

PERFIL SOCIOECONÔMICO E CULTURAL DAS MORADORAS TEMPORÁRIAS DA CASA DA GESTANTE: estudo de caso

SOCIOECONOMIC AND CULTURAL PROFILE OF TEMPORARY RESIDENTS OF CASA DA GESTANTE: case study

Conceição de Maria Amorim¹ - UEMASUL
Crisleide do Socorro Nascimento Souza² - UEMASUL

RESUMO

Este estudo foi realizado na Casa da Gestante Bebê e Puérperas Dr^a Eimar de Andrade Mello. Pretendeu-se identificar as características socioeconômicas, demográficas e culturais das mães/acompanhantes que tiveram seus filhos e filhas internados(as) em Unidades Neonatais do Hospital do Regional Materno Infantil de Imperatriz - MA. O estudo refere-se a uma abordagem qualitativa, descritiva e transversal, a partir dos dados das fichas de anamneses sociais referentes ao período de 2017 a 2018. Foram encontrados os registros de 525 mulheres sendo que 262 foram atendidas por assistentes sociais. A sistematização dos dados aponta a necessidade da melhoria do serviço social, com a realização de anamnese social de todas as usuárias, assim como da assistência à saúde pela equipe médica e de enfermagem. Urge a ampliação dos programas de planejamento familiar e acesso aos métodos contraceptivos, assim como educação continuada nas escolas e na saúde básica sobre saúde sexual e reprodutiva, dando ênfase ao uso adequado dos métodos contraceptivos entre outros.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Gravidéz na Adolescência; Recém-Nascido; Unidades Neonatais; Serviço Social.

ABSTRACT

This study was carried out at Casa da Gestante Bebê e Puérperas Dr^a Eimar de Andrade Mello. It was intended to identify the socioeconomic, demographic and cultural characteristics of the mothers / companions who had their sons and daughters hospitalized in Neonatal Units of the Hospital do Regional Materno Infantil de Imperatriz - MA. The study refers to a qualitative, descriptive and transversal approach, based on data from the social anamnesis forms for the period from 2017 to 2018. The records of 525 women were found, 262 of whom were assisted by social workers. The systematization of these data points to the need to improve social service, with the social anamnesis of all users, the improvement of health care for the user by the CGBP team, Dr. Eimar, especially postpartum mothers, expansion of planning programs family and access to contraceptive methods, expansion of continuing education in schools and in basic health on sexual and reproductive health, emphasizing the proper use of contraceptive methods, among others.

KEYWORDS: Health Pregnancy in Adolescence; Newborn; Neonatal Units; Social Work.

DOI: 10.21920/recei720206194151

<http://dx.doi.org/10.21920/recei720206194151>

¹Especialista em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça (UFMA). Coordenadoria de Sustentabilidade e Integração Social. E-mail: conceicaoamorim@uemasul.edu.br / ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7356-5331>.

²Especialista em Gestão em Serviço Social e Políticas Públicas. Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação (INESPO). Coordenadoria de Sustentabilidade e Integração Social. E-mail: crisleidesouza@uemasul.edu.br / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1455-2941>.

INTRODUÇÃO

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho e sua presença na saúde pública antecede a década de 80, no entanto ela está vinculada a garantia da integralidade do modelo de saúde consagrado na constituição de 1988, que promoveu o surgimento de novas demandas para a/o assistente social que historicamente atuou na atenção hospitalocêntrica, sendo sua intervenção hoje requisitada para a manutenção e garantia dos direitos dos usuários dentro do Sistema Único de Saúde - SUS (CARVALHO; ALVES; ARAÚJO, 2007).

A presença dessa categorial profissional nas Unidades de Saúde está pautada em ações que garantem as/os usuárias/os da saúde sobretudo: a democratização das informações; a construção do perfil socioeconômico; o acesso aos serviços; a mobilização da rede de serviços; a elaboração de estudos incluindo a família; o fortalecimento de vínculos familiares; a organização de normativas e rotinas; o subsídio as equipes quanto informações sociais; a elaborando estudos socioeconômicos e emissão de manifestações técnicas em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjunto (CFESS, 2010).

