

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

Aline Oliveira da Silva

**AS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS DIREITOS PELAS GESTANTES  
USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE HOSPITALAR –  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Santa Maria, RS  
2017

**Aline Oliveira da Silva**

**AS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS DIREITOS PELAS GESTANTES USUÁRIAS DA  
REDE PÚBLICA DE SAÚDE HOSPITALAR – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE  
SANTA MARIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social, Área da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Valeska Berman Machado

Santa Maria, RS

2017

**Aline Oliveira da Silva**

**AS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS DIREITOS PELAS GESTANTES USUÁRIAS DA  
REDE PÚBLICA DE SAÚDE HOSPITALAR – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE  
SANTA MARIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social, Área da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

**Aprovado em 07 de dezembro de 2017:**

---

**Valeska Berman Machado, Me.** (UFSM)  
(Presidente/Orientador)

---

**Sheila Kocourek, Dra.** (UFSM)

Santa Maria, RS

2017

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho à minha falecida Mãe, Maria de Fátima Oliveira da Silva, que infelizmente não está mais entre nós, mas que estaria orgulhosa hoje pela conquista da filha. Com toda certeza, é e sempre será a força que me impulsiona a seguir na busca por meus sonhos. Mãe, esteja onde estiver, te agradeço pela vida e por todo amor dedicado que me mantém fortalecida sempre.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a todos que colaboraram para a concretização deste trabalho, mas, de uma maneira especial, agradeço à Universidade Federal de Santa Maria pela oportunidade de desenvolver e concretizar este estudo;*

*- À minha orientadora acadêmica, Valeska Berman Machado, por todos os aprendizados, conselhos, reflexões e, principalmente, pela pessoa humana, que incentiva, que nos mostra que é possível, que somos capazes. Gratidão!*

*- À Professora Dra. Sheila Kocourek, agradeço por aceitar com tanto carinho fazer parte da minha banca de avaliação e que, com toda certeza, tuas considerações serão importantes e necessárias para o meu aprendizado;*

*- Aos professores do Curso de Serviço Social da UFSM pelos aprendizados, conhecimentos e reflexões que tanto contribuíram para a minha formação! Gratidão!*

*- À minha supervisora de campo, Eliane Rodrigues, por todo ensinamento, pela paciência, por ter me ensinado a prática da profissão, por ser esse exemplo de profissional e, principalmente, pelo carinho e amizade!*

*- Ao meu esposo Alex Lima, pela compreensão e paciência, por acreditar sempre em mim e por proporcionar as condições para a concretização deste sonho. Com certeza, é NOSSA conquista!*

*- Ao meu pai *Ciro Pereira da Silva*, agradeço os valores ensinados que formaram o meu caráter e por ter sido sempre a base da nossa família! Te amo!*

*- Às minhas irmãs *Rose, Andréia, Elisete e Priscila*, agradeço por todo o carinho, amor e força nesta trajetória e pela parceria diante das alegrias e tristezas que nos mantêm sempre unidas! Amo vocês!*

*Enfim, agradeço aos amigos (as) e familiares que fazem parte da minha vida e que foram essenciais nesta trajetória. Obrigada!*

## EPÍGRAFE

*Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena acreditar nos sonhos que se tem ou que seus planos nunca vão dar certo ou que você nunca vai ser alguém. Tem gente que machuca os outros, tem gente que não sabe amar, mas eu sei que um dia a gente aprende. Se você quiser alguém em quem confiar, confie em si mesmo. Quem acredita sempre alcança!*

*(Renato Russo)*

## **RESUMO**

### **AS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS DIREITOS PELAS GESTANTES USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE HOSPITALAR – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

AUTORA: Aline Oliveira da Silva  
ORIENTADORA: Valeska Berman Machado

Este trabalho apresenta um relato de experiência do estágio supervisionado e do projeto de intervenção desenvolvido e realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Por meio deste, procura-se apresentar todos os direitos que as mulheres gestantes têm garantidos, seja em relação a direitos trabalhistas, previdenciários, de saúde ou da própria condição de gestante e a forma de como acessá-los. Para o desenvolvimento deste trabalho, realizou-se revisão bibliográfica em livros e artigos de autores do Serviço Social que abordam os temas da política social, da saúde e direitos sociais. O projeto foi desenvolvido através das observações dos atendimentos do Serviço Social às usuárias de saúde do HUSM, em que se constatou que estas não tinham informações precisas acerca dos seus direitos, o que corroborava para a não reivindicação e acesso aos mesmos. Diante desta realidade, o projeto de intervenção pensado teve por objetivo proporcionar às usuárias dos serviços de saúde do HUSM o acesso à informação através da construção de uma cartilha que apresentasse todos os direitos da gestante, bem como da realização de grupos, proporcionando um espaço para discussão, informação e conhecimento. Utilizaram-se para a avaliação deste trabalho metodologias quantitativas e qualitativas. Os resultados obtidos mostraram que o projeto de intervenção em termos qualitativos atingiu o que se propôs. Conclui-se que o acesso a informação correta é de fundamental importância para a reivindicação dos direitos e que o assistente social, como um profissional que trabalha pela garantia destes, possibilite aos seus usuários a efetivação da cidadania.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Direitos Sociais. Gestantes. Acesso à Informação. Cidadania.

## **ABSTRACT**

### **THE CONDITIONS OF ACCESS TO RIGHTS BY USERS OF THE PUBLIC HEALTH NETWORK - SANTA MARIA UNIVERSITY HOSPITAL**

**AUTHOR:** Aline Oliveira da Silva  
**ADVISORA:** Prof. Me. Valeska Berman Machado

This paper presents an experience report of the supervised stage and the intervention project developed and carried out at the Santa Maria University Hospital (SMUH). Through this, it seeks to present all the rights that pregnant women have guaranteed, whether in relation to labor rights, social security, health or the condition of pregnant and the way of accessing them. For the development of this work a bibliographical review was carried out in books and articles by authors of the Social Service that deal with the themes of social policy, health and social rights. The project was developed through the observations of the SMUH health users, which found that they did not have accurate information about their rights, which corroborated the non-claim and access to them. In view of this reality, the purpose of the intervention project was to provide SMUH users of health services with access to information through the construction of a booklet presenting all the rights of the pregnant woman, as well as through groups, providing a space for discussion, information and knowledge. Quantitative and qualitative methodologies were used for the evaluation of this work. The results showed that the intervention project in qualitative terms reached what was proposed. It is concluded that access to correct information is of fundamental importance for the claim of rights, and that the social worker as a professional who works for the guarantee of these, enable them to their users contributing to the effective citizenship.

**Keywords:** Social Service. Social Rights. Pregnant Women. Access to Information. Citizenship.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEFEMEA	Centro Feminista de Estudos e Assessoria
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLAM	Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBENS	Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOA	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
RS	Rio Grande do Sul
SESC	Serviço Social do Comércio
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 POLÍTICA SOCIAL, UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA</b> .....	13
2.1 POLÍTICA SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO .....	18
<b>3 POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL</b> .....	27
3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM MULHERES GESTANTES .....	39
<b>4 DIREITOS SOCIAIS PARA MULHERES GESTANTES</b> .....	49
4.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO: CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE SEUS DIREITOS ENQUANTO GESTANTES .....	56
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70
<b>APÊNDICE A</b> .....	78
<b>APÊNDICE B</b> .....	80

## **1 INTRODUÇÃO**

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi elaborado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo fruto do conhecimento adquirido no processo de formação acadêmica e da vivência prática do estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, assim como, do projeto de intervenção, o qual foi desenvolvido e realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), respectivamente no setor materno-infantil, e que visa intervir sobre os direitos relacionados às mulheres em condição de gestante.

A construção desse trabalho se deu a partir do projeto de intervenção “Conhecimento das mulheres sobre seus direitos enquanto gestantes”, o qual foi pensado através das observações realizadas durante os atendimentos às gestantes usuárias dos serviços de saúde do HUSM. O mesmo discorre sobre os direitos sociais que estas têm garantidos, seja em relação a direitos trabalhistas, previdenciários, de saúde ou específicos da condição de gestante. A realização do estágio supervisionado I e II na instituição HUSM possibilitou a opção pela escolha do tema do projeto, devido à falta de informação ou o próprio desconhecimento destas gestantes acerca dos seus direitos.

A proposta de desenvolver o TCC trazendo para o debate o acesso aos direitos pelas usuárias dos serviços públicos de saúde está articulada à profissão de Serviço Social, considerando que o tema proposto faz parte do exercício profissional do assistente social, que é a garantir os mesmos, bem como um dos princípios fundamentais contidos no Código de Ética para o processo de consolidação da cidadania.

Este TCC tem o intuito de apresentar os direitos sociais numa perspectiva ampliada, proporcionando reflexões pertinentes ao modo pelo qual o Estado brasileiro, através das suas condicionalidades, proporciona este acesso diante de um crescente desmonte de direitos e reformas que distanciam cada vez mais a população dos mesmos. O trabalho faz um resgate do surgimento destes direitos e da proteção social na sociedade brasileira, apresentando as condições que proporcionaram a garantia dos mesmos.

O TCC é um relato de experiência do estágio supervisionado I e II como também do projeto de intervenção. Para a concretização deste, realizou-se uma revisão bibliográfica em livros e artigos de autores do Serviço Social que abordam os temas da política social, da saúde e dos direitos sociais. Está constituído por quatro capítulos e subitens que têm por objetivo as questões relacionadas ao tema proposto. O trabalho inicia-se pela introdução apresentando uma breve síntese do que será abordado nos capítulos.

O capítulo I, aborda a construção histórica do surgimento da política social como política pública e a efetivação desta como proteção social, o seu desenvolvimento, passando a integrar os sistemas de seguridade social e as diferentes formas implementadas nos países capitalistas. Como referência bibliográfica, utilizaram-se as autoras Behring e Boschetti e Silva, que abordam a temática da política social.

Neste capítulo, será apresentado, ainda, o surgimento da política social no contexto brasileiro e o seu desenvolvimento, trazendo aspectos que caracterizam a particularidade da seguridade social no país e sintonizando o seu acesso na atualidade. Para esta abordagem específica brasileira, utilizou-se a autora Couto, que apresenta todo este resgate histórico.

No capítulo II, será abordada a política de saúde no Brasil e a sua implementação através das conquistas da reforma sanitária, traçando o caminho percorrido para a sua incorporação como um direito social na Constituição Federal de 1988, assim como a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), suas ações e princípios, e as legislações referentes a esta política. Apresenta-se, neste capítulo, também, o trabalho do Serviço Social na área da saúde e as atividades desenvolvidas no início da profissão e atualmente. Utilizou-se como referência os autores Bravo e Matos, que apresentam tanto as conquistas da reforma sanitária para a sociedade brasileira como o surgimento do Serviço Social na área da saúde.

No decorrer do capítulo, apresenta-se o fazer profissional dos assistentes sociais na instituição HUSM e o trabalho destes desenvolvido especificamente com mulheres gestantes do setor materno-infantil, bem como as atividades realizadas em conjunto com as equipes multiprofissionais, com a rede de serviços disponíveis e as políticas públicas. Como referência bibliográfica, utilizou-se a autora Yamamoto e publicações do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

No capítulo III, serão abordados os direitos sociais que as mulheres gestantes têm garantidos, dando ênfase aos direitos trabalhistas, previdenciários e de saúde, e as condições para acessá-los, trazendo para o debate as reformas em direitos trabalhistas e previdenciários em curso no Brasil e apresentando as implicações que podem ocorrer. Abordam-se também as violações de direitos hospitalares que as mulheres ainda vivenciam através de pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e o Serviço Social do Comércio (SESC) em 2010. Como referência bibliográfica para apresentar os direitos, utilizaram-se de leis em que estes estão garantidos, como a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e a Constituição Federal de 1988.

Apresentam-se, ainda, os fatores que levaram a escolha do tema do projeto de intervenção, o planejamento das atividades e a realização do mesmo, utilizando como referência os autores Sousa e Magalhães, que abordam a importância da realização de grupos e dinâmicas que foram utilizados no projeto de intervenção. Apresenta-se, ainda, o processo de avaliação desenvolvido e realizado pela estagiária com metodologias de respostas quantitativas e qualitativas referenciando os autores Deslandes, Neto e Gomes, que abordam este tema.

Por fim, no capítulo IV deste trabalho, apresentam-se as considerações finais. No decorrer deste TCC faz-se necessário trazer para o debate a questão social, fundamento do trabalho do Serviço Social, e que através das suas expressões às respostas de intervenções estão articuladas ao acesso às políticas sociais com as quais os assistentes sociais trabalham, fazendo valer os direitos dos usuários, na perspectiva do acesso à cidadania.

Serão apresentadas reflexões sobre a proteção social na atual conjuntura brasileira, sintonizando as possibilidades de acesso à seguridade social, bem como a importância do acesso a informação como uma condição fundamental para a reivindicação de direitos e o papel do profissional assistente social neste processo para exercer a cidadania.

## 2 POLÍTICA SOCIAL, UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

O presente capítulo irá discorrer sobre o surgimento histórico da política social e o conjunto de fatores que levaram ao seu desenvolvimento nos países capitalistas, estabelecendo padrões de proteção social, definidos pelo conjunto de direitos que integram o tripé da seguridade social. Após as considerações históricas desse surgimento, será apresentado o desenvolvimento da proteção social e dos direitos sociais na especificidade brasileira.

Serão abordadas as possibilidades de acesso à seguridade social na atual conjuntura do Brasil, fazendo articulação ao desmonte de direitos que a sociedade vem enfrentando e trazendo para o debate este sistema de proteção social que coloca desafios e condicionalidades para o acesso da classe trabalhadora aos benefícios da seguridade social.

Para situar o surgimento histórico das políticas sociais, deve-se analisar as múltiplas causas e relações que levaram ao seu surgimento, “[...] não se pode explicar a gênese e desenvolvimento das políticas sociais sem compreender sua articulação com a política econômica e a luta de classes” (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p. 44). Desse modo, a política social será retratada através dessa articulação entre Estado, economia e luta de classes, pois esta abordagem requer, segundo as autoras, uma perspectiva crítica da economia política, baseada no método marxista<sup>1</sup>.

A política social é considerada uma ação pública em que o Estado e a sociedade estão envolvidos, desempenhando papéis ativos nesse processo, “[...] implica sempre, e simultaneamente, intervenção do Estado, envolvendo diferentes atores (governamentais e não-governamentais), seja por meio de demandas, suportes ou apoios, seja mediante o controle democrático” (PEREIRA, 2009, p. 96). Para a autora, o surgimento da política social não é

---

<sup>1</sup> “A investigação sob o enfoque do método da crítica da economia política proposto por Marx consiste, portanto, em situar e analisar os fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, determinado por múltiplas causas na perspectiva de totalidade como recurso heurístico e inscrito na totalidade concreta: a sociedade burguesa”. (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p. 38).

unânime, mas sua expansão ocorre no período pós-segunda guerra mundial, com a consolidação do estado de bem-estar social nos países capitalistas industrializados.

Para Silva (2011, p. 62):

No que se refere às políticas sociais, a literatura especializada não afirma com exatidão a partir de quando elas começaram a ser estruturadas. Entretanto, grande parte dos autores ligados à tradição marxista vincula a origem dessas políticas aos movimentos de massas que ocorreram ao final do século XIX e a sua generalização na Pós-Segunda Guerra Mundial, quando foi possível o pacto entre capital e trabalho que deu sustentação ao Estado social.

Behring e Boschetti (2009) também não apresentam o início desse surgimento, mas destacam que “[...] elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a revolução industrial, das lutas de classes e do desenvolvimento da intervenção estatal” (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p. 47). Segundo as autoras, as sociedades pré-capitalistas já realizavam algumas ações com características assistenciais com o objetivo de manter a ordem, que se baseavam na caridade e na filantropia, mas estas eram de caráter coercitivo, punitivo e repressivo, nas quais se destacam as leis inglesas<sup>2</sup>.

Castel (1998 apud BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p. 99) afirmam que,

[...] essas regulamentações, que se espalharam pela Europa no período que antecedeu a Revolução Industrial, tinham alguns fundamentos comuns: estabelecer o imperativo do trabalho a todos que dependiam de sua força de trabalho para sobreviver; obrigar o pobre a aceitar qualquer trabalho que lhe fosse oferecido para regular a remuneração do trabalho, de modo que o trabalhador pobre não poderia negociar formas de remuneração; proibir a mendicância dos pobres válidos, obrigando-os a se submeter aos trabalhos ‘oferecidos’.

---

<sup>2</sup>Estatuto dos trabalhadores (1349), Estatuto dos artesãos (1563), Leis dos pobres elisabetanas (1531-1601), Lei de domicílio (1662). Ver mais em Behring e Boschetti (2009, p. 48-49).

