				
<input type="checkbox"/> Própria	<input type="checkbox"/> Cedida	<input type="checkbox"/> Alugada	<input type="checkbox"/> Financiada	<input type="checkbox"/> Outros
N.º de cômodos				
Tipo de Construção				
<input type="checkbox"/> Alvenaria	<input type="checkbox"/> Madeira	<input type="checkbox"/> Mista	<input type="checkbox"/> Barraco	<input type="checkbox"/> Outros
Possui banheiro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tempo de residência na localidade:	
Infra-Estrutura Física				
Abastecimento de Água				
<input type="checkbox"/> Rede pública	<input type="checkbox"/> Rede cedida	<input type="checkbox"/> Poço/nascente	<input type="checkbox"/> Outro	
Rede de Esgoto				
<input type="checkbox"/> Rede pública	<input type="checkbox"/> Fossa rudimentar	<input type="checkbox"/> Fossa séptica	<input type="checkbox"/> Céu aberto	
Iluminação				
<input type="checkbox"/> Rede pública	<input type="checkbox"/> Rede cedida	<input type="checkbox"/> Relógio comunitário	<input type="checkbox"/> Sem relógio	<input type="checkbox"/> Outro

5 - QUADRO FAMILIAR DO RN (PAIS E DEPENDENTES)										
Nome	Grau Parentesco	Idade	Estado Civil	Profissão, Pensão, Aposent.	Renda Mensal	Reside na mesma casa	D.Q. Tipo	Escolaridade		
								FUNDAMENTAL	MÉDIO	SUPERIOR

6 – Encaminhamentos:

7 – Obs.:

Ass. responsável por preenchimento da informações: _____

Data: _____

APÊNDICE B: Questionário 2

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MATERNIDADE DARCY VARGAS
SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

**IDENTIFICAÇÃO FAMILIAR DE RN INTERNADOS NA UTI NEONATAL**

Parte II – Questões Abertas

Data: _____

1- Quais expectativas em relação a MDV, profissionais, em relação ao atendimento do seu RN na UTI?

2- Foi atendida/procurou alguma vez pelo Serviço Social? Qual motivo?

3- Qual sua opinião sobre o atendimento dos profissionais que recebeu? O atendimento pode ser melhorado? Em que?

4- Como se sente em relação ao alojamento conjunto? Recebe visitas, de quem?

5- Como se sente como mãe de um RN internado na UTI?

6- Quais as possíveis causas que você atribui para o problema de saúde do filho?

7- Quais as principais demandas/necessidades apontadas neste momento de sua vida?

8- Como imagina sua vida após a alta do RN? Pretende retornar ao mercado de trabalho?