Quanto à política de saúde da mulher o Brasil tem buscado fazer mudanças pragmáticas, mesmo antes do SUS. Influenciado pelo movimento feminista e pelo movimento da reforma sanitária o Ministério da Saúde criou em 1983 o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher - PAISM que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção à saúde da mulher (BRASIL 2009, p. 04).

Em 2004, o PAISM passou a ser uma Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher, ampliada com a instituição da Rede Cegonha em 2011, que consiste numa rede de cuidados que assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada da gravidez, parto e o puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Brasil 2011). A rede tende a aprimorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento de pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos sociais e da cidadania, para melhorar a qualidade e a compreensão do nível de saúde materno-infantil, considerando seus determinantes sociais (Brasil 2011).

Para dá suporte na assistência às famílias, quando os recém-nascidos que precisam internação nas Unidades Neonatais, foi criada através da Portaria N^o 1.020, de 29 de maio de 2013, a Casa da Gestante Bebê e Puérpera - CGBP, uma unidade de cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas da Rede Cegonha que realiza assistência adequada às situações que demandam vigilância e proximidade do serviço hospitalar de referência (BRASIL, 2013). O programa possibilita, principalmente as mães acompanharem diuturnamente seus filhos e filhas nas unidades neonatais, estando as mesmas acolhidas em condições dignas e humanizadas em alojamentos coletivos, com alimentação, assistência à saúde e social, condições que fortalece a estima e a autonomia, sendo por tanto de grande importância socioassistencial

Referenciada pelos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização do SUS, e efetivando os princípios e as diretrizes da Rede Cegonha, na perspectiva da integralidade, equidade e responsabilização sanitária, a CGBP Dr^a Eimar cuida das mulheres que residem temporariamente na casa, numa perspectiva biopsicossocial, fundamentada na integração entre os diferentes tipos de serviços e redes especializadas em assistência social e assistência à saúde existente na cidade de Imperatriz - MA (POP, 2020).

Conforme o Procedimento Operacional Padrão - POP a C. G. B. P. Dr^a Eimar foi implantada em 16 de julho de 2016. Em homenagem a primeira médica ginecologista a atuar no município, a Casa ganhou o nome de Dr^a Eimar de Mello Andrade. A mesma é um anexo do Hospital Regional Materno Infantil - HRMI, sendo uma unidade estadual do SUS, referenciada para 43 municípios que integram a Regional de Saúde de Imperatriz e alguns municípios do norte do Tocantins e Sul do Pará. Este, portanto é um equipamento social da Rede Cegonha normatizado pela Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco (Brasil, 2013).

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil socioeconômico e cultural das mães/acompanhantes, que moraram temporariamente na CGBP Dr^a Eimar, entre os meses de julho de 2017 a julho de 2018, enquanto seus filhos e filhas estavam internadas(os) nas unidades neonatais do HRMI.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho é fruto da participação direta de uma das autoras, enquanto assistente social, atuante na Casa da Gestante Bebê e Puérpera do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz - MA, nos anos de 2017 a 2019. Esta unidade de saúde disponibiliza 40 leitos, sendo: 20 leitos para gestante, puérpera e bebê que é admitida no HRMI, após diagnóstico obstétrico e pediátrico, apresentem um quadro clínico que inspira atenção e cuidados, mas não necessitam de vigilância constante no ambiente hospitalar e 20 leitos para puérperas com recém-nascidos internados em Unidades Neonatais do HRMI.