As ações eram associadas ao trabalho e se destinavam àqueles pobres que estavam reclusos a casas de trabalho (*workhouses*) e garantia auxílios como alimentação, mas havia seleção para obter o benefício, o que fazia com que poucos recebessem o mesmo e os que recebiam eram obrigados a desenvolver atividades para a manutenção da assistência.

Nas sociedades pré-industriais o trabalho não se dissociava de outras atividades sociais; já no capitalismo o trabalho é visto como única fonte de renda, como uma atividade de troca. Com o advento da revolução industrial, as medidas, ainda que punitivas, restritivas e coercitivas de proteção, que tiveram início nas sociedades pré-industriais, são deixadas de lado pelas novas relações de troca no capitalismo (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

O trabalho na sociedade capitalista passa a ser uma mercadoria, um meio de gerar e acumular lucro, “como não há capitalismo sem acumulação, a exploração do capital sobre o trabalho é inerente a este modo de produção” (SILVA, 2011, p. 49). Logo, é através desse modo de produção capitalista que advém o trabalho explorado, o qual apresenta as mais variadas expressões da questão social. Behring (2016) coloca que tanto as políticas sociais como os direitos sociais decorreram desses processos históricos do século XIX, em que as leis fabris iniciadas nesse período deram origem às ações estatais.

Conforme Silva (2011, p.50),

[...] as políticas sociais são estruturadas com a mediação do Estado, em contextos particulares de acumulação e/ ou da luta de classes, em que interesses antagônicos entre as classes sociais fundamentais estão em jogo, o que pressupõe organização e capacidade de pressão dos trabalhadores.

Couto (2010) apresenta os direitos sociais fundamentados na igualdade, no qual o Estado intervém na vida das pessoas, provendo suas necessidades em decorrência das desigualdades advindas do capitalismo, em que este, através de suas contradições, cria o espaço para que os trabalhadores possam reivindicar e lutar por seus direitos. Em relação à proteção social, Gough (1978 apud SILVA, 2011, p. 50-51), destaca a sua função no contexto do capitalismo e coloca como fator determinante,



[...] a industrialização, como impulsionadora do trabalho assalariado e também de tempos difíceis para os trabalhadores, como o enfrentamento da velhice e das enfermidades diante do desemprego e da falta de renda. [...] os sistemas de seguridade social surgem, entre outras razões, para responder a esta situação.

Behring e Boschetti (2009, p. 51), também apresentam a função da proteção social no capitalismo,

[...] são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento - em geral setorializadas e fragmentadas - as expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.

A proteção social é viabilizada pelo Estado para atender as reivindicações não só dos trabalhadores como também as demandas do capital, “[...] decorrem, por um lado, das necessidades de acumulação do capital e, por outro, das necessidades de proteção e reprodução material dos trabalhadores” (SILVA, 2012, p. 50). Logo, as políticas sociais têm a função de proporcionar condições para a reprodução da força de trabalho.

Entretanto, o período que vai do século XIX até a terceira década do século XX, destaca-se o pensamento liberal e “o predomínio do mercado como supremo regulador das relações sociais” (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p. 56), cabendo ao Estado viabilizar as condições necessárias ao seu desenvolvimento. Nesta perspectiva cada indivíduo, através de sua força de trabalho, deveria proporcionar o seu bem-estar e o Estado não poderia realizar intervenções, pois a miséria, para os liberais, era uma condição natural, resultado da moral humana, em que o capitalismo e o livre mercado assegurariam as condições para o seu autodesenvolvimento (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

O Estado para os liberais deveria ser mínimo, assegurando somente condições para o livre mercado, garantindo a liberdade individual e a propriedade privada, enquanto as políticas sociais realizadas nesta perspectiva tinham características focalizadas, fragmentadas e filantrópicas, destinadas aos que comprovassem serem pobres, realizando uma assistência

mínima somente a crianças, idosos e pessoas com deficiências que não conseguissem competir no mercado, cabendo à caridade o atendimento da pobreza.

Entre os anos de 1929 e 1932, ocorreu a maior crise econômica do capitalismo vivenciada neste período. Conhecida como a grande depressão<sup>3</sup>, a crise instaurou o desemprego em massa pelo mundo e, como alternativa de resposta, surgiram às propostas Keynesianas<sup>4</sup>, com intervenções estatais, regulando as relações econômicas e sociais. Na área econômica, esta garantiria a produção e na área social realizaria intervenções através de políticas sociais aos segmentos que estivessem incapacitados ao trabalho, gerando, desta forma, através de gastos públicos, o pleno emprego e o crescimento da economia (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

As autoras destacam que, neste período as políticas sociais faziam parte das medidas adotadas para controlar a crise, quando se ampliaram às intervenções estatais, sendo resultado, também, das reivindicações da classe trabalhadora.

[...] as políticas sociais resultam de relações complexas e conflitantes que se desenvolvem no contexto da luta de classes, em que interesses antagônicos estão em disputa. Assim, possuem caráter contraditório e atendem a interesses dos trabalhadores, assegurando-lhes ganhos diretos (salários melhores) e indiretos (benefícios e serviços complementares). Ademais, ao mesmo tempo em que limitam os ganhos dos capitalistas, as políticas sociais lhes beneficiam, reduzindo o custo da produção da força de trabalho, reproduzindo as relações e produção e favorecendo a acumulação do capital. (SILVA, 2011, p. 68).

Essas políticas só terão expansão pelos países capitalistas após a segunda guerra mundial, com a intervenção estatal nas relações sociais e econômicas. Porém, o início destas intervenções ocorre de forma diferente e gradual nos países e seu desenvolvimento esteve articulado à organização da classe trabalhadora. Foi na Alemanha, em 1883, durante o

---

<sup>3</sup> “Uma crise que se iniciou no sistema financeiro americano, a partir do dia 24 de outubro de 1929, quando a história registra o primeiro dia de pânico na bolsa de Nova York. A crise se alastrou pelo mundo, reduzindo o comércio mundial a um terço do que era antes” (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p. 68).

<sup>4</sup> Refere-se à John Maynard Keynes.

governo de Bismarck<sup>5</sup>, que realizaram-se as primeiras ações para a concessão de benefícios previdenciários que iriam constituir a seguridade social. O sistema bismarkiano, baseado na lógica dos seguros sociais, surge para responder à pressão e reivindicação da classe trabalhadora e destinava-se aos que realizassem contribuições prévias, visando à manutenção da renda em momentos da perda do trabalho. Estes benefícios eram financiados pelos trabalhadores e empregadores através de caixas, as quais eram geridas pelo Estado (BOSCHETTI, 2009).

Durante a segunda guerra mundial, em 1942, surge outro modelo de proteção social formulado na Inglaterra, baseado na lógica da assistência e conhecido como sistema beveridgiano<sup>6</sup>. Esse sistema propunha o estado de bem-estar social (*Welfare State*), através de intervenções e gestão estatal financiado pelos impostos. Caracterizava-se por ser universal, não somente para os trabalhadores, garantindo a proteção social através de mínimos sociais a todos aqueles que estivessem desprovidos de recursos (BOSCHETTI, 2009).

Estes dois sistemas de proteção social, baseados respectivamente na lógica de seguros e da assistência, se desenvolverão pelos países capitalistas, implantando-se as políticas sociais em diferentes modelos de seguridade social. No Brasil, o desenvolvimento da política social teve especificidades que se caracterizaram com períodos históricos da sociedade, em que a seguridade social estabelecida apresentou princípios dos dois modelos acima descritos, como se verá no próximo item.

## 2.1 POLÍTICA SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

No Brasil, o surgimento da política social não acompanhou a mesma trajetória dos países em que ela se desenvolveu. O sistema de proteção social encontrou dificuldades de se

---

<sup>5</sup>Refere-se à Otto Von Bismarck.

<sup>6</sup> Refere-se à William Henry Beveridge.

consolidar desde o seu surgimento, pois os trabalhadores não tinham uma forte estrutura organizativa sindical para reivindicação (COUTO, 2010).

O acesso aos direitos foi se constituindo gradativamente, de acordo com períodos históricos, surgindo inicialmente com a chegada dos imigrantes europeus para substituir a mão de obra escrava, possuindo características da ideologia do favor, das “benesses” do coronelismo e da igreja, em que cabia à elite nacional intervir nas demandas da população através de concessões, quando era de interesse da elite atendê-los; do contrário, o atendimento às demandas eram respostas através da repressão (COUTO, 2010).

Mais tarde, esses direitos foram resultando tanto das reivindicações da classe trabalhadora como pela busca por legitimidade das classes dominantes:

Em ambiente de restrição de direitos políticos e civis – como demonstra a expansão das políticas sociais no Brasil nos períodos de ditadura (1937-1945 e 1964-1984), que as instituem como tutela e favor: nada mais simbólico que a figura de Vargas como ‘pai dos pobres’, nos anos 1930. (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p. 79).

Foi somente na era Vargas de 1930 a 1945 que se formularam legislações para oferecer sustentação a um Estado de proteção social. Porém, esta proteção iniciada era oferecida através de um sistema conservador, regulador e assistencialista, em que um dos critérios estabelecidos para se ter acesso eram a renda e a posição ocupacional, pois beneficiava somente trabalhadores com vínculos formais de trabalho e deixava de fora da cobertura os trabalhadores rurais (COUTO, 2010).

Neste período, grande parte dos trabalhadores estava no meio rural e a proteção fornecida pelo contrato de trabalho favoreceu a migração em massa desta parcela da população para os centros urbanos, visando condições melhores de vida. As políticas sociais no Brasil, neste momento, caracterizaram-se por serem prioritárias a quem tivesse vínculo com emprego formal de trabalho e tinham o intuito de controlar a população, pois os direitos sociais eram compreendidos como concessão e favor (COUTO, 2010).

Apesar das leis de proteção apresentarem essas características, Vargas proporcionou o avanço nas relações entre trabalhadores, empregadores e o governo. Criaram-se, ainda, benefícios previdenciários concedidos através das caixas de aposentadorias e pensões (CAPS) e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Na área da assistência, em 1942, foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a qual tinha o objetivo de prestar assistência aos familiares dos pracinhas<sup>7</sup> que iam para a guerra (VARGAS, 2007).

Posteriormente, a LBA atendeu as classes menos favorecidas, dando ênfase no atendimento materno-infantil. Esta política de assistência social, coordenada pela então primeira dama Darcy Vargas, estendeu-se durante anos, permanecendo com caráter assistencialista e clientelista (VARGAS, 2007). Em relação ao trabalho, Vargas, em 1943, criou direitos trabalhistas através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), como a carteira de trabalho, a jornada de trabalho de 8 horas diárias, férias remuneradas, salário-maternidade e a medicina do trabalho (COUTO, 2010).

Nos anos que se sucederam a população vivenciou a intervenção militar por parte dos governos ditatoriais, em que direitos civis, políticos e sociais eram respondidos de forma repressiva e foram restritos. Atos arbitrários foram adotados pelos governos militares, instituindo-se, assim, o período da ditadura entre 1964 a 1985. Na área social, para responder ao grande contingente de crianças e adolescentes em conflito com a lei, criou-se o Sistema Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor e/ou Fundações Estaduais (FUNABEM/FEBENS), que respondiam à problemática com repressão e recolhimento institucional das crianças e adolescentes (COUTO, 2010).

As políticas sociais desse período permaneciam com o intuito de controlar a população e os direitos sociais ainda eram compreendidos como concessão e favor. Portanto, no início das políticas sociais aqui no Brasil, estas apresentaram características das políticas surgidas nos países capitalistas e destacaram-se por serem coercitivas, punitivas e repressivas.

Foi através do cenário ditatorial de cerceamento de direitos políticos e civis que o Brasil vivenciou, na década de 1980, grandes movimentos sociais em defesa de eleições

---

<sup>7</sup>Termo utilizado para identificar os soldados brasileiros que se alistaram nas forças armadas e que tinham baixa patente na hierarquia militar.

diretas, contribuindo para a abertura política democrática, que proporcionou, através de várias manifestações, a conquista de direitos sociais e a constituição de um sistema de seguridade social que integrou o tripé saúde, previdência e assistência, asseguradas pela Constituição Federal de 1988 (TEIXEIRA, 2007).

Em relação aos direitos à assistência, a expansão de ideias articuladas aos direitos humanos, disseminadas, inclusive, internacionalmente, e a procura por uma grande parcela da população ao campo assistencial que estava fora dos espaços trabalhistas, como os desempregados, corroboraram para a afirmação da assistência social como um direito a todos que dela necessitassem. Já a previdência social, iniciada a partir das caixas de pensões, na lógica dos seguros, foi considerada um direito social extensivo a todos os trabalhadores, proporcionando o acesso aos benefícios inclusive para aqueles que contribuísem como autônomos (COUTO, 2010).

Deste modo, a seguridade social brasileira é compreendida no art. 194 da Constituição Federal como:

Um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I- universalidade da cobertura e do atendimento; II- uniformidade e equivalência dos benefícios; III- seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV- irredutibilidade do valor dos benefícios; V- equidade na forma de participação no custeio; VI- diversidade da base de financiamento; VII- caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 2013, p.40).

Mesmo com a Constituição assegurando vários direitos, o Brasil firmou acordos com o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) adotando orientações do Consenso de Washington<sup>8</sup>, os quais impunham a desestruturação do sistema de proteção

---

<sup>8</sup>“No conjunto das orientações indicadas no Consenso, inspiradas pelo receituário neoliberal, que teve adoção em quase todos os países do mundo, na década de 1980, estão: a indicação para desestruturação dos sistemas de proteção social vinculados às estruturas estatais e a orientação para que os mesmos passassem a ser gestados pela iniciativa privada”. (COUTO, 2010, p. 145).

social vinculados ao Estado, passando sua gestão à iniciativa privada, apresentando posições de forma contrária às garantias e direitos assegurados pela constituição, que nem bem se configuraram e já sofreram desmontes (COUTO, 2010).

Desde os anos 1990 o Brasil vem se caracterizando pelas reformas e privatizações, tanto no âmbito da economia como no das políticas sociais, em que se destacam o aumento do índice de desemprego, desmonte dos direitos trabalhistas e várias reformas na constituição, no campo dos direitos sociais. Adotaram-se medidas neoliberais em que as políticas sociais ganharam caráter de solidariedade e voluntarismo, transferindo à iniciativa privada responsabilidades que cabiam ao Estado, as quais estavam garantidas na constituição (BEHRING e BOSCHETTI, 2009). Em relação à área social, o Estado realizou várias reformas para regularizar a execução das políticas públicas pelo terceiro setor,

[...] estabeleceu um Termo de Parceria com ONGs e Instituições Filantrópicas para a implementação das políticas. A essa nova arquitetura institucional na área social – sempre ignorando o conceito constitucional de seguridade – se combinou o serviço voluntário, o qual desprofissionalizava a intervenção nessas áreas, remetendo-as ao mundo da solidariedade, da realização do bem comum pelos indivíduos, através de um trabalho voluntário não-remunerado. (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p. 154).

Para suprir este financiamento, o Estado realiza incentivos fiscais às entidades filantrópicas e ao terceiro setor, visando contribuir com a seguridade social, se desresponsabilizando de suas obrigações sociais, em que “em cada conjuntura, as conquistas e/ou regressão de direitos resultam de embates políticos e, nesse *front*, os interesses do capital têm prevalecido” (BEHRING e SANTOS, 2009, p. 17). Verifica-se, desta forma, a relação das políticas sociais com a economia e articulada à luta de classes, em que o acesso ou não à proteção social depende tanto da capacidade de organização dos trabalhadores como de intervenção estatal.

Na atualidade, se faz necessário refletir sobre as condições de acesso à proteção social que estão cada vez mais restritas e que deixam de fora, pelas suas condicionalidades, um crescente número de pessoas que vive em condições insalubres. De acordo com Boschetti (2009, p.8), “[...] a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que

conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)”.

Assim, a seguridade social brasileira é composta pelos dois modelos desenvolvidos nos países capitalistas, apresentando características tanto universais de modelo Beveridgiano quanto características de seguros, como o modelo Bismarkiano, em que a previdência social,

É um tipo de proteção limitada, que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à seguridade social. Nesta lógica, só tem acesso aos direitos da seguridade social os chamados “segurados” e seus dependentes, pois esses direitos são considerados como decorrentes do direito do trabalho. Assim, se destinam a quem está inserido em relações formais e estáveis de trabalho e possuem duas características centrais. Primeiro, são condicionados a uma contribuição prévia, ou seja, só têm acesso aqueles que contribuem mensalmente. Segundo, o valor dos benefícios é proporcional à contribuição efetuada. (BOSCHETTI, 2009, p. 3-4).