O estudo refere-se a uma abordagem qualitativa dos dados das mães/acompanhantes em processo de moradia temporária na CGBP Dr^a Eimar. Conforme STAKE (2011, p. 41), cada uma das divisões da ciência, possui um lado qualitativo em que a experiência pessoal, a intuição e o ceticismo trabalham juntos para ajudar a aperfeiçoar as teorias e os experimentos. Ele também afirma que a pesquisa qualitativa se baseia principalmente na percepção e na compreensão humana, integrada a um contexto sólido, com suas prioridades e singularidades.

A coleta dos dados constou de análises das fichas de anamnese social, referentes ao período de 2017 a 2018, o que permitiu construir de acordo com o objetivo geral, uma pesquisa descritiva. De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a exposição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Por fim ele é um estudo de corte transversal, incluindo todas as mães com bebês internadas/os nas Unidades Neonatais que foram atendidas pelo serviço social e realizada a anamnese social.

A anamnese social, também chamada de ficha social é um dos instrumentos de trabalho da profissional do Serviço Social. A ficha é uma entrevista estruturada, com perguntas elaboradas antecipadamente, focadas em dados socioeconômicos, sociogeográfico e cultural das usuárias. Tais dados possibilitam o conhecimento da realidade social e a verificação de demandas específicas e coletivas das pesquisadas.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A ambiência em Unidades Neonatais abrange todos os espaços de cuidado ao recém-nascido. De acordo com a Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, os ambientes que compõem uma Unidade Neonatal, são: UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a UCINCo -

Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais e UCINCa - Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, instituindo uma linha de cuidados progressivos (BRASIL, 2012).

Conforme manual do ministério da saúde,

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) constituem-se uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco. Trata-se de uma unidade de cuidado peri-hospitalar, que acolhe, orienta, cuida e acompanha gestantes, puérpera e recém-nascidos de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas que não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar. Deve estar vinculada a um estabelecimento hospitalar habilitado como referência em GAR Tipo I ou Tipo II e representa importante ferramenta de gestão de leitos hospitalares obstétricos e neonatais. A CGBP é necessária para atendimento aos pacientes que, pela natureza do agravo e pela distância do local de residência, não podem retornar ao domicílio no momento de pré-alta (BRASIL, 2017).

Portanto, a CGBP Dr^a Eimar seguindo as normativas do Ministério da Saúde atende as gestantes com um quadro clínico estabilizado, que necessite de atenção em regime ambulatorial, a puérpera e /ou acompanhante, cujo recém-nascido encontrar-se internado em uma das unidades neonatal do HRMI que tenham dificuldade de deslocamento em decorrência de distância e/ou outros obstáculos, assim como o recém-nascido que precise de cuidados nutricionais e manejo especial, que exija adaptação da cuidadora que, na maioria das vezes, é mãe puérpera (POP CGBP, 2020, p. 01).

O público alvo desse estudo é especificamente as puérperas admitidas como moradoras temporárias, na CGBP, entre os meses de junho a dezembro de 2017 e de janeiro a junho de 2018. A admissão gera uma ficha de anamnese social, focada em dados pessoal, socioeconômico, geográfico e cultural. Foram encontrados os registros de 257 mulheres e 61 fichas de anamneses em 2017 e em 2018, as fichas de admissão arquivadas, registraram a entrada de 268 usuárias, das quais 201 foram atendidas pelo serviço social com realização de anamnese social.

Assim sendo, das 525 mulheres atendidas nesse espaço de tempo, 262 foram devidamente atendidas, com direito a um registro qualificado com informações socioeconômicas e familiares que favorece uma assistência qualificada. As puérperas possuíam idades que variaram entre 12 anos e mais de 31 anos. Os resultados demonstraram que: 32,9% pertenciam à faixa etária entre 12 e 19 anos, 32,1% à faixa etária de 20 a 24 anos, enquanto 18,2% tinham acima de 31 anos de idade e 16,8% tinham entre 25 a 30 anos.

A Organização Mundial da Saúde - OMS e o Ministério da Saúde - MS definem os limites cronológicos da adolescência entre 10 e 20 anos incompletos, enquanto a Organização das Nações Unidas - ONU considera que a adolescência compreende a segunda década da vida, 10 a 20 anos incompletos, o Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescência a faixa etária de 12 a 18 anos e por fim o Estatuto da Juventude preconiza que os jovens estão entre 15 a 29 anos (Brasil, 2018).

Considerando esses limites cronológicos das instituições internacionais e governamentais brasileiras, 32,9% das puérperas atendidas na CGBP Dr^a Eimar são adolescentes e 32,1% são jovens entre 20 e 24 anos. A literatura disponível e acessada para construção desse estudo é quase unanime em afirmar, que a precocidade materna pode ser considerada um fator de risco para o nascimento prematuro e/ou com baixo peso, para o recém-nascido.

A literatura disponível e acessada para construção desse estudo é quase unanime em afirmar, que a precocidade materna pode ser considerada um fator de risco para o nascimento prematuro e/ou com baixo peso, para o recém-nascido. Entre as explicações técnicas e científicas

se avulta as de natureza biológica e socioculturais. Biologicamente destaca-se a imaturidade do sistema reprodutivo que pode implicar em ganho ou perda de peso inadequado na gravidez, as condições e compreensão da responsabilidade permanente da maternidade com um ser absolutamente dependente. Apesar da relevância de ambos os motivos - biológicos e socioculturais, a falta de cuidados nos pré-natais das adolescentes, associadas à pobreza e níveis baixos de instrução, tem mostrado papel preponderante na cadeia causal de recém-nascidos (RN) de baixo peso (GAMA et al, 2001, p. 75).

A maioria das mães adolescentes desse estudo, também apresentam tais características de imaturidade biológica, condições socioeconômicas ligadas à pobreza, o pouco grau de escolaridade, desconhecimento da fisiologia reprodutiva e diante da gravidez não planejada, se deparam com a necessidade de várias adaptações e reestruturações de suas vidas. O sofrimento emocional se faz muito presente no cotidiano dessas mães, por sentirem-se culpadas pelos fatores de deficiência do sistema imunológico que o recém-nascido apresenta, de precisar ficar dias ou até meses longe de sua família, assim como terem que acompanhar diariamente o tratamento do bebê, sem poder amamentar nos primeiros dias e até semanas, o que coloca em risco a produção do leite materno, imponente as mesmas muitos medos, exigindo delas um amadurecimento precoce para absorver e superar as adversidades diante da maternidade e suas consequências.

Em relação ao estado civil, 49,2% vivem em situação de união estável, 19,1% são casadas, 18,1% são solteiras, 7,3% se declararam separadas, enquanto 7,6% não informaram. Quanto à escolaridade, 38,8% tem o ensino médio completo, 22,5% ensino fundamental incompleto 16,4% ensino médio incompleto, 13,4% ensino fundamental completo, 4,6% ensino superior completo, 0,4% ensino superior incompleto, 0,4% alfabetizadas, enquanto 3,8% não foram informados.

O número de mulheres com ensino fundamental incompleto está mais presente entre as adolescentes com menos de 16 anos e as mulheres adultas com mais de 31 anos de idade. As adolescentes entre 12 e 16 anos tem algumas repetências ou abandono de anos letivos, enquanto a maioria das mulheres adultas abandonou os estudos e não retomaram depois da chegada dos filhos. O grau de escolaridade contribui significativamente, na qualidade da assistência e acompanhamento dos seus filhos e filhas. A baixa escolaridade dificulta a compreensão dos procedimentos efetivados na Unidade Neonatal, que varia na dificuldade para obter informações sobre princípios e normas técnicas, desenvolvimento infantil e práticas parentais, além de orientações de como proceder sobre saúde e segurança de crianças (SILVA, et.al 2005). Assim como a dificuldade de rompimento com determinados hábitos, condutas de higiene e práticas alimentares.