Como apresentado pela autora, o acesso aos direitos previdenciários existe para aqueles que contribuem com a mesma. Se não há oferta de emprego a todos os cidadãos, não se tem acesso à proteção desta política, a não ser através de contribuição autônoma. Mas, se não há rendimento suficiente para se manter e contribuir autonomamente, não se tem acesso aos benefícios da previdência e, para esses, restaria o recurso à assistência social. Porém, a assistência social, como proteção social, também é outra política a ser refletida. Segundo a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), N.8742/1993, esta política, em seu artigo 1º, é definida como:

Direito do cidadão e dever do Estado, é política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 2013, p. 143).

Se a assistência social é destinada para aqueles que dela precisarem, ela teria que dar conta dos que não conseguem voltar ao mercado de trabalho e dos que são incapacitados para ele. Mas a política de assistência social, além dos seus serviços e programas, prevê o



Benefício de Prestação Continuada (BPC), que garante um salário mínimo mensal apenas para pessoas com deficiências e idosos, estabelecendo, ainda, critérios para sua concessão. De acordo com o site da previdência social, para o acesso ao BPC é necessário que a renda *per capita* não ultrapasse  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, sendo que para o idoso a idade deve ser superior a 65 anos e para a pessoa com deficiência que as limitações sejam de longo prazo, dentre outros requisitos.

Neste sentido, o BPC, gestado pela previdência social, destina-se somente aos incapacitados para o trabalho, reafirmando uma lógica não social, mas que deveria ser um benefício complementar a ele, não destinado somente na incapacidade da pessoa.

Reconhecer o direito à assistência social no âmbito da seguridade social não significa defender ou desejar que essa política seja a referência para assegurar o bem-estar ou satisfazer às necessidades sociais no capitalismo, pois adotar essa posição seria ter como horizonte uma sociedade de assistidos (BOSCHETTI, 2009, p. 7).

A assistência social deveria ser “[...] um direito complementar que contribui para a redução da desigualdade social, não sendo incompatível com o trabalho e que não deve substituir o trabalho” (BOSCHETTI, 2009, p. 8). Esta política deveria integrar a seguridade social, estabelecendo benefícios que complementassem a renda para todos que necessitassem, mas realiza o repasse do BPC nas condicionalidades acima descritas, reafirmando um acesso seletivo à sua proteção.

Verifica-se, deste modo, que as políticas sociais brasileiras caracterizam-se por serem “setorializadas e fragmentadas”, como colocam as autoras Behring e Boschetti (2009), em que a política da assistência social acaba criando mecanismos de condicionalidades e seletividade, pois não consegue atender à crescente demanda de desempregados que também estão fora da cobertura previdenciária. Como o financiamento da seguridade social depende de orçamentos do Estado, é necessário um equilíbrio na economia para acontecer estes repasses. O que se verifica são prioridades, por parte do Estado, para responder às relações econômicas do que as sociais.

As últimas décadas foram de retração dos direitos face à universalização das relações mercantis, em que nada parece escapar à força, ao controle e direção do sistema do capital que submete todas as dimensões da vida social ao valor de troca, agudizando as expressões da questão social. (BEHRING e SANTOS, 2009, p. 15-16).

As políticas sociais são condicionadas às políticas econômicas e o que ocorre são cada vez mais prioridades econômicas e de mercado em detrimento de prioridades sociais, o que faz com que a proteção social receba poucos repasses e não consiga cobrir o crescente número de desempregados, como também os que estão incapacitados para o mercado de trabalho.

A única proteção universal assegurada pela seguridade social é o acesso à saúde, uma conquista dos movimentos da reforma sanitária, que reivindicava os serviços de saúde de modo universal e descentralizados, com ações preventivas e desvinculando o conceito de saúde à ausência de doenças. De 1923 a 1988, o Brasil baseou-se na lógica dos seguros sociais dos princípios de Bismarck, estabelecendo critérios para se ter acesso à previdência e à saúde, em que a saúde estava condicionada ao trabalho formal (BOSCHETTI, 2009). Assim, quem possuía contrato de trabalho ou podia pagar pelos serviços privados tinha acesso e quem não possuía recebia ações de saúde através de campanhas do governo ou através da filantropia. O movimento surge, então, para reivindicar a mudança desta estrutura.

O marco para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu através da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, propondo a reorientação da saúde pública e colocando-a como um direito social destinada a todos (AGUIAR, 2015). Porém, o acesso à saúde é outra política que merece destaque. O acesso aos serviços de saúde de qualidade atualmente, ainda está condicionado a quem pode pagar, pois a saúde pública encontra-se precária, sucateada e, muitas vezes, não se consegue sequer o atendimento em unidades básicas, pois o que se verifica é a mercantilização do acesso à saúde por aqueles que podem pagar, e o acesso à saúde precária, de longa espera, por aqueles que não podem pagar.

A realidade da seguridade social na conjuntura capitalista brasileira mostra milhares de pessoas vivendo em condições insalubres, subumanas, que não estão protegidas nem pela assistência nem pela previdência, enfrentando longas filas para atendimento no SUS e

vivenciando as mais variadas expressões da questão social. Portanto, a proteção social estabelecida através da seguridade social deveria assumir o papel que lhe foi concedido com a Constituição, pois só assim se concretizará o acesso à cidadania, sendo que para isso é indispensável à intervenção estatal. Articulado ao papel do Estado, é preciso muita resistência da sociedade e de todas às categorias profissionais que acreditam na cidadania e na manutenção dos direitos que foram conquistados através de muita luta. É preciso a defesa da classe trabalhadora e da seguridade social como proteção social.

Logo, a seguridade social brasileira ainda tem um longo caminho a percorrer para avançar na sua cobertura, no acesso ao sistema de proteção previdenciário e assistencial e em relação a outros benefícios. Deve avançar no sentido de alargar a sua extensão para aqueles que estão desprotegidos, não apenas realizar reformas travestidas de “modernidades”, as quais não proporcionam o acesso e distanciam cada vez mais a classe trabalhadora do direito à produção e reprodução da sua vida em condições humanas.

Sendo a saúde o tema central deste trabalho, no capítulo seguinte será apresentada toda a trajetória percorrida para assegurá-la como um direito social na Constituição Federal de 1988, aprofundando o tema da reforma sanitária, viabilizador do acesso à saúde como um direito social e apresentando um breve histórico deste acesso no Brasil.

### 3 POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL

Como destacado no capítulo anterior, o acesso à saúde pública e gratuita, assim como outros direitos sociais, só foram assegurados com a constituição Federal de 1988. Até então, a saúde pública não era prioridade de intervenção estatal. Deste modo, será destacado o percurso da saúde no Brasil, apresentando um breve histórico desde o período colonial, aprofundando mais o tema após a década de 1930, quando se teve maior participação estatal nas políticas sociais, e apresentando os desafios postos na atualidade para a efetivação desta política.

Também será apresentada a trajetória de inserção profissional do Serviço Social na saúde e a sua forma de atuação, iniciada mais precisamente após 1945. Na atualidade, será apresentada a atuação destes profissionais no âmbito hospitalar, caracterizando a instituição viabilizadora do estágio supervisionado, bem como o trabalho do assistente social com gestantes usuárias dos serviços públicos de saúde.

Segundo Aguiar (2015), o acesso à saúde no Brasil acompanhou o mesmo período de evolução da previdência social, enfatizando ações de caráter ‘curativo e lucrativo’, em que a saúde “[...] no decorrer do tempo, convive de forma tensamente complementar com a assistência médica individual, filantrópica e previdenciária” (CONH et al., 2010, p. 13).

O início de uma movimentação em relação às ações sanitárias surgiu, ainda que muito pontual, no período Colonial e Imperial, que vai de 1500 a 1889, em que estas atividades tinham intuito de manutenção da economia. Logo após a proclamação da República, em 1889, com a abolição dos escravos e a substituição desta mão de obra pela assalariada, favoreceu-se a imigração de uma grande parcela de trabalhadores para a produção de café e indústrias, destacando-se, neste processo de imigração, a intensificação de diversas endemias e epidemias de doenças transmissíveis, como hanseníase, tuberculose, cólera, varíola, entre outras, que dizimavam a população e afetavam a exportação (AGUIAR, 2015).

Deste modo, as ações de saúde adotadas centravam-se na manutenção das relações econômicas, em que se destacam:

O saneamento dos portos por onde escoavam as mercadorias; a urbanização e infraestrutura nos centros urbanos, de maior interesse econômico e que eram muito insalubres (Salvador, Recife, Ouro Preto, Rio de Janeiro, Cuiabá e São Paulo); e campanhas para debelar as epidemias frequentes e prejudiciais à produção, que afetavam a imagem brasileira nos países com os quais o Brasil mantinha o comércio internacional (AGUIAR, 2015, p. 19).

Estas ações, além de visar somente questões econômicas, destinavam-se a parcelas das elites das classes dominantes, restando aos mais pobres alternativas como a medicina popular<sup>9</sup>. No período da Primeira República, que vai de 1889 a 1930, as ações voltadas à saúde ainda apresentavam-se da mesma forma do período anterior, visando o controle de epidemias nas áreas dos portos, surgindo somente mais tarde as campanhas sanitárias, caracterizadas por serem de modelo repressivo, pois vacinava-se a população de forma impositiva, desencadeando, em 1904, a revolta popular conhecida como revolta da vacina<sup>10</sup> (AGUIAR, 2015).

Além do modelo de saúde que se baseava nas campanhas sanitárias, houve o surgimento de outro modelo baseado na assistência médica da previdência social, iniciada através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)<sup>11</sup>, em que as empresas, governo e trabalhadores contribuam para este financiamento (COSTA e FERREIRA, 2013).

De 1930 a 1945, durante o governo de Getúlio Vargas, houve uma participação do Estado nas políticas públicas e ações de saúde baseadas nas campanhas sanitárias. Neste período, também, observa-se um grande investimento no setor industrial, desencadeando a migração descontrolada para os centros urbanos a procura de emprego, acentuando-se ainda mais os problemas de saúde então existentes (AGUIAR, 2015). As endemias e epidemias que já eram frequentes foram intensificadas no processo de industrialização, pois grandes contingentes populacionais aglomeraram-se em torno das fábricas, sem estruturas de habitação, higiene e saneamento, agravando ainda mais as condições de saúde.

---

<sup>9</sup> Uso de chás e sangrias (extração de sangue).

<sup>10</sup> Revolta da população em relação à vacinação obrigatória.

<sup>11</sup> Criadas a partir da Lei Eloy Chaves, em 1923.

O crescimento acelerado da indústria se dá à custa das condições precárias de trabalho, aumentando os riscos e problemas de saúde dessa população, que não contava com moradia e saneamento adequados. Dessa forma, aos problemas antigos de saúde da população (doenças endêmicas e epidêmicas) foram acrescidos outros decorrentes da inserção no processo produtivo industrial e das condições precárias do modo de viver, tais como acidentes de trabalho, doenças profissionais, estresse, desnutrição, verminoses, entre outros (AGUIAR, 2015, p. 24).

As ações do Estado neste período tinham o intuito de manutenção da força de trabalho para a produção e o acesso a saúde estava articulada à previdência social - assistência médica - disponibilizada pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais substituíram as CAPs (BATICH, 2004). Nesta época, ainda não se verificava uma saúde pública de modelo universal, mas sim ações seletivas de acesso para quem possuía contrato de trabalho formal ou quem detinha poder aquisitivo, restando à população que não se enquadrava nestas condições as ações de vacinação do governo.

É neste período, também, que se inicia a trajetória do Serviço Social na área da saúde, passando este a ser um setor que necessita cada vez mais da atuação destes profissionais. A crescente demanda se deu através da conjuntura advinda do capitalismo e todas as implicações que este modo de produção acarretava, como também pela ampliação do conceito de saúde<sup>12</sup>, que foi elaborado em 1948, favorecendo um trabalho profissional multidisciplinar (BRAVO e MATOS, 2004).

As ações dos assistentes sociais desenvolveram-se, inicialmente, de forma educativa em relação aos hábitos de higiene e os modos de vida da população atendida (BRAVO e MATOS, 2004). Os profissionais atuavam em programas da política de saúde, como a assistência médica dos institutos de previdência, que caracterizava-se por ser excludente e seletiva, pois não proporcionava o acesso universal aos usuários, designando ao assistente social a realização de triagem e seleção para a concessão de benefícios, os quais eram pagos pelos próprios trabalhadores (BRAVO e MATOS, 2004).

---

<sup>12</sup>Conceito que enfatizava aspectos biopsicossociais. Ver mais em Bravo e Matos (2004).

Não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório (CONH et al., 2010, p 15).

Neste período, as ações de saúde tinham características clientelistas e aconteciam através da meritocracia, seja no acesso aos serviços de saúde como na previdência, assistência, educação, etc., em que se destaca a centralidade no indivíduo e na capacidade de resolução dos seus próprios problemas (COSTA e FERREIRA, 2013). Foi durante este período, também, que ocorreu o início dos debates referentes às ações de saúde que eram desenvolvidas.

Existiam dois grupos de sanitaristas que defendiam propostas distintas: os que defendiam a manutenção do tradicional modelo de sanitarismo campanhista e a prática higienista [...] e os que desenvolviam a corrente de opinião do sanitarismo desenvolvimentista, sob o argumento da relação entre o nível de saúde da população e o grau de desenvolvimento econômico do país (AGUIAR, 2015, p.27).

No entanto, segundo a autora, mesmo com a existência de grupos questionando o atual modelo de saúde à época, as propostas defendidas não foram viabilizadas, devido à escassez de recursos que eram destinados à saúde pública. Já no período da ditadura militar, entre 1964 e 1984, o modelo de saúde ainda caracterizava-se pelas instituições previdenciárias e pelos serviços privados de saúde:

No campo da saúde, implantou-se, de modo gradual e intenso, um sistema de saúde caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde (AGUIAR, 2015, p. 29).

O Serviço Social, neste período da ditadura, passa por transformações que refletem as ações profissionais então desenvolvidas. Uma parcela de profissionais começa a questionar a

atuação conservadora de controle e repressão exercidos pelo Estado e pelo capital e esses questionamentos ganham intensidade entre a categoria profissional, mas logo foram cessados devido ao golpe de 1964 (BRAVO e MATOS, 2004). Houve o surgimento de uma modernização conservadora<sup>13</sup>, que exigiu do Serviço Social uma renovação em relação à atuação, recebendo “[...] influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais” (BRAVO e MATOS, 2004, p. 202).

Foi nesse período que ocorreu a unificação dos IAPS com o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), designando a este a gestão dos benefícios previdenciários aos trabalhadores, em que se destacam o fortalecimento dos setores privados de saúde que estabeleceram padrões baseados na lógica do seguro, acarretando na expansão de clínicas e hospitais privados para quem podia pagar. Já o acesso à saúde pública não era prioridade do Estado, caracterizando-se por ser insuficiente, escasso e sucateado (CONH et al., 2010).

O modelo de política econômica adotada na ditadura trouxe drásticas consequências à população, em que se destacam a “[...] concentração de renda, arrocho salarial, redução do poder de compra do salário mínimo, aumento de preços, colapso dos serviços públicos de saúde e transporte e precárias condições de vida para a população brasileira” (AGUIAR, 2015, p. 32). Já na década de 1970, há o aumento de gastos da previdência social com redes privadas de assistência médica, em que se destacam o desenvolvimento de “[...] grandes complexos de serviços médicos particulares” (BATICH, 2004, p. 35).

Em 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que tinha por objetivo diminuir os gastos previdenciários, implementando um sistema específico para tratar da assistência à saúde: o Instituto Nacional de Previdência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BATICH, 2004). Toda esta conjuntura contribuiu para a

---

<sup>13</sup> “O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios”. (BRAVO e MATOS, 2006, p. 6).



reivindicação popular, principalmente na área da saúde, que, articulada ao trabalho formal, destinava seu acesso somente para aqueles trabalhadores formais.

Cresce nesse período:

A insatisfação da sociedade e um clima propício para o surgimento dos movimentos sociais. Esses movimentos sociais denunciavam a ineficiência das estruturas de saúde pública e previdenciária, reivindicavam serviços de saúde e lutavam por melhores condições de vida à população menos favorecida. (AGUIAR, 2015, p. 31).

O movimento da reforma sanitária, que contou com a participação de “[...] liderança dos intelectuais da área da saúde coletiva, congregando estudiosos da saúde pública e da medicina social e de profissionais do setor público dos serviços de saúde” (CONH et al., 2010, p. 22), ocorrido entre as décadas de 1970 e 1980, decorreu desta insatisfação dos serviços de saúde. Fundando-se na noção de “[...] crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde” (FLEURY, 2009, p. 158), questionava a estrutura dos serviços e as ações então desenvolvidas, que caracterizavam-se por serem curativas e não preventivas.