O fato do HRMI atender mulheres residentes e domiciliadas nos municípios do Maranhão, Pará e Tocantins propiciou que a distribuição geográfica de moradia e domicílio das mesmas seja ampla, sendo, portanto: 81,29% moradoras e residentes no estado do Maranhão e naturais de 35 municípios, 12,22% originárias de 07 municípios do estado do Tocantins, 6,49% do estado do Pará, oriundas de 04 municípios.

Ainda sobre moradia e condições habitacionais constata-se que 75,57 % moram na zona urbana, sendo 57, % em casa própria, 24% casa alugada 8% casa cedida e 1% em casa financiada, enquanto 24, 43% moram na zona rural, das quais 91, % em casa própria, 7% em casa cedida e 2% em casa financiada, apenas duas usuárias afirmaram não ter energia elétrica em casa e 01 não tem água encanada. Enquanto a maioria das moradoras da zona urbana disseram que não tem esgoto tratado e fazem uso de fossa ou esgoto a céu aberto, as da zona rural são todas cidadãs sem acesso a saneamento básico, mesmo morando em pequenos povoados.

Na zona urbana, a maioria absoluta mora em áreas que tem coleta de lixo, enquanto todas as moradoras da zona rural queimam ou enterram o lixo doméstico. Quantitativamente as

famílias são compostas de 03 a 04 membros 54,58%, de 5 a 6 membros 30,92%, de 7 a 8 membros são 9,54%, famílias com 9 a 11 membros 3,45% enquanto 1,53% não responderam o quesito.

As mães atuam em 31 tipos de profissão e/ou ocupação, sendo, elas: 35,9% donas de casa; 23,3% lavradoras; 16,4% estudantes; 2,7% vendedoras; 1,5% atuam como professoras; 1,5% como trabalhadoras domésticas; 1,5% manicures; 1,1% fazem serviços gerais; 12,3% estão distribuídas entre várias ocupações, e 5,7% não informou esse quesito. Quanto à composição da renda familiar, 48,09% das famílias vivem com a renda de um salário mínimo, 24,81% com dois salários mínimos, 12,21% com menos de um salário mínimo, 8,78% com três salários mínimos, 3,44% com quatro salários mínimos e 2,67% com mais de cinco salários mínimos.

Com relação à renda familiar, prevaleceram mães com renda inferior ou igual a um salário mínimo, 60,3% da amostra, para uma média ponderada de 4,06 membros por família. Esta realidade econômica das famílias amplia as dificuldades das mulheres acessarem as políticas públicas, irem a todas as consultas de pré-natal por falta de recurso para o transporte, comprar as medicações indispensáveis, para o período gravídico, se alimentar adequadamente e planejar com tranquilidade a aquisição dos itens necessários para o enxoval do bebê.

Dificuldades que se ampliam com a chegada de um bebê que precisará ficar entre 03 dias e até mais de 04 meses numa unidade neonatal, dependendo do nível de prematuridade, peso ou enfermidade, acompanhado de sua mãe, que mora em outro município, a maioria sem nenhum parente na cidade que sedia o hospital.

As famílias que declaram serem beneficiárias do Programa Bolsa Família, equivale a 31,67%. É rotineiro ouvir das mães que estão aguardando receber o recurso da Bolsa Família para comprar fraldas, pomadas para assaduras ou outro item necessário para o bebê. Sendo, portanto, esta é uma fonte de renda que contribui diretamente com as despesas dos recém-nascidos.

QUANTO À CONCEPÇÃO E CUIDADOS COM A GRAVIDEZ

No que tange aos cuidados com a gravidez desde sua concepção, 87,86% das mulheres afirmaram que a gestação não foi planejada, esse número é bem superior aos dados da pesquisa nacional, “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, que computa um percentual de 55%, para as brasileiras que tiveram filhos nos anos de 2011 e 2012, sem ter planejado a gravidez. O Brasil está acima da média mundial, de 40% de gestação não planejada. Além disso, mais de 500 mil abortos inseguros são realizados todos os anos no Brasil, como resultado de gestações indesejadas (DINIZ et al 2017).

Essa realidade presente no cotidiano das populações periféricas das cidades e populações rurais alcança com maior intensidade, as famílias com menor acesso às políticas públicas de qualidade e ao mercado de trabalho formal. São jovens com poucas perspectivas sociais e econômicas, que carregam na sua história de vida, a reprodução factual, num processo natural, das histórias de vida das mulheres das suas famílias.

Quanto ao uso de contraceptivo, 42,75% usavam pílula de forma irregular, em horários diferentes e/ou costumavam não tomar todos os dias ou faziam uso de contraceptivo injetável, no entanto, não controlavam rigidamente o período de aplicação da medicação, 15,65% faziam uso de camisinha, enquanto, 41,6% quando engravidaram não estavam usando nenhum método contraceptivo, mas não pretendiam engravidar.

Um dado preocupante é o uso indiscriminado da pílula do dia seguinte, por essas mulheres, em especial entre as mulheres jovens, desse universo, 5% usaram no período de 6 meses mais de 10 vezes a pílula do dia seguinte. Esses dados comprovam o quão é difícil para

mulheres com baixa escolaridade e acessar a políticas públicas de saúde de qualidade, compreender o funcionamento de seu corpo e aparelho reprodutivo.

Ao serem inquiridas sobre o pré-natal, 95,80 % disseram que sim, sendo que a maioria fazia questão de explicar alguns fatores que prejudicaram o pré-natal: primeiro a demora em descobrir e confirmar a gravidez, fazendo com que a primeira consulta acontecesse, para 68%, com até 12 semanas de gestação ou terceiro mês de gravidez, 22,45% a partir de 8 semanas, segundo mês de gravidez, e 9,55 mais de 4 semanas, mais ou menos um mês de gravidez; segundo a dificuldade para o agendamento das consultas tanto com profissionais da medicina, quanto da enfermagem; terceiro o longo tempo de espera para realização de exames laboratoriais, fatores que podem ter sido determinantes para que a maioria não passasse de quatro consultas de pré-natal.

SOBRE RELAÇÕES SOCIAIS E CULTURAIS

Sobre as características raciais e étnicas, as usuárias se auto declararam de acordo com as opções de cor/raça do IBGE, sendo que, 70,2% se consideram pardas 11,5% pretas, 9,5% brancas, 0,4% indígena e 8,8% não informaram. Importante ressaltar que esse dado só foi incluído no questionário da anamnese social em dezembro de 2017. As características fenotípicas são referenciadas pelos termos raça/cor, no entanto, ele diz respeito em especial, à cor da pele, enquanto as características socioculturais são enfatizadas pelas etnias. A classificação oficial de identificação racial utilizada pelo IBGE é baseada na cor da pele e na etnia e contempla cinco categorias; branca, preta, parda, amarela e indígena. Esta classificação é um instrumento que favorece a autodeclaração (PACHECO et al., 2018).

Conforme o Estatuto da Igualdade Racial, a população negra é o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usada pelo IBGE, ou que adotam auto definição análoga. (BRASIL 2018). Nessa perspectiva, as mães assistidas na CGBP Dr^a Eimar, de acordo com a autodeclaração correspondem a 81,70% de mulheres negras. No âmbito da saúde, estudos apontam para as influências raça/cor e etnia no acesso ao serviço e sua utilização. As evidências científicas nas últimas décadas dão conta de um expressivo conjunto de disparidades raciais, que se manifestam nas mais diversas dimensões da vida social brasileira, que corroboram significativamente, para as desigualdades econômicas, sociais e políticas, desfavorecendo segmentos da sociedade que inclui pretos, pardos e indígenas, apresentando níveis mais elevados de adoecimento e de morte por causas evitáveis, desde as doenças infecto parasitárias, até aquelas relacionadas à violência (PACHECO et al., 2018).