O Serviço Social passa por este período da reforma sanitária sem realizar articulação com este movimento de luta pela saúde pública. As mudanças ocorridas no interior da profissão, as quais visavam a superação do serviço social tradicional, pode ter sido o fator para os profissionais não se articularem ao movimento (BRAVO e MATOS, 2004). Para os autores, a profissão na área da saúde desde 1945 não foi representativa, pois os profissionais não realizaram mudanças significativas em relação às práticas institucionais.

As reivindicações do movimento da reforma sanitária centravam-se na saúde coletiva, democrática, de acesso a todos e de responsabilidade estatal, como também questionava o então conceito de saúde utilizado, o qual se detinha na ausência de doenças, sem levar em consideração questões que também são determinantes para este processo, tais como habitação, trabalho, saneamento, etc. Através deste movimento, o conjunto da sociedade começa a perceber a importância do acesso universal à saúde como um direito, difundindo essa

consciência para toda a sociedade (FLEURY, 2009). As principais propostas colocadas pelo movimento da reforma sanitária foram:

A universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2001, p. 96).

O fator determinante para a viabilização da saúde como um direito social se deu através da VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>14</sup>, em 1986, ocorrida em Brasília, a qual “[...] criou um espaço importante para o debate dos problemas de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública” (AGUIAR, 2015, p. 37). Após a VIII Conferência, de acordo com Bravo (2001, p. 96):

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

A saúde foi assegurada como um direito social no artigo 6º da Constituição, junto com outros como “[...] a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2013, p. 36).

As conquistas da reforma sanitária foram um avanço para a política de saúde, pois unificaram os serviços, passando estes a serem descentralizados, universalizando o acesso e tornando a saúde um direito de todos e dever do Estado, em que desvincula-se os serviços de

---

<sup>14</sup> “[...] participação de cerca de 5.000 pessoas, representantes dos diversos movimentos sociais, movimentos populares de saúde, trabalhadores, usuários, estudantes e intelectuais da saúde, parlamentares, sindicatos, entre outros” (AGUIAR, 2015, p. 37).

saúde somente aos trabalhadores formais, possibilitando também, a ampliação do seu conceito:

A saúde passou, então, a ser definida como produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida- biológica, social, econômica, cultural, particularmente das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza por meio do trabalho. Essa noção de saúde reconhece que as formas concretas de vida em sociedade são também decorrentes da organização das relações sociais de produção e, conseqüentemente, da inserção dos cidadãos no sistema e de como se mantém e se reproduzem socialmente (REZENDE e CAVALCANTI, 2006, p. 70).

Assim, “[...] fatores como alimentação, saneamento, habitação, renda e trabalho são percebidos como condição para se ter saúde” (CONH et al., 2010, p. 29). Foi através da Constituição Federal de 1988, a qual assegurou a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, que se implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, um dos maiores sistemas públicos que garante o acesso da população aos seus serviços, de forma universal e gratuita.

O SUS foi regulamentado através da Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que o define em seu artigo 4º como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, a Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público constitui o Sistema único de Saúde- SUS. (BRASIL, 2013, p. 641).

E no art. 7º constam os princípios desta política:

I-Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II- Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; IV- Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VI-

Utilização de epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; Participação da comunidade; VII-Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X-Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI-Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação e serviços de assistência à saúde da população; XII- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 2013, p. 644-645).

O movimento da reforma sanitária possibilitou, também, a participação da sociedade no controle social da política de saúde:

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de os setores organizados da sociedade civil participarem desde suas formulações – planos, programas, projetos -, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. (CORREIA, 2009, p. 125).

É através dos conselhos, “[...] instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários e gestores públicos” que a sociedade civil realiza o controle social (CORREIA, 2009, p. 125).

Apesar de todos os avanços e direitos assegurados com a Constituição de 1988, o Estado deu outro direcionamento ao papel que lhe cabia. Com a hegemonia da política de ajuste neoliberal, o Estado transferiu suas responsabilidades à sociedade civil e ao terceiro setor, e esta hegemonia “[...] tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (BRAVO, 2001, p. 100).

Conforme os autores, o projeto político de economia neoliberal de contenção de gastos e estado mínimo em curso no Brasil estava em confronto com o projeto da reforma sanitária. Na segunda metade dos anos 1990, a política de saúde sofre ajustes e o Estado consolida um projeto articulado ao setor privado, indo na contramão dos princípios do projeto da reforma sanitária,

[...] pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado, cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores (BRAVO E MATOS, 2004. p. 204- 205).

Estas características da política de saúde implementadas pelo mercado privado também estavam em confronto com o projeto ético-político do Serviço Social, que rebateram nas diferentes ações profissionais requisitadas aos assistentes sociais.

O projeto privatista demandava do assistente social ações de seleção socioeconômica, atuação psicologizante através de conselhos, ações de fiscalização, assistencialismo através da ótica do favor e práticas individuais, enquanto o projeto de reforma sanitária demandava do assistente social ações de democratização ao acesso à saúde, atendimento de forma humanizada, interação de instituições de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, trabalhos em grupos, acesso à informação e participação dos cidadãos (BRAVO e MATOS, 2004).

A partir de 1990, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) passa a participar de diversos espaços na luta pela saúde pública e a desenvolver estratégias para o fortalecimento desta política como:

[...] a intervenção da entidade no debate sobre a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos (NOB-RH); o aprofundamento da questão da humanização e acessibilidade no CNS; a intervenção, em conjunto com outras entidades, para a legalização dos cursos de residência para os profissionais não médicos; a discussão sobre a relevância do assistente social na composição das equipes do PSF (Programa de Saúde da Família), enquanto estratégia de melhoria da qualidade do atendimento. (BRAVO e MATOS, 2004, p. 208-209).

Atualmente, o trabalho dos assistentes sociais nesta política efetiva os direitos dos usuários à saúde, cabendo aos profissionais incorporar conhecimentos que articulem os projetos da reforma sanitária e o projeto ético-político da profissão, pois é referenciando estes

que o profissional responde com qualificação às necessidades dos usuários, cabendo ainda a articulação com outros segmentos que defendam o SUS (BRAVO e MATOS, 2004).

No Brasil, ainda estão em curso os dois projetos de saúde que foram explicitados: o projeto da reforma sanitária *versus* o projeto privatista (BRAVO e MATOS, 2004). Isto reafirma que a política de saúde é mais um direito da seguridade social que está subordinado à lógica econômica, como uma mercadoria para quem pode pagar e uma política de saúde sucateada para o acesso de quem não pode pagar, ou seja, uma política pobre para pobres.

Nota-se que o acesso à saúde no Brasil acompanhou uma longa trajetória para sua efetivação como um direito social, passando de campanhas sanitárias e pontuais à assistência privada da previdência, percorrendo um longo caminho até ser efetivado como uma política pública de acesso universal. E quando se conquista este direito, garantido constitucionalmente, implementam-se projetos neoliberais que minimizam as ações do Estado nas intervenções sociais, dificultando a efetivação dos serviços de saúde nos moldes concebidos pela reforma sanitária.

As políticas sociais que integram a seguridade social, nesta perspectiva neoliberal, não contemplam o que está previsto constitucionalmente. Apresentam características de uma sociedade que carrega na sua história não a perspectiva do acesso ao direito e a cidadania, mas sim, através das benesses, favores e concessões por parte de uma elite que solidariza-se com os problemas sociais.

O acesso à seguridade social é condicionado ao trabalho formal, pois a previdência é um seguro social e a assistência aos incapacitados ao trabalho. A política que contempla este sistema universal encontra-se sucateada, com hospitais superlotados, em que o atendimento básico não consegue atender à crescente demanda de usuários, empurrando para os serviços de alta complexidade as demandas reprimidas, que também não são atendidas, a não ser as de caráter de urgência/emergência.

Não se verificam os princípios da reforma sanitária que priorizam ações preventivas de saúde, pois a falta de acesso aos serviços contribui para a automedicação dos usuários que não conseguem atendimentos, implicando, muitas vezes, no diagnóstico tardio de doenças, além de outras complicações do uso indevido de medicamentos sem orientação médica.

Corroboram para práticas curativas de doenças que tanto foram discutidas durante a reforma sanitária, as quais poderiam ser evitadas se o atendimento integral destes serviços contemplasse as demandas, sendo ofertadas de forma preventiva.

O SUS na prática não se efetivou com as propostas da reforma sanitária, pois “[...] foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado” (BRAVO, 2001, p. 107). Porém, este sistema apresenta algumas reivindicações da reforma sanitária, como a universalização do acesso, a descentralização dos serviços e o controle social com a participação da sociedade, mas,

[...] ainda não superam algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida/exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual (COSTA, 2009, p. 310-311).

O grande desafio para consolidar a saúde como um direito consiste em implementar o projeto da reforma sanitária, assumindo os compromissos dos princípios e diretrizes do SUS. Para assegurar esses direitos, além da intervenção estatal de forma eficaz nas políticas sociais, é preciso a consciência da sociedade na ocupação dos espaços em que estas políticas estão sendo discutidas, através dos conselhos, por exemplo, exercendo o controle social e ampliando a possibilidade de conhecimento dos serviços para a reivindicação e acesso aos direitos. Miotto e Nogueira (2009, p. 280) destacam que:

A perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõem de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração e as ações e serviços de saúde.

Conforme Matos (2013, p. 64):

É nas lacunas geradas pela não implantação efetiva do SUS que o profissional de serviço social vem sendo demandado a intervir. Por meio de sua atuação profissional, o assistente social tem sido o profissional que vem constituindo o elo invisível do SUS.

Portanto, é nesta relação de garantia de direitos, ou como diz Miotto e Nogueira (2009, p. 282), “[...] na lógica do direito a ter direitos, o que, na área da saúde, reflete uma visão de cidadania estratégica, baseada na organização em torno das necessidades de saúde, que no caso, não estão reduzidas a atenção médica”, que o exercício profissional do assistente social abrange o acesso à informação, a mobilização da classe trabalhadora na busca pelos espaços de tomada de decisão, de inserção em programas, serviços e benefícios, entre outros que garantam o direito à saúde. Deste modo, o próximo item irá discorrer sobre o trabalho do assistente social na área da saúde pública, mais precisamente na saúde hospitalar, destacando as atividades desenvolvidas por esses profissionais com um segmento específico: as gestantes usuárias do SUS.

### 3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM MULHERES GESTANTES

O Serviço Social é uma profissão que “[...] tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (IAMAMOTO, 2015, p. 27). Uma profissão que trabalha com políticas sociais públicas, as quais respondem às mais variadas expressões da questão social, inserindo-se em várias instituições públicas e privadas, atuando em diversas áreas, sendo a saúde uma delas.

O profissional do serviço social caracteriza-se como um trabalhador da saúde através da Resolução nº 383 de 29/03/1999 do CFESS, que destaca que as ações profissionais desenvolvidas na área da saúde são dimensões que complementam-se sendo indissociáveis, tais como: “[...] Ações Assistenciais; em Equipe; Socioeducativas; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional” (CFESS, 2009, p. 21).



O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), por ser uma instituição pública que oferta serviços de saúde, contempla profissionais assistentes sociais, sendo também campo de estágio para o Serviço Social. A instituição HUSM, viabilizadora do desenvolvimento do estágio supervisionado I e II, é considerada o maior hospital público do interior do Estado, realizando atendimentos que abrangem 45 municípios e concentrando sua atuação na região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul (RS).

De acordo com o site do HUSM, a instituição é referência no atendimento de urgência e emergência e oferece, atualmente, 403 leitos para internação. Caracteriza-se por ser uma instituição pública que presta serviços de saúde 100% SUS, atuando também como um hospital-escola que integra a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), desenvolvendo o ensino, a pesquisa e a assistência em saúde.

Na instituição, o Serviço Social existe desde 1975 (Informação Verbal)<sup>15</sup>. Atualmente, até o primeiro semestre de 2017, período de finalização do estágio, o Serviço Social contava com profissionais de referência lotados nos setores do pronto-socorro, ambulatórios, quimioterapia, clínica médica I e II, hematoterapia, reabilitação, materno-infantil e pediatria, internação domiciliar e psiquiatria, totalizando 21 profissionais.

Os assistentes sociais na instituição inserem-se na unidade de reabilitação do paciente, que caracteriza-se por ser um espaço de assistência integrada ao processo de ensino, pesquisa e extensão, o qual atende os pacientes que precisam de cuidados especializados em reabilitação, bem como funciona como um espaço multiprofissional que visa à recuperação integral de saúde.

As expressões da questão social, fundamento da atuação dos assistentes sociais, apresentam-se no cotidiano do fazer profissional, os quais respondem as demandas emergentes previamente estabelecidas pelas instituições empregadoras, como também às demandas apresentadas pelos usuários. Na área da saúde pública hospitalar, o trabalho profissional ocorre da maneira como apresenta Torres (2009, p.09):

---

<sup>15</sup>Segundo informações obtidas pelas funcionárias do setor. Não foi encontrado nenhum documento que apresentasse o histórico da inserção do Serviço Social na instituição, nem mesmo no site do HUSM. No Diário Oficial da União (DOU), somente no ano de 1986 se constata a designação de Nelson Ricardo Nunes Saucedo, administrador, para exercer a função de chefe do Serviço Social do Hospital Universitário - Setor Centro.

Ao ser contratado para prestar serviços nas organizações, o assistente social é designado a desenvolver atividades previamente determinadas pelos gestores, cujo foco principal é a operacionalização das políticas públicas, a execução de programas, projetos e serviços determinados pelas diversas esferas governamentais, nas quais se inserem as atividades constitutivas do trabalho.

A atuação profissional do Serviço Social com os usuários da saúde ocorre,

[...] desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal. (CFESS, 2010, p. 41).

No HUSM, o setor materno-infantil realiza atendimento às gestantes usuárias do SUS e o desenvolvimento do trabalho ocorre através de equipe multiprofissional (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e médicos). Este setor conta com duas assistentes sociais e o trabalho desenvolvido consiste em realizar atendimentos às usuárias e suas famílias, a fim de identificar as expressões da questão social vivenciadas por estas e fazer os devidos encaminhamentos. Todos os atendimentos às gestantes são realizados diretamente no leito, quando não abordarem assuntos constrangedores, como doenças sexualmente transmissíveis. Nestes casos, é realizado em uma sala multiprofissional localizada no setor.

Para o atendimento das demandas, as profissionais fazem uso de instrumentos técnicos operativos, como entrevistas conjuntas e individuais, acolhimentos, preenchimento de formulários, visitas domiciliares e institucionais, encaminhamentos para programas, serviços e benefícios, os quais traçam objetivos, como apresenta Prates (2003, p. 06):

Os instrumentos e técnicas são, na verdade, estratégias sobre as quais se faz a opção de acordo com o contexto e o conteúdo a ser mediado para se chegar a uma

finalidade. Quanto maior nosso conhecimento teórico, mais ampla será nossa cadeia de mediações e maiores as nossas possibilidades de construí-las.

Quanto mais conhecimentos tiverem os profissionais assistentes sociais, mais vastas serão suas possibilidades de intervenção na vida dos usuários. Para o enfrentamento das expressões da questão social das usuárias gestantes, as profissionais realizam atendimentos que articulam serviços em rede sempre que necessário. Esta articulação ocorre via órgãos de proteção, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Juizado da Infância e Adolescência, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESFs), Conselhos Tutelares, Rede de Assistência, Educação e Jurídica, Promotorias, Delegacias e Secretarias de Assistência, Saúde e Educação de outros municípios, Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), entre outros.

Todos os atendimentos que demandam a ação das assistentes sociais na instituição apresentam expressões da questão social nas mais variadas formas e o trabalho multiprofissional realiza-se através de reuniões para a discussão das pacientes que necessitam deste atendimento conjunto em decorrência de problemas graves de saúde, todos os tipos de violência contra criança e adolescente, violência contra a mulher, violência contra o idoso, desemprego, subemprego, falta de planejamento familiar, pobreza, exploração e meios ilegais de adquirir sustento, drogadição, alcoolismo, etc. no intuito de contribuir para o enfrentamento dos mesmos. Estas ações caracterizam-se como articulação do trabalho em equipe:

Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como, por exemplo: na saúde da família, na saúde mental, na saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência (PCD), do trabalhador, no planejamento familiar, na redução de danos, álcool e outras drogas, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras) e nas situações de violência sexual e doméstica; Realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, às autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do assistente social (CFESS, 2010, p. 54).