Quando se trata de mortes maternas no Brasil, 54,1% ocorrem entre as mulheres negras com idade entre 15 e 29 anos. Assim como também, são maioria quanto à chance de morrer por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao pós-parto, de acordo com a doutora em saúde pública, Fernanda Lopes. (BRITO, 2018). Religião: 47,7% são católicas, 31,7% são evangélicas e 20,6% não praticam nenhuma religião. Das que declararam religião, 75% iam à igreja com frequência, enquanto 25% faziam práticas esporádicas ou encontravam-se “desviadas”. A maioria demonstrava sentimento de culpa por estarem afastadas da igreja e vinculavam a atual situação a este fato. Muitas, depois de declarar que estavam desviadas externalizavam que iria voltar a praticar a religião de sua preferência, quando retornasse para casa; 100% das que não praticam religião são teista e participavam das atividades de encontros religiosos realizados na CGBP Dr^a Eimar.

Sobre uso de Álcool: 26,7% faziam uso moderado antes de engravidar, perguntadas se fizeram uso durante a gravidez, a maioria dizia que não, no entanto considerando o fato que a

maioria só confirmaram a gestação a partir do 3 mês, é possível afirmar ter havido por parte desse total, o uso durante um período da gravidez.

A sistematização desses dados confirma demandas já identificadas por outros setores e outras categorias profissionais inseridos na Rede Cegonha, no entanto realençaremos aqui, sugestões de intervenções:

1. Melhorar substancialmente a assistência à saúde das moradoras temporárias, com consulta puerperal que possibilite o desenvolvimento de ações de assistência de qualidade à mulher no ciclo puerperal, através da promoção da saúde e do estímulo ao autocuidado por parte da equipe de enfermagem da CGBP Dr^a EIMAR;
2. Melhorar o atendimento do Serviço Social, garantindo a realização de anamnese social de todas as mães/acompanhantes de recém nascidos, instrumento capaz de garantir a identificação das vulnerabilidades e demandas sociais;
3. Qualificar continuamente a equipe multiprofissional numa perspectiva dos direitos humanos e das relações de igualdade gênero;
4. Aumentar o acesso ao programa de planejamento familiar nas unidades básicas de saúde e o acesso aos métodos contraceptivos;
5. Aumentar o nível de informação das mulheres, no geral, sobre gravidez, gestação e seus principais riscos e complicações;
6. Ampliar o acesso e melhoria da qualidade do pré-natal no estado do Maranhão;
7. Realizar campanhas amplas sobre o direito das mulheres grávidas e o pré-natal nos serviços de saúde básica, fazendo chegar às informações necessárias, para que as mesmas possam usufruir de seus direitos;
8. Ampliar a educação continuada nas escolas e na saúde básica sobre saúde sexual e reprodutiva, dando ênfase ao uso adequado dos métodos contraceptivos, entre as adolescentes e adultas jovens, nos municípios da Regional de Saúde de Imperatriz;
9. Realizar campanhas amplas e permanentes para incentivar a mulher a estudar, como forma de melhorar o autocuidado, as relações afetivas e sociais, qualidade de vida e da comunidade no geral.

Esse estudo pode subsidiar as equipes multiprofissionais que atuam no HRMI, na Rede Cegonha, assim como pesquisadoras(es) e acadêmicas(as) da área das ciências sociais e ciências humanas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados colhidos e analisados em relação a outros estados e municípios do país, traça uma realidade bem parecida, no que tange ao perfil epidemiológico das puérperas considerando-se a idade materna, o estado civil das mães, o número de filhos, as condições sócio econômica, o uso de algum tipo de droga licita e ilícitas entre outras variáveis. A política de assistência social ofertada às mães com bebês internados em unidades neonatais do HRMI, como a CGBP Dr^a Eimar, é uma necessidade real, ela corrobora diretamente para a qualidade da assistência à saúde dos recém-nascidos, considerando o fato da necessidade da presença da mãe diuturnamente.