Estes usuários atendidos no setor materno-infantil caracterizam-se por serem gestantes, recém-nascidos, crianças de 0 a 14 anos, gestantes que vêm para a realização do parto ou que apresentam alguma intercorrência de saúde durante a gestação, recém-nascidos pós-parto ou que apresentam alguma intercorrência de saúde e necessitam da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI Neonatal).

No entanto, as expressões da questão social que mais se destacam no setor materno-infantil são gravidez na adolescência, violência contra a mulher e crianças, abandono de bebês, negligência, maus-tratos, aborto e o desemprego, como a forma mais acentuada observada nos atendimentos. Todos os processos que envolvem a saúde/doença das usuárias relacionam-se com diversos fatores que:

[...] são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde, incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado. (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 12).

É na realidade de vida das usuárias dos serviços do HUSM que as assistentes sociais atuam na área da saúde, assegurando direitos, inserindo em políticas públicas, prestando informações e orientações, viabilizando o acesso à rede de serviços institucionais disponíveis, etc., pois o acesso a saúde vai além da ausência de doenças, relacionando-se com as condições de vida delas, sejam materiais, culturais e econômicas, que envolvem os condicionantes que determinam o processo de saúde/doença:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 2013, p. 641).

Os profissionais do Serviço Social possuem competências e atribuições privativas para o desenvolvimento do trabalho, as quais estão estabelecidas na Lei nº 8.662/1993 de Regulamentação da Profissão. No atendimento aos usuários, compete aos profissionais, por exemplo, prestar orientações à população atendida, encaminhar providências, identificar recursos, defesa de direitos, planejamento, organização e administração de benefícios e serviços sociais, etc. No que tange às atribuições privativas, por exemplo, destacam-se a coordenação, elaboração, execução, supervisão, avaliação de estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social, como a realização de vistorias, perícias, laudos e pareceres no que se trata de matéria de Serviço Social (CFESS, 2017, LEI Nº 8.662/1993).

Na área da saúde, os assistentes sociais atuam em quatro eixos: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 41). As ações profissionais predominantes na área da saúde são “[...] ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis” (CFESS, 2010, p. 42). De uma forma geral, os atendimentos realizados respondem a demandas cotidianas e emergentes em que as condições de vida das usuárias necessitam de respostas pontuais, caracterizadas como:

[...] emergências sociais que interferem no processo saúde/doença, bem como relacionam-se à demanda reprimida/déficit de oferta dos serviços de saúde e demais políticas sociais públicas e, sobretudo, relacionam-se às desigualdades econômicas, políticas e sociais e culturais a que está submetida a maioria da população usuária do SUS (COSTA, 2009, p. 317).

As ações emergentes são de caráter socioassistencial e destacam-se no processo de trabalho das assistentes sociais, pois “[...] referem-se às condições reais de vida dos usuários que se apresentam, como: desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário” (CFESS, 2010, p. 43).

No HUSM, por exemplo, as ações socioassistenciais emergenciais ocorrem via encaminhamentos para abrigos de puérperas e seus familiares quando estas não residem em Santa Maria ou quando estão com bebê internado na UTI, contribuindo para uma melhor acomodação; liberação de passagens para puérperas que não possuem recursos e necessitam acompanhar os filhos na UTI, visando garantir o direito destas mães a permanecer com seus filhos; liberação de refeições às puérperas que encontram-se com os filhos internados quando as mesmas possuem alta hospitalar, assegurando que estas recebam alimentações no decorrer do dia; fornecimento de produtos de higiene e roupas, bem como kits de nascimento para gestantes e puérperas que não possuem recursos, visando proporcionar o uso de materiais básicos diários; fornecimento de leites especiais para bebês que necessitam dos mesmos, garantindo o desenvolvimento saudável; fornecimento de medicamentos para as usuárias, contribuindo para a garantia do tratamento de saúde, etc.

Fidélis (2005, p. 1-2) destaca que “as ações emergenciais são tão dignas e necessárias quanto às demais ações, o que realmente faz a diferença são os objetivos pelos quais são desenvolvidas”. Estas ações emergenciais respondem às necessidades básicas das usuárias, mesmo que momentaneamente, contribuindo para a permanência delas acompanhando seus filhos no hospital em condições mínimas, mas,

[...] devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sociohistóricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. (CFESS, 2010, p. 43).

O Serviço Social também presta orientações e informações às usuárias de natureza socioeducativa, cujo serviço tem por finalidade “[...] assegurar aos usuários informações em relação às normas institucionais, aos serviços oferecidos, direitos, aos trâmites burocráticos, acesso ao prontuário, informações sobre os procedimentos realizados, terapêuticas administradas etc.” (COSTA, 2009, p. 317), e “devem-se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde” (CFESS, 2010, p. 55).

Algumas atividades destacam-se no desenvolvimento das ações socioeducativas pelos assistentes sociais na área da saúde, tais como “sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos” (CFESS, 2010, p. 56).

No HUSM, as informações e orientações prestadas pelo Serviço Social referem-se ao acesso aos direitos como, por exemplo, em relação aos serviços da instituição (alimentação, passagens) e se caracterizam como um dever do assistente social que é o de “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as” (CFESS, 2012, p. 29).

Os assistentes sociais informam sobre direitos específicos à condição de gestante (permanência de acompanhante de preferência da usuária durante a internação, parto e pós-parto) e/ou referentes aos direitos trabalhistas (licença-maternidade e afastamento por doença que possa trazer agravos a gestação) e previdenciários (acesso aos benefícios como salário-maternidade e auxílio-doença), contribuindo para a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 2012, p. 23).

Estes profissionais também orientam sobre a organização e planejamento familiar (métodos contraceptivos), tratamentos de saúde (câncer, doenças sexualmente transmissíveis, drogadição, alcoolismo, etc.), revelação de diagnósticos de doenças em conjunto com um profissional psicólogo, entre outros, com o intuito de “garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais” (CFESS, 2012, p. 29).

O Serviço Social também trabalha com adolescentes gestantes que consiste no acolhimento destas usuárias, informando sobre direitos escolares, como realizar trabalhos a distância, caso necessitem, orientando em relação ao planejamento familiar, como o uso de métodos contraceptivos, a organização familiar para a chegada do bebê, bem como a continuação dos estudos após o parto. Realizam trabalho com grupos de gestantes para esclarecimentos de dúvidas e direitos referentes ao parto, destacando a importância da

realização completa do pré-natal para o desenvolvimento saudável, tanto da mãe quanto do bebê, dentre outras dúvidas e informações.

As assistentes sociais desenvolvem o trabalho em rede quando as demandas necessitam, como acolhimento institucional de crianças na verificação de maus tratos ou negligência que ofereçam riscos a sua vida; em relação ao abrigo de crianças que são deixadas para a adoção; ou na possibilidade de inserir a criança em família ampliada (parentes próximos da criança); encaminhamento aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de usuárias de drogas ou álcool; trabalho em equipe multiprofissional (assistente social e psicóloga) nos casos de violência contra a mulher e casos de aborto, etc.

A atuação das profissionais geralmente caracteriza-se como intervenção educativa, a qual constitui o processo de trabalho do assistente social, que possibilita a emancipação destas usuárias através da compreensão do acesso à saúde e a outros serviços como um direito e questão de cidadania, quando elas desconhecem os mesmos, pois “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2013, p. 641). Em relação a esta intervenção educativa Iamamoto (2007, p. 40) destaca que:

Atuando em organizações públicas e privadas dos quadros dominantes da sociedade, cujo campo é a prestação de serviços sociais, o Assistente Social exerce uma ação eminentemente ‘educativa’ e ‘organizativa’ para as classes trabalhadoras. Seu objetivo é transformar a maneira de ver, de agir, de se comportar e de sentir dos indivíduos em sua inserção na sociedade. Essa ação incide, portanto, sobre o modo de viver e de pensar dos trabalhadores, a partir de situações vivenciadas no seu cotidiano, embora se realize através da prestação de serviços sociais, previstos e efetivados pelas entidades a que o profissional se vincula contratualmente.

Deste modo, como apresenta Costa (2009, p. 340), o objetivo do trabalho do assistente social na área da saúde,

[...] é composto por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde.



São contradições que se expressam, por exemplo, no fornecimento de medicamentos, leites, roupas, kits de nascimento e higiene, os quais ocorrem através da Associação dos Amigos do HUSM, que caracteriza-se por ser uma Organização Não-Governamental (ONG) que tem por objetivo proporcionar aos pacientes e seus familiares bem-estar. É notável que a atuação desta associação contribui para que as usuárias tenham condições mínimas de permanência junto aos seus filhos, com o mínimo de dignidade no que tange ao acesso a materiais básicos de higiene, bem como medicamentos para o tratamento de saúde. No entanto, o assistente social depende da benevolência da atuação de ONGs para responder às demandas emergentes destas usuárias, visto que, mais uma vez, o Estado se desresponsabiliza, transferindo ao voluntariado e ao terceiro setor demandas que cabem a ele responder.

Os abrigos também atuam como ONGs, complementando as ações estatais, quando a falta deste, de políticas públicas ou equipamentos municipais não atendem estas demandas, o que contribui para expandir o terceiro setor e a desresponsabilização do Estado. A crítica não se faz no trabalho exercido pelas ONGs, mas no sentido de que não existe acesso a recursos públicos para o atendimento destas demandas e nem mesmo equipamentos municipais como abrigos. Não se pode contar com a benevolência de ONGs para arrecadar doações da sociedade, mas sim cobrar que o Estado assuma suas responsabilidades, efetivando serviços públicos e compreendendo-os como direito de cidadania.

Verifica-se, também, que as mulheres em condição de gestante possuem uma série de direitos que garantem seu bem-estar e do bebê durante toda gestação e após ela. São direitos que compreendem desde a garantia ao pré-natal a direitos hospitalares e previdenciários. No entanto, a vivência do estágio possibilitou a observação, durante os atendimentos realizados, de que as gestantes usuárias dos serviços do HUSM não tinham informações precisas acerca desses direitos e, conseqüentemente, não havia o acesso a eles. Desse modo, o próximo capítulo abordará os direitos sociais aos quais as mulheres gestantes têm direito, bem como as condições de acesso aos mesmos.

#### 4 DIREITOS SOCIAIS PARA MULHERES GESTANTES

Este capítulo aborda os direitos sociais que mulheres gestantes têm garantidos e as condições para o acesso na atualidade, trazendo para o debate as desregulamentações que o Estado vem realizando, através de reformas, e as implicações que estas mudanças podem ocasionar no que tange ao acesso aos mesmos. O capítulo também discorre sobre o projeto de intervenção realizado no estágio obrigatório II apresentando todo o processo de escolha, de planejamento e de realização do mesmo.

Segundo Couto (2010), os direitos sociais caracterizam-se por serem de segunda geração, pois os de primeira dizem respeito aos direitos civis e políticos. São “[...] exercidos pelos homens por meio de intervenção do Estado, que é quem deve provê-los” (COUTO, 2010, p. 35), fundamentando-se na perspectiva da igualdade, pois decorrem das desigualdades produzidas pela sociedade capitalista e a sua efetivação ocorre por meio de intervenções estatais através de políticas públicas.

Para Bobbio (1992), todos os direitos do homem são históricos, conquistados através de lutas que têm por objetivo transformar as condições de vida para a emancipação humana, sendo que os direitos sociais “[...] exigem, para sua realização prática, ou seja, para a passagem da declaração puramente verbal à sua proteção efetiva, a ampliação dos poderes do Estado” (BOBBIO, 1992, p. 35). Conforme a sociedade vai se transformando e quanto mais acelerado se der este processo, as reivindicações por direitos sociais vão se tornando mais volumosas.

No Brasil, a efetivação dos direitos sociais concretiza-se a partir da Constituição de 1988, que passa a assegurá-los com a mesma isonomia<sup>16</sup> para todos os cidadãos. As mulheres, no entanto, dispõem de direitos mais específicos quando se encontram na condição de gestante, sejam eles previdenciários, trabalhistas, de saúde ou decorrentes da gestação.

A realização do pré-natal é um dos direitos prioritários a esta condição que deve ser gratuita e de qualidade, ofertada na rede de saúde de referência da gestante. Seu acesso está

---

<sup>16</sup>Todos são iguais perante a lei.

garantido no art. 3º, II, da Lei nº 9.623 de 12 de janeiro de 1996, que traz entre outras garantias, o planejamento familiar, que caracteriza-se por ser o “[...] conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996, art. 2º). Durante a gestação, a mulher também terá prioridade em atendimentos, filas e assentos em transportes públicos (BRASIL, 2000, art. 1º).

Em relação aos direitos hospitalares, de acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2013), a gestante tem direito a atendimento respeitoso, gratuito e de qualidade no SUS. Também tem o direito de ter o fornecimento durante o pré-natal do cartão da gestante que deve conter todas as anotações sobre seu estado de saúde, bem como a do bebê, ter direito a acompanhante durante toda permanência hospitalar, inclusive na hora do parto, que “[...] pode ser alguém da família, amigo (a) ou a doula” (2013, p. 39), garantidos pela lei nº 11.108/2005. Após o parto, tem o direito de permanecer com seu bebê em alojamento conjunto.

Em relação aos direitos reprodutivos da mulher, o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2013) preconiza que a mulher tem direito de realizar laqueadura a partir dos 25 anos de idade e quando tiver mais de dois filhos, garantidos pela Lei nº 9.263/1996. Esta laqueadura pode ser feita durante o parto cesariano ou quarenta e dois dias após o mesmo. A mulher também deve ser informada sobre todos os métodos contraceptivos antes de optar pela laqueadura e ter acesso gratuito a estes pelo SUS: método injetável mensal, injetável trimestral, minipílula, pílula combinada, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte), Dispositivo Intrauterino (DIU), além dos preservativos (BRASIL, SUS, 2017).

As gestantes que estiverem estudando têm o direito de realizar suas atividades em domicílio a partir do 8º mês de gestação e durante três meses, podendo este período ser ampliado por motivos de saúde, inclusive na realização de exames finais, desde que comprovados por atestado médico e entregues à direção da escola, garantidos pela Lei nº 6.202/1975. Aos pais também é proporcionado o direito ao registro de certidão de nascimento do bebê emitido gratuitamente por qualquer cartório (BRASIL, 1973, art. 30º). O serviço de

registro de nascimento já está disponível em alguns hospitais públicos e no HUSM ele já existe.

Em relação aos direitos trabalhistas, as mulheres que possuem contrato de trabalho formal têm garantida a sua estabilidade no emprego, inclusive quando estiverem em contrato de experiência. Esta estabilidade vai desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto. Porém, para o usufruto da mesma, a confirmação da gravidez tem que ser realizada através de exame laboratorial e atestado médico que devem ser entregues ao empregador. Este direito à mulher gestante está garantido no art. 7º da Constituição, XVII, que dispõe: “licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias” (BRASIL, 2013, p. 37).

A mulher, após a licença-maternidade, também terá direito à dispensa do horário de trabalho para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas com o bebê. Este direito está garantido no artigo 392, § 4º, II, da CLT (BRASIL, CLT, 2017). O artigo 396 da CLT também garante à mulher dois descansos de meia hora cada durante a jornada de trabalho destinado a amamentação, até que o bebê complete seis meses de idade (BRASIL, CLT, 2017).

Há também, em casos de aborto espontâneo, a licença no período de duas semanas para as mulheres com contrato de trabalho, sendo esta remunerada, desde que o aborto seja comprovado por atestado médico. Este direito está garantido no artigo 395º da CLT (BRASIL, 2017).

Existem alguns direitos previdenciários que beneficiam a mulher enquanto gestante, até mesmo quando esta encontra-se desempregada. O salário-maternidade é um desses benefícios. De acordo com o site da previdência social, ele é pago a todas as seguradas que acabaram de ter um filho, seja por parto ou adoção. Porém, para se ter acesso ao mesmo, a previdência prevê algumas condicionalidades, como a carência de 10 meses trabalhados para as contribuintes individual, facultativa e segurada especial<sup>17</sup>; já para a mulher desempregada,

---

<sup>17</sup> Contribuinte individual (trabalhadores autônomos); contribuinte facultativa (pessoas com mais de 16 anos que não possuem renda própria, mas contribuem com a previdência); contribuinte especial (pessoas que se enquadram no regime de economia familiar).

além do período de carência, ela deve estar na qualidade de segurada, ou seja, dentro do prazo de 12 meses após ter deixado de exercer atividade remunerada.

O período de duração do benefício varia de acordo com a origem do mesmo. Em casos de parto, adoção de crianças até 12 anos de idade, guarda judicial ou natimorto, o benefício é pago durante o período de cento e vinte dias. Em casos de aborto espontâneo, o benefício terá a duração de catorze dias.