Ao efetivar um atendimento qualificado, com a utilização de instrumental técnico operativo próprio, o serviço social da CGBP Dr^a Eimar propicia uma escuta qualificada que

favorece melhorar o acolhimento, a integração, a inclusão e a assistência integral das usuárias, preservando as questões de ordem subjetiva e promovendo através da sistematização dos dados da ficha de anamnese, informações sociodemográfica, socioeconômica e cultural, que podem e devem funcionar como um banco de dados, a ser utilizada pela equipe multiprofissional da Rede Cegonha, para assistir as puérperas, com qualidade, efetividade e garantia de direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei N° 12.888, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm Acesso em Out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 233p.:il. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-39790>. Acesso em Ago. 2020.

BRASIL, Portaria n° 1459, de 24 junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União n.27, seção 1, p.109, 27 de junho de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em Dez. 2019.

BRASIL, Portaria n° 930 de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em Set. 2020.

BRSIL, Portaria n° 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em Set. 2019.

BRASIL, Manual de Uso do Sistema Saips - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde Acesso e Atividades do Gestor Estadual, Gestor Municipal e Cadastrador de Propostas Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP - Brasília - 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/01/manual-saips-CGBP.pdf>. Acesso em Jun. 2020.

BRASIL, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, março de 2010.

Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf. Acesso em Set. 2020.

BRITO, D. Maioria de mortes maternas no país ocorre entre mulheres negras jovens Mulheres negras têm duas vezes mais chances de morrer por gravidez, Agência Brasil Brasília Publicado em 29/05/2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/maioria-de-mortes-maternas-no-pais-ocorre-entre-mulheres-negras-jovens>. Acesso em 05 de jul de 2019.

CARVALHO, R. N.; ALVES, C. S.; ARAÚJO, R. C. X. S. Política de Saúde e Serviço Social: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. III Jornada Internacional de Políticas Públicas São Luís - MA, 28 a 30 de agosto 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/FixoTematicoA/9a87e13879691cab6133%20Rafae%20Nicolau%20Carvalho.pdf>. Acesso em Jun. 2020.

DINIZ D. M.; MEDEIROS, M. M. A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653-60, 2017.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C.; THEME FILHA, M. M. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 74-80, 2001.

PACHECO, V. C.; SILVA, J. C.; MARIUSSI, A. P.; LIMA, M. R.; SILVA, T. R. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. *Saúde debate*, v. 42, n. 116, p. 125-137, 2018.

ESTAD DO MARANHÃO. Procedimento Operacional Padrão -POP, Casa a Gestante Bebe e Puérpera Dr^a Eimar. Hospital Regional Materno Infantil. Imperatriz, MA, 2020.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery*, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

SANTOS, N. L. D. A. C.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; VIEIRA, G. O.; BACELAR, E. B.; ALMEIDA, A. H. D. V. D. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014.

SILVA, A. K.; VIEIRA, M. L.; MOURA, M. L. S.; RIBAS JR, R. C. Conhecimento de mães primíparas sobre desenvolvimento infantil: um estudo em Itajaí, SC. *Journal of Human Growth and Development*, v. 15, n. 3, p. 1-10, 2005.

STAKE, R. E. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre, 2011. Disponível em: http://livraria1.tempsite.ws/config/imagens_conteudo/pdf/legado_S_STAKE_Robert_E_Pesquisa_Qualitativa_Como_Coisas_Funcionam_Liberado_Cap_01.pdf. Acesso em jan. 2020.

TERUIA, P. M.; ANDRADE, T. A. C.; MEREY, L. S. T. Bebês Prematuros com Mães Adolescentes: Uma realidade crescente na Uti Neonatal de Campo Grande - MS. **Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 3, n. 6, p. 1-12, 2016.

Submetido em: junho de 2020

Aprovado em: outubro de 2020