Conforme a Lei nº 8.213/1991, que dispõe sobre os planos de benefícios da previdência, as gestantes com contrato de trabalho podem solicitar o salário-maternidade na empresa após o parto, apresentando a certidão de nascimento, ou vinte e oito dias antes do mesmo, caso apresentem alguma intercorrência de saúde, desde que comprovada por atestado médico. As gestantes desempregadas podem solicitar o benefício junto à previdência social após o parto, apresentando a certidão de nascimento. Em casos de adoção ou guarda, o benefício é solicitado diretamente à previdência social através do termo de guarda ou da nova certidão de nascimento emitida. Em casos de aborto, a gestante com contrato de trabalho pode solicitar o benefício diretamente na empresa, a partir da ocorrência do mesmo, apresentando o atestado médico que comprove a situação. Se a gestante estiver desempregada, o mesmo é solicitado diretamente na previdência (BRASIL, 1991, art. 71º).

A Lei nº 8.213/1991 também prevê benefícios, como auxílio-doença, em casos que a gestante tiver alguma intercorrência de saúde durante a gravidez. Este auxílio é um benefício pago as seguradas que estiverem acometidas por alguma doença ou sofrido algum acidente que as deixem temporariamente incapacitadas para o trabalho. Para solicitar o mesmo, a segurada com contrato de trabalho deve preencher um requerimento gerado pelo sistema da previdência e levá-lo no dia da perícia com o carimbo e assinatura da empresa. Para o acesso a este benefício, estão previstas algumas condicionalidades: para as desempregadas, possuir carência de 12 contribuições, estarem na qualidade de seguradas e comprovarem que a doença as incapacite para o trabalho; para as gestantes com contrato de trabalho, é preciso que estas estejam afastadas há pelo menos 15 dias corridos ou intercalados no prazo de 60 dias (BRASIL, 1991, art. 59º).

No entanto, algumas mudanças estão previstas nos direitos trabalhistas e previdenciários que atingirão as mulheres. A Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017, conhecida

como Reforma Trabalhista, alterou a CLT, trazendo modificações e algumas implicações a partir de novembro de 2017. Conforme o atual artigo 394º-A da CLT, a mulher gestante ou lactante tem direito de afastar-se de qualquer atividade insalubre. Com a nova alteração na Lei da Reforma Trabalhista, a gestante só será afastada mediante apresentação de atestado médico que o recomende, porém com algumas condições que passam valer na nova regra:

Sem prejuízo de sua remuneração, nesta incluído o valor do adicional de insalubridade, a empregada deverá ser afastada de: I - atividades consideradas insalubres em grau máximo, enquanto durar a gestação; II - atividades consideradas insalubres em grau médio ou mínimo, quando apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomende o afastamento durante a gestação; III - atividades consideradas insalubres em qualquer grau, quando apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomende o afastamento durante a lactação. (BRASIL, 2017, art. 394º a).

O afastamento que antes era garantido passa a valer somente para as atividades insalubres consideradas de grau máximo, exigindo-se atestado médico nas atividades de grau mínimo e médio, e ainda, não sendo possível o exercício das atividades em local salubre, será considerada gravidez de risco, disponibilizando-se o afastamento e o salário-maternidade (BRASIL, 2017, § 3º). Esta reforma possibilita que mulheres grávidas e lactantes trabalhem em lugares insalubres, ainda que minimamente e que podem ser prejudiciais à própria saúde. O que antes era garantido, com a reforma passa a apresentar condicionalidades (atestado) para seu acesso.

Outro fator importante que também implica no acesso aos direitos das mulheres é a reforma da previdência que também está em curso no Brasil e a extensão do tempo de contribuição à previdência social, junto com a modificação da idade para obtenção da aposentadoria. Estes, entre tantos outros retrocessos, prejudicam a classe trabalhadora e beneficiam mais uma vez as relações mercantis e o capital. A previdência social, que antes permanecia para aqueles que realizavam contribuições através do contrato de trabalho formal ou através de contribuições autônomas, com a reforma da previdência aprovada se destinará a uma pequena parcela da população que conseguirá condicionar a idade mínima estabelecida com o tempo de contribuição para receber 100% do valor da aposentadoria.

De acordo com o site da previdência, após a reforma aprovada, a idade mínima para requerer o benefício integral é de 65 anos para homens e 62 para mulheres, somadas ao tempo de contribuição de 40 anos. É uma conta que não fecha ao levar-se em consideração que é preciso trabalhar 40 anos ininterruptos sem ficar desempregado durante este período para o recebimento integral da aposentadoria. Isso sem levar em conta ainda a questão de gênero envolvida neste processo, pois as mulheres poderão requerer a aposentadoria com 62 anos, mas não considera-se que estas têm dupla e, às vezes, tripla jornada de trabalho, recebendo salários inferiores, estando mais condicionadas ao trabalho doméstico e sem proteção.

Os movimentos de mulheres sustentam que a diferença se justifica à medida que as tarefas domésticas e o cuidado das crianças ainda recaem sobre as mulheres: que o Estado não assume a oferta de equipamentos de educação infantil, bem como outros equipamentos, a exemplo de restaurantes populares e lavanderias públicas, o que poderia aliviar a dupla jornada das mulheres; e que, no âmbito privado, os homens não dividem as tarefas domésticas com as mulheres. (CFEMEA, 2006, p. 29).

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016, p.80). “[...] as atividades relacionadas com os afazeres domésticos e cuidados têm impacto na inserção no mercado de trabalho, principalmente para as mulheres”. Em 2015, 54 milhões de pessoas estavam fora do mercado de trabalho e, destas, 69,0% eram mulheres. A jornada de trabalho doméstico para homens era de 10 horas por semana, enquanto para as mulheres esta jornada equivalia ao dobro; se somadas à jornada de trabalho formal, excedia a dos homens em 5 horas por semana (IBGE, 2016). O desemprego, a desigualdade de salários, a cultura da responsabilidade somente da mulher em gerir as atividades domésticas e a família gera implicações, por exemplo, na contribuição da previdência social e no acesso aos benefícios que ela garante, como o salário-maternidade.

Se antes as condições já eram desfavoráveis para se manter um sistema de proteção social, com as reformas aprovadas o sistema fica mais que fragilizado, fica sucateado, implicando na atuação profissional dos assistentes sociais, pois “[...] a constituição e institucionalização do Serviço Social como profissão na sociedade depende, ao contrário, de uma progressiva ação do Estado na regulação da vida social, quando passa a administrar e gerir o conflito de classe” (IAMAMOTO, 2015, p. 23).

É através da intervenção do Estado na criação de políticas públicas que os assistentes sociais trabalham e efetivam direitos na estrutura de desigualdades advindas da sociedade capitalista. Atualmente, o Brasil encontra-se diante de uma conjuntura de reformas previdenciárias e trabalhistas que desconfiguram os direitos sociais garantidos na Constituição de 1988. Estas reformas são apresentadas a sociedade como necessárias para resolver a crise econômica que o país enfrenta, mas geram retrocessos aos direitos antes assegurados, apresentando-se como “modernidades” por aqueles que as defendem.

Observa-se, também, que, apesar do Brasil possuir uma infinidade de direitos, principalmente às mulheres em condição de gestante, tema deste trabalho, verifica-se a violação destes por parte de instituições e serviços hospitalares. A violência obstétrica “[...] caracterizada por todos os atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva” (NASCIMENTO et al., 2017, p. 2015), vem sendo cada vez mais denunciada pelas mulheres que tiveram seus direitos violados.

Segundo o Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM), foi desenvolvido em 1996, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), um guia de boas práticas ao parto normal orientando sobre o que deve ou não ser realizado. Em relação às práticas que devem ser estimuladas, destacam-se o respeito à gestante sobre o local do parto, respeito à escolha dos seus acompanhantes, fornecimento de líquidos durante o parto e, após ele, respeito à liberdade de posição na hora do parto, entre outros. Em relação às práticas utilizadas de modo inadequado, destacam-se o não fornecimento de líquidos e alimento durante o parto, exames vaginais frequentes e realizados por diversos profissionais de saúde, uso rotineiro de episiotomia<sup>18</sup>, entre outros.

Apesar de existir um guia de condutas que devem ou não serem seguidas, as mulheres ainda sofrem violências no parto. Segundo a Pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo e o Serviço Social do Comércio (SESC), uma em cada quatro mulheres sofreu alguma violência no parto como “[...] uso de palavras de baixo calão, gritos, opressão, procedimentos desnecessários, como episiotomia, uso de fórceps e outras manobras não recomendadas pelo manual de boas

---

<sup>18</sup>Corte cirúrgico feito na região do períneo (entre a vagina e o ânus) para facilitar o parto normal.



práticas” (NASCIMENTO et al., 2017, p. 2015). Os direitos existem e são assegurados constitucionalmente, mas na prática a realidade difere.

Um dos questionamentos basilares nesse campo é o de que o Brasil tem uma legislação avançada em termos de direitos e de cidadania e, no entanto, apresenta uma realidade desigual e injusta, produzindo comumente um sentimento de descrédito e de desqualificação em relação às conquistas legais (CFEMEA, 2006, p. 11).

Se com acesso à informação as mulheres ainda encontram dificuldades para a garantia dos mesmos, sem esse conhecimento, além do não acesso aos seus direitos, corrobora para que eles sejam desrespeitados. No setor materno-infantil, onde foi desenvolvido o estágio supervisionado I e II, durante os atendimentos do Serviço Social, observou-se que as gestantes usuárias dos serviços do HUSM não tinham informações precisas sobre seus direitos, seja em relação aos serviços da instituição, direitos específicos à condição de gestante ou referentes a direitos trabalhistas e previdenciários. Desta forma, o próximo item irá discorrer sobre o projeto de intervenção desenvolvido e realizado no HUSM que teve por objetivo discutir os direitos sociais das mulheres gestantes e as possibilidades de acessá-los.

#### 4.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO: CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE SEUS DIREITOS EMQUANTO GESTANTES

Como descrito no item anterior, a proposta do projeto de intervenção “Conhecimento das mulheres sobre seus direitos enquanto gestantes” ocorreu pelas demandas observadas durante os atendimentos do Serviço Social às gestantes usuárias dos serviços do HUSM no decorrer do estágio I e II. De acordo com a análise institucional realizada e as observações dos atendimentos do Serviço Social durante a vivência do estágio, constatou-se que as mulheres gestantes usuárias dos serviços do HUSM não tinham informações precisas sobre o acesso aos seus direitos, seja em relação aos serviços da instituição, direitos específicos à condição de gestantes e referentes a direitos trabalhistas e previdenciários.

Poucas mulheres mostraram conhecer direitos trabalhistas, mas sobre direitos previdenciários e hospitalares elas não tinham conhecimento. Essa falta de informação

implicou no não acesso ao auxílio-doença, por exemplo, pois as gestantes que foram atendidas pelo Serviço Social tinham este direito garantido, mas não possuíam informações necessárias para solicitar o mesmo.

Desta forma, a construção de uma cartilha que apresentasse os direitos da mulher gestante é justificada, tendo em vista o desconhecimento destas usuárias sobre os serviços e direitos gestacionais. Esta cartilha foi pensada como uma forma de proporcionar a discussão e informação coletiva das usuárias acerca dos seus direitos e como uma intervenção de promoção da cidadania, pois esta faz parte do processo de trabalho do assistente social, possibilitando a emancipação das usuárias através da compreensão do acesso à saúde e a outros serviços como um direito. Em vista disso, a atuação do assistente social deve priorizar os princípios fundamentais do seu código de ética como a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 2012, p. 23).

A intervenção pensada não teve por objetivo resolver todas as demandas observadas no decorrer do estágio, até porque as de maior destaque relacionam-se com a infraestrutura da instituição. Pretendeu-se realizar uma metodologia diferenciada que proporcionasse às gestantes do setor materno-infantil o acesso à informação através de espaços de discussões, em que houvesse uma troca de saberes, o diálogo e a escuta destas usuárias.

O objetivo do projeto de intervenção consistia em construir coletivamente com as usuárias dos serviços do HUSM a cartilha dos direitos da gestante e possibilitar, através desta, uma ferramenta de acesso à informação sobre os seus direitos. Em relação aos objetivos específicos, centrou-se em possibilitar a participação destas usuárias no processo de construção da cartilha, podendo sugerir direitos que gostariam que fossem abordados; na realização de grupos, por ser um “[...] importante instrumento de apoio no trabalho desenvolvido em instituições” (MAGALHÃES, 2006, p. 50), possibilitando a informação e discussão do acesso aos direitos e na entrega da cartilha dos direitos da gestante às participantes dos grupos:

A dinâmica de grupo é um recurso que pode ser utilizado pelo Assistente Social em diferentes momentos de sua intervenção. Para levantar um debate sobre determinado

tema com um número maior de usuários, bem como atender um maior número de pessoas que estejam vivenciando situações parecidas. (SOUSA, 2008, p. 127).

Para o desenvolvimento e realização deste projeto, utilizou-se, primeiramente, como metodologia, o apontamento dos direitos que as gestantes atendidas pelo Serviço Social sugerissem. Após o levantamento acerca dos direitos sugeridos, realizou-se a revisão bibliográfica em leis em que estes fossem assegurados. Confeccionou-se a cartilha dos direitos da gestante e foram impressas 30 destas para serem distribuídas as participantes dos grupos.

Planejou-se, junto à supervisora de campo, a realização de quatro grupos, um por semana, totalizando quatro no mês, com data a ser combinada. A realização destes ocorreu no espaço multiuso de reuniões, situado no 2º andar do HUSM, respectivamente no setor materno-infantil. No dia da realização de cada grupo, foi feito o convite para as gestantes que estivessem internadas nos leitos do setor materno-infantil para participar deste espaço de discussão.

Para a realização dos grupos, foi desenvolvida uma dinâmica que caracteriza-se por ser “[...] uma técnica que utiliza jogos, brincadeiras, simulações de determinadas situações, com vistas a permitir que os membros do grupo produzam uma reflexão acerca de uma temática definida” (SOUSA, 2008, p. 127).

A dinâmica pensada foi de perguntas e respostas em que as participantes sorteavam questões relacionadas aos seus direitos e, após lerem, respondessem através de placas escritas “fala sério” para perguntas falsas e “com certeza” para perguntas verdadeiras, possibilitando, assim, que todas interagissem na dinâmica.

Para o processo de avaliação, tanto da cartilha como dos grupos, foram desenvolvidos formulários que seriam respondidos pelas gestantes participantes, os quais traziam as seguintes questões: Você considera importante o espaço como grupos para discussão e informação sobre seus direitos? Por quê? Você achou pertinente a realização de uma cartilha para informação sobre direitos gestacionais? Por quê? Através da realização deste grupo, você obteve conhecimento de algum direito que não sabia? Se sim, qual? De 0 a 10, qual nota você

daria para a realização de grupos? De 0 a 10, qual nota você daria para a cartilha? Sugestões para este grupo?.

O projeto também foi avaliado através de indicadores quantitativos e qualitativos:

A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos sociais apenas a região 'visível, ecológica, morfológica e concreta', a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. (DESLANDES, NETO E GOMES, 1994, p. 22).

Como indicador quantitativo, foi apresentada a quantidade de usuárias que participaram dos grupos e como indicador qualitativo se o espaço de discussão e a entrega da cartilha proporcionaram o conhecimento de direitos antes desconhecidos pelas usuárias e quais foram estes direitos.

Como já descrito, a cartilha foi construída dentro de um processo coletivo de participação, com 10 gestantes que estavam internadas nos leitos do setor materno-infantil e receberam atendimentos do Serviço Social. Dentre estas 10, 5 disseram não conhecer nenhum direito relacionado à gravidez e as outras 5 disseram conhecer alguns direitos trabalhistas e previdenciários. Quando solicitadas sugestões para a construção da cartilha, 7 sugeriram direitos trabalhistas, 2 prioridades em filas e atendimentos e 1 direitos relacionados ao auxílio-doença. Deste modo, estes direitos, entre outros, foram os que compuseram a cartilha.

Foi possível a realização somente de dois grupos, devido ao atraso na construção da cartilha, no prazo para a entrega do relatório final de estágio e pela organização institucional, pois esta disponibiliza a todos os profissionais residentes que integram a equipe multiprofissional uma sala para a realização dos grupos. Como a equipe multiprofissional conta com enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais, a disponibilidade do espaço foi dividida para que todos pudessem participar e realizar mensalmente dois grupos de gestantes para cada área descrita. Desta forma, o projeto de intervenção não conseguiu ser desenvolvido como foi planejado, através da realização de quatro grupos, mas somente de dois.

Para a realização dos grupos, uma hora antes prevista para o início dos mesmos foi passado nos leitos e realizado o convite às gestantes para participarem. Devido a várias gestantes estarem de repouso absoluto, abriu-se o espaço para que puérperas também pudessem participar, mas foi realizado um recorte, pois as puérperas que estavam com bebês na UTI não foram convidadas nem as que sofreram aborto, por motivos de fragilidade emocional.

Encontrou-se muita dificuldade na aceitação das usuárias para participarem dos grupos, pois algumas estavam em repouso, cansadas, com sono ou com visitas no momento do convite. A equipe multiprofissional informou que as gestantes são muito resistentes para aderir aos grupos pelos motivos acima descritos, mas que, depois de reforçadas algumas vezes o convite, elas acabavam participando. Desse modo, a equipe multiprofissional passou nos leitos mais de uma vez, com o intuito de conseguir uma maior participação destas usuárias.

Na realização do primeiro grupo, participaram 5 usuárias e 3 acompanhantes<sup>19</sup>, além de todos os profissionais da equipe multiprofissional do setor. A realização deste primeiro grupo foi satisfatória, pois a dinâmica de perguntas e respostas surtiu efeito. Todos participaram, inclusive os acompanhantes que trouxeram dúvidas referentes a direitos trabalhistas e previdenciários e foram esclarecidos quanto o acesso aos mesmos. Nesse espaço, tiveram a oportunidade também de receber outras informações da equipe multiprofissional que estava presente, como amamentação, alimentação, medicamentos, métodos contraceptivos, entre outros.

A principal dúvida entre os participantes era a dispensa da mulher do trabalho quando esta estivesse grávida. A maioria relatou que conhecia alguém que foi demitida enquanto estava grávida, e afirmaram ainda que sim, a mulher poderia ser demitida nesse período. Isso demonstra como a falta de informação correta corrobora para a não reivindicação dos direitos.

O direito à informação é direito fundamental do cidadão que deve ser assegurado a fim de robustecer a incidência de outros direitos igualmente fundamentais, como é o caso da democracia, da dignidade da pessoa humana, dos direitos sociais e da liberdade de expressão e de opinião. (SOUZA e JACINTHO, 2016, p. 342-343).

---

<sup>19</sup>Famíliares e companheiros das gestantes internadas.

Se os participantes soubessem que a mulher gestante tem garantida sua estabilidade e a licença “[...] sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias” (BRASIL, 2013, p. 37), poderiam tê-la reivindicado.

[...] o acesso à informação atua na formação cidadã do esclarecimento das políticas públicas adotadas pelo Estado, o que permite ao indivíduo promover a efetiva fiscalização e exigir o cumprimento do dever estatal em benefício da coletividade. (SOUZA e JACINTHO, 2016, p. 350).

Para o acesso a informação correta e a reivindicação dos direitos, é fator determinante o papel do Estado em garantir, disponibilizar e facilitar o acesso a informação:

O direito à informação é garantido a todos os cidadãos, seja para interesse particular ou coletivo, cujo devedor e provedor é o Estado. A liberdade de acesso à informação protege a garantia de liberdade, mas também garante (ou deveria garantir) a igualdade de acesso entre os sujeitos. (NASCIMENTO, 2007, p. 133).

Neste grupo, após a leitura dos formulários de avaliação, em relação à primeira pergunta que questionava se as participantes consideravam pertinente a realização de grupos para discussão e informação sobre os direitos, todas as participantes responderam que sim, escrevendo que o espaço era importante para o esclarecimento de dúvidas e acesso à informação. Na segunda pergunta, que questionava se as participantes consideravam importante a realização de uma cartilha para informação sobre direitos, todas responderam que sim, mas somente 3 escreveram porque. Uma gestante referiu que todo conhecimento é bem-vindo; outra referiu que nem todos conhecem seus direitos por isso se faz importante a cartilha; e uma terceira gestante referiu que a cartilha pode trazer informações às quais ela não teria conhecimento.

Em relação a terceira pergunta que questionava sobre o conhecimento de algum direito que antes desconhecia através da participação no grupo, três participantes responderam que sim e que obtiveram informações antes desconhecidas. Uma gestante referiu-se ao salário-maternidade, outra aos direitos trabalhistas e uma terceira sobre a realização da certidão de nascimento. Essas referências relacionadas a direitos trabalhistas se destacaram neste grupo, tendo em vista que as usuárias ou estavam empregadas ou estavam asseguradas pelo período de carência da previdência.

Em relação à avaliação da cartilha para a informação sobre os direitos gestacionais, quatro participantes deram nota 10 e uma deu nota 9. Na avaliação da realização dos grupos como espaço de discussão e acesso a informação, três participantes deram nota 10 e duas nota 9. No espaço do formulário que solicitava sugestões, uma participante escreveu para dar continuidade ao grupo e uma sugeriu informações sobre a alimentação da gestante.

Na realização do segundo grupo, participaram quatro usuárias, além da equipe multiprofissional. Este grupo teve características diferentes do primeiro, pois antes da realização do convite nos leitos é averiguado o caderno de internação da enfermagem<sup>20</sup> para convidar as usuárias que possam participar, levando-se em consideração o recorte já citado, excluindo as que sofreram aborto ou as que estão com bebê internado na UTI. Deste modo, neste dia, restaram poucas gestantes para participar.

As usuárias participantes desse segundo grupo encontravam-se desempregadas e não realizaram o mínimo de consultas do pré-natal que são seis. Todas estavam ou na terceira gestação ou mais e uma era dependente química, além de vivenciarem expressões da questão social como pobreza. Conhecer, previamente, o perfil dos usuários para os quais se vai direcionar as ações e intervenções se faz importante, pois é através deste conhecimento que realiza-se o planejamento das atividades que serão desenvolvidas ou a modificação das ações. Em relação à direção da intervenção profissional, Miotto e Lima (2009, p. 33) destacam que:

A intervenção profissional é apreendida em movimento dentro do processo histórico, profundamente condicionada pelas relações entre as classes na sociedade e direcionada tanto para as condições materiais quanto para as condições sociais de vida da classe trabalhadora.

No planejamento das atividades do projeto, “a hipótese é uma proposição anunciada para responder tentativamente a um problema; ou seja, é uma possível solução para o mesmo” (COTANDA et al., 2008, p. 66) ou “[...] a proposição que se faz na tentativa de verificar a

---

<sup>20</sup>O caderno de internação da enfermagem apresenta características das usuárias internadas em que consta o número de gestações e de aborto de cada usuária, doenças, se são dependentes químicas, se realizaram o mínimo de consultas do pré-natal, dentre outros.

validade de resposta existente para o problema formulado no projeto de pesquisa” (BALDISSERA, 1998, p. 106).

Porém, não avaliou-se a hipótese de realizar uma dinâmica diferente, caso as participantes do grupo estivessem desempregadas. Desta forma, diante desta realidade, disponibilizou-se espaço para que estas usuárias pudessem colocar dúvidas referentes a qualquer tema do seu interesse, possibilitando informações a direitos mais amplos, tendo em vista que as participantes do grupo anterior estavam relacionadas ao mundo do trabalho e estas encontravam-se desempregadas. Porém, do mesmo modo que o grupo anterior, todas as informações sobre os direitos contidos na cartilha foram passados, somente sem a dinâmica das perguntas.

Quando questionou-se sobre dúvidas das usuárias referentes a qualquer tema, elas responderam negativamente. As mesmas solicitaram informação específica para a inclusão no programa bolsa-família. Este grupo mostra a realidade de vida diversa quando comparam-se os dois grupos: no primeiro, as usuárias estavam, de certa forma, relacionadas às questões do mundo do trabalho e no segundo encontravam-se desempregadas, priorizando informações para o acesso a programas de transferência de renda, devido à falta ou insuficiência da mesma.

A impossibilidade de dar conta da própria vida faz do cotidiano uma condição de permanente incerteza, tanto mais aguda quanto mais afastado daquilo que a nova ordem estabelece como requerimento de cidadania, qual seja, a condição de pertencimento no espaço do mercado. É portador de direito todo aquele que, por seus próprios meios, consegue prover a vida. (JÚNIOR, 2007, p. 53).

Para o provimento da vida, é indispensável uma renda suficiente adquirida através do trabalho que garanta a satisfação das necessidades básicas, como alimentação, moradia, vestuário, etc. Porém, para estar em condições de trabalhar, é preciso que antes estas necessidades básicas sejam garantidas:

[...] o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, ou seja, o de que todos os homens devem ter condições de viver para poder



‘fazer a história’. Mas, para viver, é preciso antes de tudo beber, comer, morar, vestir-se e algumas outras coisas mais. O primeiro fato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitem satisfazer essas necessidades, a produção da própria vida material; e isso mesmo constitui um fato histórico, uma condição fundamental de toda a história que se deve, ainda hoje como há milhares de anos, preencher dia a dia, hora a hora, simplesmente para manter os homens com vida. (MARX e ENGELS, 1998, p. 21).

Este grupo demonstrou o quanto são diversos os perfis dos usuários do Serviço Social e como as intervenções mudam e relacionam-se com a realidade de vida dos sujeitos. Por exemplo, a prioridade do segundo grupo era o complemento da renda diante das possibilidades de vida destas usuárias para a garantia da reprodução de suas vidas e necessidades básicas.

Neste grupo, após a leitura dos formulários de avaliação, em relação a primeira pergunta que questionava se as participantes consideravam pertinente a realização de grupos para discussão e informação sobre os direitos, todas responderam que sim, mas somente duas escreveram porque. Referiram que o espaço dos grupos era importante para conhecer direitos e para o esclarecimento de dúvidas. Na segunda pergunta que questionava se as participantes consideravam importante a realização de uma cartilha para informação sobre seus direitos, todas responderam que sim, mas apenas uma escreveu porque: referiu que era importante falar sobre este assunto. Em relação a terceira pergunta que questionava sobre o conhecimento de algum direito que antes desconhecia através da participação no grupo, uma participante referiu-se ao programa bolsa-família.

Em relação à avaliação da cartilha para informação dos direitos gestacionais, duas participantes deram nota 10, uma deu nota 9 e uma deu nota 5. Em relação à avaliação dos grupos como espaço de discussão e acesso à informação, as quatro participantes deram nota 10. No espaço do formulário que solicitava sugestões, duas participantes escreveram para dar continuidade na realização dos grupos.

Após a leitura de todos os formulários de avaliações, constata-se que o alcance do projeto não contemplou o que se esperava, tendo em vista a resistência à participação diante dos fatores apresentados pelas usuárias que totalizaram apenas nove nos dois dias de grupo. Em relação à qualidade, constata-se que a realização dos grupos e a cartilha foram bem

aceitas pelas usuárias, apesar da baixa participação, pois obteve-se notas máximas e, ainda, sugestões para a continuidade dos mesmos, tendo em vista o espaço de acesso à informação que foi proporcionado.

A realização dos grupos possibilitou o acesso à informação sobre direitos antes desconhecidos pelas usuárias, pois quatro participantes relataram nos formulários de avaliação que obtiveram conhecimento. É gratificante saber que uma simples informação proporcionou o conhecimento destas usuárias, ainda que poucas. O projeto não se esgota nestes grupos, pois as demandas sempre existirão, mas a reflexão dele fica para novas propostas para a realização dos mesmos, visto que a equipe multidisciplinar já havia referido sobre a baixa participação das gestantes, o que foi constatado com a realização do projeto.

O que fica para se pensar é sugestão de criação de novas metodologias para a realização dos grupos por parte da instituição e dos profissionais da equipe multidisciplinar, visando uma maior aderência destas gestantes, tendo em vista que a realização destes acontece em uma sala que é disponibilizada no setor materno-infantil, mas não leva-se em consideração que estas encontram-se, muitas vezes, em repouso, cansadas, com visita no momento do convite, limitando a participação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se no decorrer deste trabalho, que as políticas sociais e os padrões de proteção social representados pela seguridade social brasileira estão condicionados às políticas econômicas, apresentando cada vez mais condicionalidades de seletividade como renda e idade para obtenção de benefícios, por exemplo, da política de assistência social, corroborando para o não acesso de todos aqueles que dela precisam, mas somente da população selecionada por este recorte. O Estado brasileiro vem priorizando responder demandas mercadológicas e econômicas em detrimento de prioridades sociais, contribuindo para um crescente desmonte de direitos, reformas e privatizações.

Em relação ao sistema de proteção previdenciário, o qual baseia-se na lógica de seguros, este atualmente encontra-se com o futuro incerto diante da aprovação de reformas que estão em curso, as quais vão distanciar cada vez mais a classe trabalhadora do acesso a sua aposentadoria integral, pois estabelecem determinados prazos de contribuições que não coincidem com a oferta de trabalho disponível no país, na qual, em 2015, conforme os dados apresentados neste trabalho, 54 milhões de pessoas encontravam-se desempregadas (IBGE, 2016).

Esta é uma contradição evidenciada quando for levado em consideração que a reforma da previdência determinará que se trabalhe por 40 anos ininterruptos para acessar integralmente a aposentadoria. As mulheres, neste processo, serão as mais atingidas, devido ao fato de estarem condicionadas ao trabalho doméstico, sem realizar contribuições autônomas e, conseqüentemente, não acessando benefícios previdenciários, pois conforme apresentado, dos 54 milhões de desempregados em 2015, 69,0% eram mulheres (IBGE, 2016).

A política de saúde, considerada uma política universal, atualmente também percorre o cunho mercadológico, em que o acesso de qualidade está assegurado para aqueles que podem pagar, restando uma oferta de serviços sucateada e precária à população destituída de recursos suficientes, os quais não podem fazer uso de planos e hospitais privados. Isso corrobora para um crescente número de desassistidos que buscam a automedicação quando não conseguem

atendimentos na rede pública de saúde. É uma realidade diversa e contraditória aos princípios do SUS, o qual apresenta a universalidade do acesso e a integralidade nos serviços, dentre outros, como fundamentais à política de saúde.

Isso confirma a visão dos autores abordados quando condicionam a efetivação da política social à economia, ao Estado e à luta de classes, em que a manutenção ou a conquista de novos direitos dependem prioritariamente da intervenção estatal, mas, principalmente, da reivindicação dos trabalhadores, fator essencial na realidade atual da conjuntura brasileira.

Verifica-se, também, como a falta de informação correta ou o desconhecimento de direitos corrobora para a não reivindicação dos mesmos, realidade observada no decorrer do estágio supervisionado e que foi determinante para a escolha do tema do projeto de intervenção, pois “a informação, a comunicação, a cultura e a educação devem estar no centro da construção social, devem ser os referentes na dinâmica da vida social, e assim atuar como vetores estratégicos para a efetivação dos direitos sociais” (NASCIMENTO, 2007, p. 222).

Para exercer a cidadania, é preciso ter informação e conhecimentos suficientes que possibilitem a reivindicação de direitos e, para isso, é fator determinante que todo cidadão os conheça, sendo imprescindível o acesso à informação correta. A cartilha dos direitos da gestante foi pensada como uma forma de intervir nesta realidade, como uma ferramenta de acesso à informação, possibilitando que as usuárias dos serviços de saúde do HUSM tivessem conhecimento sobre seus direitos. O projeto também pretendeu seguir os princípios do Código de Ética profissional do assistente social, o qual defende os direitos humanos e a garantia dos mesmos, a justiça social, o acesso às políticas sociais, a luta pela construção de uma nova ordem social sem dominação, exploração, dentre outros (CFESS, 2012).

Trazer para o debate a questão dos direitos das mulheres gestantes e a forma de acessá-los se faz importante, diante de uma conjuntura crescente de desmontes e violações dos mesmos. O Brasil possui uma Constituição rica em direitos, mas, na prática, o que se evidencia é a realidade perversa, contraditória e desigual de um país que não os garante, mas os viola, seja pelos próprios equipamentos públicos seja pela desresponsabilidade e o desgoverno do Estado. Somos uma nação construída desde seus primórdios na perspectiva das benesses, concessões e solidariedade das classes mais favorecidas para com os desprovidos,

exercendo-se a cidadania e acessando os direitos aqueles que por seu próprio mérito conseguem manter-se (JÚNIOR, 2007).

É diante desta realidade que a profissão de Serviço Social é fundamental na sociedade, pois estes profissionais, no cotidiano de suas atividades, possibilitam o acesso à informação para que os usuários conheçam e reivindiquem seus direitos, bem como proporciona a garantia dos mesmos. Faz-se importante, ainda nesta relação, que os assistentes sociais possibilitem aos seus usuários a compreensão dos seus serviços não como ajuda, mas como acesso a cidadania por sujeitos de direitos que todos são.

Como apresentado, o projeto de intervenção, pensado como um processo coletivo de participação na construção da cartilha e através da realização de grupos como um espaço de informação e troca de saberes, em termos de qualidade obteve notas boas, apesar da pouca aderência, pois a dinâmica realizada contribuiu tanto para o processo de reflexão, de pensar as infinitas possibilidades de intervenções do Serviço Social diante da diversa realidade de vida dos usuários, como proporcionou o acesso à informação e o conhecimento de direitos antes desconhecidos pelas participantes.

O processo de aprendizagem que a prática do estágio proporcionou foi fator determinante para a formação profissional, pois possibilitou a aprendizagem prática do fazer profissional do assistente social e o mais importante, o processo de reflexão crítica do movimento da sociedade, suas contradições e as diversas expressões da questão social vivenciadas pelos usuários, bem como a forma destas a ela resistirem. A área da saúde pública hospitalar também foi um campo rico de grande aprendizado, pois lá apresentaram-se diversas expressões da questão social, base do trabalho do Serviço Social (IAMAMOTO, 2015).

Não é porque se está inserido na área da saúde que se vai intervir somente em demandas relacionadas ao processo de saúde-doença dos usuários, pois a historicidade destes apresenta fatores que se relacionam com a realidade vivenciada e os modos de vida, que são determinantes e incidem tanto nas questões de saúde como de cultura, educação, habitação, etc. São essas realidades cotidianas que fazem refletir sobre a desresponsabilidade do Estado, sobre o processo contínuo de lutas da categoria profissional na manutenção, garantia e

ampliação de direitos, no compromisso que foi assumido com as classes trabalhadoras e na possibilidade da construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Conhecer a realidade da instituição viabilizadora do estágio, suas potencialidades e fragilidades nos mostra o quanto é desafiador defender o projeto ético-político da profissão diante de tantas adversidades que são postas aos profissionais no exercício cotidiano de suas práticas. No entanto, proporciona ao aluno criar uma forma de intervir, ainda que minimamente, nas demandas observadas no processo de estágio, colocar em prática o que se planejou, com o intuito de modificar uma parte que seja desta realidade.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS**: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 16 – 40.

BALDISSERA, A. Projeto de Pesquisa: indicações para sua elaboração. In: **Revista Sociedade em debate**. v. 4. n. 3. Pelotas, 1998. p. 101 – 108. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/642>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

BATICH, M. Previdência do trabalhador, uma trajetória inesperada. In: **São Paulo em Perspectiva**. v. 18. n.º 3. Jul/Set. 2004. p. 33-40. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392004000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004)>. Acesso em: 16 out. 2017.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. 1992. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 7º reimpressão. p. 1-39.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. In: Conselho Regional de serviço social de Minas Gerais. **Contribuições para o exercício profissional de assistente social**: coletânea de leis/ Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. Belo Horizonte: CRESS, 2013.

\_\_\_\_\_. **Auxílio-Doença**. Previdência Social. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/auxilio-doenca/>>. Acesso em: 16 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**. Previdência Social. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>>. Acesso em: 11 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm)>. Acesso em: 16 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Diário Oficial da União**. Página 27 da Seção 2 do Diário Oficial da União (DOU) de 19 de Agosto de 1986. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/3568109/pg-27-secao-2-diario-oficial-da-uniao-dou-de-19-08-1986>>. Acesso em: 13 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei N° 6.202, de 17 de abril de 1975**. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei n° 1.044, de 1969, e dá outras

providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/L6202.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6202.htm)>. Acesso em: 26 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei N° 6.015, de 31 de dezembro de 1973.** Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6015compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015compilada.htm)>. Acesso em: 17 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Conselho Regional de serviço social de Minas Gerais. Contribuições para o exercício profissional de assistente social: coletânea de leis/ Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. Belo Horizonte: CRESS, 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei N° 8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei N° 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** LOAS. Dispõe sobre a organização da Assistência social e dá outras providências. In: Conselho Regional de serviço social de Minas Gerais. Contribuições para o exercício profissional de assistente social: coletânea de leis/ Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. Belo Horizonte: CRESS, 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei N° 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm)>. Acesso em: 17 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei N° 10.048, de 8 de novembro de 2000.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L10048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10048.htm)>. Acesso em: 17 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei N° 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)>. Acesso em: 23 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei N° 13.467, de 13 de julho de 2017.** Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=17728053&id=17728058&idBinario=17728664&mime=application/rtf>>. Acesso em: 11 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde.** Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1 ed. rev. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2013. n. 32. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2017.



\_\_\_\_\_. **Reforma da Previdência.** Disponível em:  
<<http://www.brasil.gov.br/reformadaprevidencia/textos/regras-de-idade-minima-serao-totalmente-aplicadas- apenas-em-20-anos>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Salário-Maternidade.** Previdência Social. Disponível em:  
<<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/salario-maternidade/>>. Acesso em: 16 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **SUS oferece oito opções de métodos contraceptivos.** Disponível em:  
<<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/03/sus-oferece-oito-opcoes-de-metodos-contraceptivos>>. Acesso em: 26 out. 2017.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social:** fundamentos e história. Biblioteca Básica de serviço social. 6. ed. V. 2. São Paulo: Cortez, 2009.

BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. Questão social e direitos. In: **Direitos sociais e competências profissionais.** Conselho federal de serviço social. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em serviço social- ABEPSS. Brasília (DF), 2009. p. 1- 20.

BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites a sua efetivação. In: **Direitos sociais e competências profissionais.** . Conselho federal de serviço social. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em serviço social- ABEPSS. Brasília (DF), 2009. p. 1-18.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. 2001. In: **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 88-110.

BRAVO, M. I; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político de Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. 2004. In: **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA (CFEMEA). **Os direitos das mulheres na legislação brasileira pós-constituente.** Almira Rodrigues e Lâris Cortês (Org.). Brasília: Letras Livres, 2006. p. 1- 39.

CENTRO LATINO-AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS. **Boas práticas de atenção ao parto e nascimento**. Organização Mundial da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/OMS%20-%20Boas%20Praticas%20de%20Atencao%20ao%20Parto%20e%20ao%20Nascimento.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2017.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude\\_-\\_versao\\_preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Código de Ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10° ed. ver. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662/1993**. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao\\_lei\\_8662.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFESS N° 383/1999**. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2017.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 111-138.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 304-351.

COSTA, T. C. M.; FERREIRA, M. D. M. Os sistemas de proteção social e suas influências na configuração da seguridade social e da assistência social no Brasil. In: **Revista FSA**. Teresina. v. 10. n. 3. p. 228-253. Jul./Set. 2013.

COTANDA, F. C. et al. Processos de pesquisa nas ciências sociais: uma introdução. In: **Ciências humanas: pesquisa e método**. Porto Alegre: Edit. Da UFRGS, 2008. Org. Céli Regina Jardim Pinto e Cesar A. Bracellos Guazzelli. p. 63-82.

COUTO, B. R. **O direito social na sociedade Brasileira: uma equação possível?**. São Paulo: Cortez, 2010.

DESLANDES, S. F; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Org. Maria Cecília de Souza Minayo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 21º ed.

FIDÉLIS, S. S. S. **Conceito de assistência e assistencialismo**. In: 2º seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioeste. Campus de Cascavel. 2005. Disponível em: <[http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/servico\\_social/pss13.pdf](http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/servico_social/pss13.pdf)>. Acesso em: 03 out. 2017.

FLEURY, S. Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois. In: **Revista Saúde em Debate**. v. 33, nº 81. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/Revisitando\\_a\\_questao.pdf](http://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/Revisitando_a_questao.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2017.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Ago. 2010. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **HUSM**. Nossa História. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>>. Acesso em: 01 out. 2017. Santa Maria, 2017.

\_\_\_\_\_. **Associação dos Amigos do HUSM**. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/aahusm/index.php?janela=quemSomos.html>>. Acesso em: 02 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Unidade de Reabilitação**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/estruturas/gas/unidade-reabilitacao>>. Acesso em: 01 out. 2017.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

\_\_\_\_\_. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 8º ed. São Paulo: Cortez, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. n. 36. p. 1-81. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

JÚNIOR, N. N. G. **Segurança alimentar e nutricional como princípio orientador de políticas públicas no marco das necessidades básicas**. 2007. Tese (doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília (DF), 2007. p. 50-84.

MAGALHÃES, S. M. **Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres**. 2 ed. São Paulo: Veras editora, 2006. p. 47-81.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia Alemã**. Tradução Luís Claudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (clássicos).

MATOS, M. C. **Serviço social ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MIOTO, R. C. T.; LIMA, T. C. S. A dimensão técnica-operativa do serviço social em foco: Sistematização de um processo investigativo. **Revista textos e contextos**. v. 8 nº 1. Porto Alegre, 2009. p. 22-48. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/5673/4126>>. Acesso em: 27 out. 2017.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 273-303.

NASCIMENTO, Lucileide. A. L. **Direito à informação e direitos sociais no contexto do capitalismo contemporâneo**. 2007. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória). p. 113-222.

NASCIMENTO, Laís. C. do. et al., Relato de puérperas a cerca da violência obstétrica nos serviços públicos. In: **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, maio, 2017. p. 2014-2023. Disponível em:  
<[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8598/pdf\\_3196](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8598/pdf_3196)>. Acesso em: 26 out. 2017.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituas sobre a política social como política pública e direito de cidadania. In: **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 86-109.

PRATES, J. C. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana. In: **Revista Virtual Textos & Contextos**. nº 2. dez. 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/948>>. Acesso em: 02 out. 2017. p. 1-8.

REZENDE, I; CAVALCANTI, L. F. **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro. ed. UFRJ, 2006. p. 67 – 82.

SOUSA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. In: **Revista Emancipação**. Ponta Grossa. v. 8. n. 1. 2008. p. 119-132 Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

SOUZA, M. S.; JACINTHO, J. M. M. O acesso à informação como pressuposto da cidadania no estado democrático de direito. In: **Constituição e democracia I**. Org. CONPEDI/UnB/UCB/IDP/UDF. Coord. Beatriz Vargas Ramos G. De Rezende, Horácio Wanderlei Rodrigues. Florianópolis: CONPEDI, 2016. Disponível em:  
<<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/y0ii48h0/5ccav186/MX062SHHP9UNI6KC.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

SILVA, Maria L. L. **Previdência social no Brasil: (des) estruturação do trabalho e condições para sua universalização**. 2011. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, (DF), 2011. p. 46-88.

TEIXEIRA, S. M. Políticas sociais no Brasil: a história (e atual) relação entre o “público” e o “privado” no sistema brasileiro de proteção social. In: **Revista Sociedade em debate**. Pelotas, 2007. jul.-dez. v. 13. n. 2. p. 45-64. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/400>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

VARGAS, E. Os **discursos de Vargas e as políticas sociais no Brasil de 1930 a 1940**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007. p. 29-41.

## APÊNDICE A- CARTILHA DOS DIREITOS DA GESTANTE

# Cartilha Dos Direitos da Gestante



**Organizadoras:**

Aline Oliveira da Silva: acadêmica de Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Maria

Eliane Rodrigues: assistente social do Hospital Universitário de Santa Maria

Fernanda Mangini: orientadora/professora do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria

### Direitos da mulher com contrato de trabalho formal (CLT)

- Licença a maternidade de no mínimo 120 dias, a partir do 8º mês de gestação, ou do nascimento da criança.
- Licença de 14 dias no caso de aborto espontâneo, comprovado por atestados médicos.
- Licença a maternidade integral nos casos de natimorto.
- Licença a saúde nos casos que tiver que se afastar do trabalho.
- Realização de no mínimo, seis consultas médicas, apresentando os atestados ao empregador, para se justificar a falta.
- Dois intervalos de 30 minutos para amamentação em cada turno, para amamentar a criança ou realizar o esgotamento das mamas.
- Estabilidade no trabalho até o 5º mês.
- Licença a paternidade de 5 dias contados a partir do nascimento do bebê.



### Referências

BRASIL. Registros públicos: Certidão de Nascimento. Lei nº 9534 de 10 de dezembro de 1997. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/\(View\\_identificacao\)?le%209.534-1997?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/(View_identificacao)?le%209.534-1997?OpenDocument)>. Acesso em 21 mar. 2017.

\_\_\_Consolidação das leis do trabalho. Decreto-lei nº 5.452, de 19 de maio de 1943, DOU de 09/06/1943. Disponível em: <<http://www.trtsp.jus.br/geral/tribuna2/LEGIS/CLT/TITULOIII.html>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

\_\_\_Constituição Federal de 1988. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_05/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_05/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 21 mar. 2017.

\_\_\_Planejamento familiar. Lei nº 9263 de 12 de janeiro de 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm)>. Acesso em 21 mar. 2017.

\_\_\_Prioridade no atendimento as pessoas que especifica. Lei nº 100148 de 08 de Novembro de 2000. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L10048.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10048.htm)>. Acesso em: 21 mar. 2017.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. Salário-maternidade. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/salario-maternidade/>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

\_\_\_Auxílio-doença. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/auxilio-doenca/>>. Acesso em 21 mar. 2017.

## Direitos Sociais

- Prioridades em atendimentos, filas de supermercados, caixas e bancos;
- Prioridade no atendimento de saúde;
- Acesso a porta da frente em transporte público e assentos preferenciais;
- A gestante estudante tem direito a realizar exercícios domiciliares a partir do 8º mês de gestação e durante três meses, podendo ser ampliado este período por motivos de saúde, inclusive na realização de exames finais;
- Direito ao registro de certidão de nascimento, emitido gratuitamente por qualquer cartório. Este serviço também se encontra disponível em alguns hospitais públicos, no Hospital Universitário de Santa Maria este serviço pode ser acessado.



## Direitos Previdenciários

### Salário maternidade

O salário-maternidade é um benefício pago a todas as seguradas que acabaram de ter um filho seja por parto ou adoção. Ele tem a duração de 120 dias nos casos de parto, adoção e natimorto, e de 14 dias, no caso de aborto espontâneo. Para mulheres desempregadas, ele também é pago, mas a contribuinte deve estar dentro do prazo de dez meses de carência, após ter rompido o contrato de trabalho.

### Onde solicitar?

As gestantes com contrato de trabalho podem solicitar através da empresa, 28 dias antes do parto, com atestado médico que comprove alguma intercorrência de saúde, ou após o parto, apresentando a certidão de nascimento.

As gestantes desempregadas podem solicitar o benefício junto à previdência social, após o parto, apresentando a certidão de nascimento. Em casos de adoção ou guarda, o benefício é solicitado diretamente à previdência através de termo de guarda ou, da nova certidão de nascimento emitida.

Em casos de aborto, a gestante com contrato de trabalho pode solicitar o benefício diretamente na empresa, a partir da ocorrência do mesmo, apresentando o atestado médico que comprove a situação. Se a gestante estiver desempregada, o mesmo é solicitado diretamente na previdência..

## Auxílio Doença

A previdência social também prevê benefícios como auxílio-doença em casos que a gestante tiver alguma intercorrência de saúde durante a gravidez. Este auxílio é um benefício pago as seguradas que estiverem acometidas por alguma doença, ou sofrido algum acidente que as deixem temporariamente incapacitadas para o trabalho.

Para solicitar o mesmo, a segurada com contrato de trabalho deve preencher um requerimento gerado pelo sistema da previdência, e levá-lo no dia da perícia com o carimbo e assinatura da empresa. Para o requerimento deste benefício deverá possuir carência de 12 contribuições ( estando isento acidentes de trabalho), ou estar afastado do trabalho há 15 dias corridos, ou intercalados dentro do prazo de 60 dias



## Direito a saúde

- Realizar o pré-natal, parto e puerpério gratuito e de qualidade em toda a rede pública de saúde.
- Ter a certeza de gestante com o preenchimento correto de todas consultas, exames e avaliações realizadas no pré-natal.
- Ter acompanhante no trabalho de parto, durante o parto e puerpério.
- Não ser submetida a intervenções desnecessárias ou desumanizantes.
- Ter acesso a métodos anticoncepcionais gratuitos sejam eles de barreiras, injetáveis ou orais, assim como métodos definitivos como laqueadura ou vasectomia.

saúde da gestante  
Parto humanizado  
Pré-natal  
Acesso a métodos anticoncepcionais



**APÊNDICE B- FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CARTILHA**

1) Você considera importante o espaço como grupos para discussão e informação sobre seus direitos?

Sim       Não

Por quê?

2) Você achou pertinente a realização de uma cartilha para informação sobre direitos gestacionais?

Sim       Não

Por quê?

3) Através da realização deste grupo, você obteve conhecimento de algum direito que não sabia?

Sim, qual?

Não

4) De 0 a 10, qual nota você daria para a realização de grupos?

5) De 0 a 10, qual nota você daria para a cartilha?

6) Sugestões para este grupo: