



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS  
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

“É TEMPO DE RESISTIR, DE INSISTIR, DE BRADAR HOMENS E  
MULHERES REAIS, DE TEMPOS DESIGUAIS [...]”: Precarização do trabalho  
da (o) assistente social no SUS.

CACHOEIRA-BAHIA

2017

LAIZA DE SOUZA SILVA

“É TEMPO DE RESISTIR, DE INSISTIR, DE BRADAR HOMENS E MULHERES REAIS, DE TEMPOS DESIGUAIS<sup>1</sup> [...]”: Precarização do trabalho da (o) assistente social no SUS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social. Orientadora – Profa. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

CACHOEIRA-BAHIA


2017

LAIZA DE SOUZA SILVA

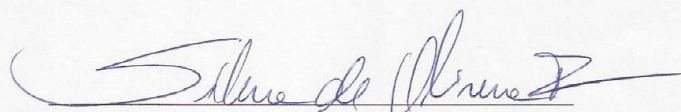
“É TEMPO DE RESISTIR, DE INSISTIR, DE BRADAR HOMENS E MULHERES REAIS, DE TEMPOS DESIGUAIS [...]”: Precarização do trabalho da (o) assistente social no SUS.

Cachoeira – BA, aprovada em 17/05/2017.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila  
Presidente da Banca Examinadora



Profa. Dra. Silvia de Oliveira Pereira  
Membro da Banca Examinadora



Profa. Especialista Ana Carla Damasceno Brás  
Membro da Banca Examinadora

## AGRADECIMENTOS

“Agradecer é admitir que houve um minuto que se precisou de alguém. Agradecer é reconhecer que o homem jamais poderá lograr para si o dom de ser auto suficiente[...]”<sup>2</sup> (Autor desconhecido)

A palavra de ordem é: AGRADECER! ... A todos que contribuíram no meu processo de formação, dou graças por tudo que sou por tudo que fui e tudo que vou ser. Meu muito Obrigada! Sei que não ando só!

Foram muitas lutas até chegar aqui e elas não terminaram, ainda há muito pela frente, mas sei que Deus me trouxe até aqui, ele que esteve comigo, desde o início, continuará até o fim, ele é fiel para cumprir todas as suas promessas em minha vida. Gratidão ao meu Pai Celestial. Sei que “até aqui o Senhor me ajudou” com intercessão de meu santo protetor São Jorge e de minha mãe celestial Maria que passou na frente e cuidou de todos os detalhes, Obrigada mãezinha! Por tudo que tens feito, por tudo o que vai fazer, eu quero te agradecer, com todo o meu ser, Senhor te agradeço”.

À meus pais, a vocês todo o meu amor, admiração, respeito e carinho. Sou eternamente grata por tudo que fizeram/ fazem durante todo o percurso da minha vida, que somente palavras não são suficientes para expressar o quanto sou grata. A minha Mãe, ela que entende as minhas aflições, é a minha rocha, a pessoa que dá equilíbrio, é por você toda a minha força. Você é minha garra, amor e vontade que há em mim, porque quanto tudo me falta e ao meu ver já não há mais esperanças, a senhora arruma novos motivos para que eu me levante e lute. A meu pai, o pai supeeeeer protetor, aquela proteção máxima, que só ele tem, obrigada pelo apoio, por todo cuidado, dedicação, conselhos, ensinamentos e puxões de orelha. Minha vida, meus amores, vocês me lembram o amor, e esse amor que me mantém. AMO VOCÊS! E mais uma vez: OBRIGADA por acreditarem em mim!

Aos meus familiares, por toda motivações, palavras de Fé e torcida, em especial, tia Ermita, tio Pacote e minha “primã” Denize e sou imensamente grata, por

---

<sup>2</sup><http://apenasdelirios.blogspot.com.br/2015/02/frases-de-formatura.html>, acessado em 03/05/2017

toda preocupação, carinho e amor que vocês têm comigo. Deus continue abençoando vocês.

Não posso jamais esquecer de uma pessoa que reza muito, torce e acredita em mim, por isso dedico um parágrafo a minha Vó Luzia, sinônimo de afeto, amparo, carinho e amor. Mentalizei a senhora do começo ao fim, nunca esqueço da sua frase diária que já se tornou um lembrete “se importe com os estudos” e eu me importei vó. Obrigada voinha por todo incentivo que sempre me deu. Te amo de montão.

Á meu namorado Anderson (Amorlelê, rs), obrigada pelo companheirismo, paciência, apoio nos momentos de incertezas, pelo abraços e os braços que me foram abrigo, não tenho como agradecer por a escuta e a compreensão que sempre encontrei em você... Obrigada por ser calma em meio a toda a minha confusão mental. Estendo os agradecimentos a sua família, que me acolheu e acolhe tão bem, em especial Tia Gal, que nos momentos de desespero e tensão, me conforta e anima, lembrando que “vai dar tudo certo, minha querida!”

Aos meus amigos de infância que estão comigo até hoje e para SEMPRE! Jari, Tai, Belinho e Dhai. Meus amores... É chegada à hora de ser gente grande, (risos) mesmo sendo tão pequena diante da imensidão de possibilidades, quero que cada uma saiba que eu devo muito do que hoje sou a vocês e que aonde eu esteja vocês também estarão, vocês são parte de mim. Meus agradecimentos sinceros por toda amizade, amor, carinho e aprendizado.

À minha amiga irmã Kelly, aquela amiga especial, que apesar da distância, consegue me transmitir boas energias e durante esse processo, me acalmava com suas palavras doces e incentivadoras, sei que sempre posso contar com você. Valeu amiga!

Ao longo desse caminho nasceram-me amigos, desde primeiros passos na universidade. Aqueles fundamentais que me deram uma palavra capaz de arrebentar grilhões, amigos de abraços, de troca impares de experiência, suores e conquistas. Agradeço aos amigos que conquistei na cidade que aprendi a amar, a minha encantadora Cachoeira. Obrigada a todos!

Aos amigos conquistados nesse processo e colegas de turma. Obrigada a todos! Em especial a minha amiga Caliane, menina doce e compreensiva, diria que aquela escuta qualificada, ela têm, sempre tão atenciosa, se fazendo presente em todos os momentos, obrigado por cada incentivo, oração, alegria, por me ouvir. A minha amiga Andréa, minha co-orientadora, rs, tão paciente, sempre me dando forças, ela que acredita mais em mim do que eu mesma, sempre me ajudando a enfrentar os momentos de insegurança com Fé e confiança em Deus e me estimulando a auto-confiança, “miga”, eu te agradeço por tudo.

Com muita gratidão no coração, quero também agradecer as meninas da República “Las Chicas”, Minha Chicas; Drielle e Jéssica. Ora, como eu vou dizer que não cresci depois de conviver com vocês?! Meninas, aprendi a compartilhar, a ser mais companheira durante a morada com vocês. Obrigada por compartilhar os micos, as alegrias, os “perrengue” do cotidiano na universidade e as também tristezas, que vocês bem me ajudaram a passar.

Aos assistentes sociais entrevistadas, que compartilharam suas experiências comigo, contribuindo na minha pesquisa, Agradecida estou!

A equipe CRAS, por me acolher carinhosamente, em especial minha supervisora de campo, assistente social Cidamaia, por ser tão paciente e compreensiva, obrigada por todo contribuir na minha formação.

Aos meus queridos professores do curso de Serviço Social, que ao longo desse percurso, me passaram conhecimentos, proporcionando ricos debates e discussões, estimulando e incentivando para meu amadurecimento acadêmico e profissional, sou muito grata. Em especial a Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Silvia Pereira (minha dinda, rs) por estar presente desde o início da construção do meu tema, me auxiliando. Obrigada pró, por cada contribuição, ensinamento e compreensão.

À minha doce orientadora, Prof<sup>a</sup> Heleni Duarte de Ávila, pelas contribuições, compreensão, sensibilidade. Obrigada pela amizade durante todo o percurso e por ter aceitado ser minha orientadora. Gratidão por todo ensinamento!

A todos, muitíssimo Obrigada!

Dedico este trabalho as assistentes sociais que em seu cotidiano de trabalho, resistem, insistem e bradam os tempos desiguais, seguindo na luta por um SUS efetivamente igualitário.

*“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo, nem ensino” (Paulo Freire)*

*[...] Cumpre lembrar que o SUS é movido a gente, e gente que cuida da gente deve ser tratada como gente. (Paim,2015)*



## RESUMO

Este trabalho apresenta os resultados de inquietações que desembocaram em uma pesquisa sobre a precarização do trabalho dos(as) assistentes sociais no Sistema Único de Saúde. Com o intuito de analisar as formas da precarização do trabalho dos assistentes sociais no SUS, foi feita, inicialmente, a contextualização histórica sobre a categoria trabalho, no sentido de compreender as transformações no mundo do trabalho e os impactos dessas transformações para o/a trabalhador (a); a crise do capital bem como seus rebatimentos nas políticas sociais; em seguida foi feito o resgate histórico do SUS (seus antecedentes e a sua criação e implementação pós Constituição Federal de 1988 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90), assim como as novas configurações da política de saúde, particularmente no cenário atual de desmonte dos direitos sociais conquistados através de lutas da classe trabalhadora. Esse cenário (controverso) é o pano de fundo para situar o profissional do serviço social enquanto profissional de saúde e as formas de precarização do seu trabalho. A pesquisa teve cunho qualitativo, com maior foco na pesquisa documental. O trabalho traz como conclusão principal que o serviço social, profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, enfrenta processo de precarização no exercício laboral, além dos impactos nas condições de trabalho impostas pelo desmonte do SUS, através das privatizações e diminuição de serviços de saúde.

**Palavras chave:** Assistente Social, Saúde, Trabalho precarizado, Trabalho

## **ABSTRACT**

This study presents the results of concerns that led to a research on the precariousness of the work of social workers in the Unified Health System. In order to analyze the forms of precarious work of social workers in SUS, The historical contextualization about the work category, in order to understand the transformations in the world of work and the impacts of these transformations for the worker; The crisis of capital as well as its repercussions on social policies; The historical recovery of SUS (its antecedents and its creation and implementation after the Federal Constitution of 1988 and Laws 8,080 / 90 and 8,142 / 90), as well as the new configurations of health policy, particularly in the current Dismantling of social rights won through working-class struggles. This (controversial) scenario is the background to situate the professional of the social service as a health professional and the forms of precariousness of his work. The research had a qualitative character, with a greater focus on documentary research, considering the difficulties encountered to carry out the interviews with working social workers of SUS. The main conclusion of the study is that the social service, a profession inserted in the socio-technical division of labor, faces a process of precariousness in the exercise of work, as well as the impact on the working conditions imposed by the dismantling of the SUS, through privatizations and reduction of Cheers.

**Keywords:** Social Worker, Health, Precarious work, Work

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS- Caixa de Aposentadorias e Pensões

CDS - Conselho de Desenvolvimento Social

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF- Constituição Federal

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPASE - Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Do Estado

HRSAJ- Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

NOB- Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs - Organizações Sociais

PND - Plano Nacional De Desenvolvimento

SESAB- Secretária da Saúde do Estado da Bahia

SESP – Serviço Especial De Saúde Pública

SUDS - Sistema Único Descentralizado

SUS - Sistema Único De Saúde

US- Unidade De Serviços

UFRB- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro1- Ano de conclusão do curso

Quadro 2- Pós Graduação

Quadro 3- Tempo de atuação como assistente social.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 01 – Crise capitalista, transformações no mundo do trabalho e as implicações para as políticas sociais no Brasil.....	21
1.1. As transformações do Padrão de acumulação Capitalista no cenário contemporâneo.....	21
1.2.Crise do capital e suas implicações nas políticas sociais.....	30
CAPÍTULO 02 – A Política de Saúde no contexto da contrarreforma: implicações para serviço social.....	38
2.1. Antecedentes do SUS.....	38
2.2. A contrarreforma na saúde e o SUS na atualidade.....	47
2.3.Serviço Social e saúde.....	56
CAPÍTULO 03 – As expressões da precarização das relações e condições de trabalho dos (as) assistentes sociais na Política de Saúde .....	63
3.1.Condições de trabalho dos(as) assistentes sociais do SUS.....	63
3.2.Dados da pesquisa .....	68
3.2.1- Perfil dos sujeitos entrevistados.....	70
3.3.O cotidiano das profissionais: no contexto sócio- institucional.....	74
4. Considerações Finais.....	85
5. Referências .....	87
6. Anexos/Apêndice.....	91

## INTRODUÇÃO

As transformações no mundo do trabalho e seus impactos nos diversos campos profissionais é resultante das profundas transformações societárias, impulsionadas pelo modo de produção capitalista, constituindo pauta central do debate contemporâneo.

Essas transformações ocorreram como uma solução do capital para sair da crise do modelo fordista/ keynesiano de 1970. Crise esta, que afetou e afeta não somente a esfera econômica, mas também conjunto da vida social.

Este trabalho possibilita uma aproximação importante das teorias sobre as contradições do mundo do trabalho e a sua precarização, bem como as condições de trabalho dos Assistentes Sociais, que laboram na política de saúde, inseridos na divisão sócio-técnica do trabalho.

A compreensão sobre a precarização do e no trabalho exige uma análise da crise do capital e, ao mesmo tempo, da capacidade de organização da classe trabalhadora nos diversos espaços sócio-ocupacionais e políticos. Esta crise tem sido tanto uma condição básica para a elevação das taxas de lucro quanto para a redução dos direitos e a reformulação das condições gerais do contrato de trabalho. Tem na flexibilização das condições e relações de trabalho bem como dos direitos do trabalhador uma de suas formas de expressão, em meio às altas taxas de desemprego.

Debater as formas de precarização, em especial sobre o trabalho dos assistentes sociais na política de saúde e às demandas postas a profissão, nesse período de intensas transformações societárias, pode contribuir para a construção de estratégias coletivas para enfrentamento do atual cenário vivido pela classe trabalhadora brasileira.

Destaca-se a atualidade e importância do tema, também, em função do debate político que toma conta do país com as propostas de Reforma Trabalhista e Reforma da Previdência<sup>3</sup> que vão na contra mão do que o movimento sindical

---

<sup>3</sup> Este trabalho não tem como pano de fundo discutir as Reformas propostas pelo Governo Federal, entretanto faz este destaque e poderá fazer em outros momentos da discussão da precarização do trabalho, por compreender a íntima relação entre as Reformas (ou contra Reformas) propostas e a precarização das condições de trabalho.

e demais movimentos sociais defendem e conquistaram através de lutas históricas.

As mudanças no mundo do trabalho não vêm de forma isolada, elas fazem parte de uma necessidade maior do capital, ou seja, compõem uma reestruturação política e ideológica conservadora, materializada através da ideologia neoliberal. O projeto neoliberal se expressa na naturalização do ordenamento capitalista e das desigualdades sociais, bem como no desmonte das conquistas sociais da classe trabalhadora, consubstanciados nos direitos sociais, que têm no Estado uma mediação fundamental.

A redução dos gastos sociais e o desmantelamento do sistema público têm suas expressões na privatização, descentralização, focalização e programas assistenciais emergenciais. À precarização das relações de trabalho e ao desemprego estrutural, resultantes do processo de reestruturação do capital, somam-se mudanças regressivas na relação entre o Estado e a sociedade quando a referência é a proteção social como direito do cidadão, situações que rebatem diretamente no Serviço Social.

Nesse contexto neoliberal houve uma redefinição do Estado, concomitantemente das políticas sociais que afetou negativamente o mundo do trabalho. Essas mudanças interferem diretamente no trabalho dos assistentes sociais, em três níveis: a sua relação de emprego, tendo o Estado como seu maior empregador; com a população usuária dos serviços onde estão inseridas como trabalhadoras, que passam a experimentar mais duramente as expressões da questão social e, por fim, na sua condição de trabalho, ou como gestor ou executor terminal das políticas sociais, uma vez que estas políticas sofrem um enxugamento, ou uma reconfiguração.

Guerra (2010) já havia pontuado que umas das formas de precarização é revelada por meio de várias dimensões, dentre elas: desregulamentação do trabalho, terceirização, emprego temporário, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, fragmentação dos trabalhadores, alterações na legislação capitalista, polivalência, ambiente precário de trabalho, entre outros.

A política de saúde, histórico espaço sócio-ocupacional do assistente social, vem expressando, de forma emblemática, a imposição da lógica



neoliberal, que é determinada pelo mercado na oferta dos serviços públicos, ao tempo em que legitima a desigualdade do acesso à saúde enquanto direito e institui a categoria de meros consumidores de serviços de saúde.

Assim, o atual padrão de intervenção estatal vem imprimindo inovações no setor de saúde, estabelecendo novas modalidades de gestão e prestação dos serviços tanto públicos, quanto privados. Como exemplo, podemos citar a instituição de um novo padrão de gestão, através das Organizações Sociais e Fundações Estatais, com fortes implicações sobre a força de trabalho inserida no setor. O Estado da Bahia, desde o início da implantação do SUS vem se “destacando” pelo pioneirismo nas parcerias público privadas, com destaque para as Organizações Sociais e Fundações Estatais de Saúde, sendo o primeiro Estado brasileiro a instituir uma legislação acerca desta forma de gestão (ÁVILA, 2013).

Com estas mudanças na forma de gerir a política de saúde, fica notório o processo de precarização das condições de trabalho, com vínculos empregatícios fragilizados, terceirizações, trabalhos temporários, atingindo os Assistentes Sociais, refletindo de forma negativa no seu trabalho. Assim, os “Parâmetros para atuação do assistente social na saúde” (CFESS, 2010) afirma que a complexidade deste cenário adverso ao que preconizava a Reforma Sanitária para a saúde, é marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos.

O trabalho profissional do Assistente Social é determinado pelas condições sócio-históricas em que é inserido o conjunto da classe trabalhadora, com trabalho assalariado e submetido, aos dilemas e determinações do modo de produção capitalista. Assim, apesar do serviço social possuir regulamentação profissional que lhe daria um status de profissão liberal, os assistentes sociais, estão inseridos na divisão sócio-técnica do trabalho, em que vendem sua força de trabalho para os órgãos empregadores, estes determinam as condições de trabalho, as necessidades sociais e até mesmo as relações sociais, ou seja, estão submetidos a lógica do mercado, determinado pelo modo de produção capitalista. Esta condição lhe dá uma autonomia relativa na condução do seu trabalho. (IAMAMOTO,2010)

A escolha do tema deste trabalho é fruto das discussões/ reflexões constantes realizadas em sala de aula, nas disciplinas de processo de trabalho e políticas sociais, no contato do campo de estágio, nos diálogos com as colegas, as inquietações com o desmonte das políticas sociais e em particular com a política de saúde, que sempre instigavam a pesquisadora.

A relevância do presente estudo está pautada no aprofundamento de algumas categorias centrais como: trabalho, mudanças no mundo do trabalho, modo de produção capitalista, trabalho e Serviço Social, precarização e políticas sociais/saúde. O estudo destas categorias contribuirá para outros estudos que abordem, por exemplo, formas de enfrentamento, dentre outras. Outro fator de grande relevância deste trabalho é a atualidade do tema central, o trabalho está sendo finalizado ao tempo em que as reformas governamentais da Previdência e Trabalhista estão em tramitação no Congresso Nacional e Senado Federal.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar as expressões da precarização que emergem no cotidiano do fazer profissional do assistente social no Sistema Único de Saúde. Destacam-se ainda como objetivos: identificar as condições de trabalho dos assistentes sociais na saúde; analisar os impactos da precarização para profissional do SUS e analisar as consequências do processo de precarização no trabalho dos assistentes sociais no SUS.

No que tange aos aspectos metodológicos, a pesquisa é de caráter qualitativo, exploratória e empregou, a análise de conteúdo, interpretando os sentidos das palavras.

As fontes utilizadas foram as seguintes: documentais (pesquisa bibliográfica); entrevistas; observações e contatos informais com assistentes sociais e discentes que fazem estágio no campo da saúde. A revisão bibliográfica levou em consideração o estudo de autores que discutem a categoria trabalho envolvendo as mudanças no mundo do trabalho, sua precarização, serviço social, saúde, dentre outros.

De acordo com Minayo (2001):

A pesquisa qualitativa responde as questões muito particulares.

Ela se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificada. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. (p.21)

Gil(2010) descreve esse tipo de pesquisa como um modo de investigação que explica o porquê das coisas, não quantificando os valores e trocas simbólicas.

Foi utilizado, também, como instrumento de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada, com liberdade de narrativa. Foram realizadas seis entrevistas com assistentes sociais de diferentes equipamentos de saúde. Vale salientar que a parte mais difícil da pesquisa foi a realização das entrevistas e para tanto, inicialmente buscou-se assistentes sociais inseridas na saúde nos municípios de Cachoeira e São Félix, tendo em vista a proximidade com a localização do curso de Serviço Social. Ocorre que com o processo eleitoral e consequente troca dos gestores municipais, as assistentes sociais que laboravam na saúde foram demitidas e as novas ainda não foram contratadas. Assim, pensou-se no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, hospital referência para a região e campo de estágio para o curso de serviço social da UFRB, porém a dificuldade neste local foi outra, ou seja, as assistentes sociais não se dispuseram a responder a entrevista, apenas uma respondeu, mas muito resumida nas informações.

A busca por informantes para responder ao roteiro da entrevista seguiu e contamos com ajuda de professores e outros profissionais que fizeram contato com assistentes sociais de instituições diversas na saúde para que finalmente fossem realizadas as seis entrevistas.

Importante salientar que os aspectos éticos e sigilosos foram respeitados na presente pesquisa e as identidades das entrevistadas não será revelado, utilizaremos nomes fictícios no caso das entrevistadas e todas foram informadas acerca da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Dessa forma, Trabalho de Conclusão de Curso está estruturado em três capítulos: “Crise capitalista, transformações no mundo do trabalho e as implicações para políticas sociais no Brasil.”, “A política de saúde no contexto da contrarreforma: implicações para Serviço Social” e “As expressões da precarização das relações e condições de trabalho dos (as) assistentes sociais na Política de Saúde.”

O primeiro capítulo apresenta-se as principais transformações do mundo do trabalho à luz do pensamento marxista, trazendo uma análise da conjuntura do modo de produção capitalista, os meios de acumulação do capital, meios de exploração, crise e os impactos na vida concreta das pessoas, bem como as implicações nas políticas sociais.

O segundo capítulo, realiza-se um resgate histórico acerca da política de saúde no Brasil, pós-constituição Federal de 1988, pelo qual se consagrou os princípios da reforma sanitária e estabelece como sistemas públicos, o SUS. Em seguida, discutiremos a contrarreforma na saúde e as inserção do assistente social nesse campo de atuação, também sendo apresentado as alterações na saúde e as implicações dessa para o Serviço Social.

O terceiro capítulo discorre acerca das condições de trabalho dos assistentes sociais no SUS, logo em seguida, analise das falas das entrevistadas, no sentido de compreender e identificar as expressões da precarização das relações e condições de trabalho deste trabalhador. Ao final, traçamos as consideração finais, trazendo todo resgate deste trabalho e as reflexões sobre o estudo realizado.

## **Capítulo 01- Crise capitalista, transformações no mundo do trabalho e as implicações para políticas sociais no Brasil.**

O presente capítulo tem como objetivo analisar as mudanças no mundo sob o contexto da reestruturação produtiva, como também a crise do capital e suas implicações nas políticas sociais. Analisar o mundo do trabalho é falar da sua relação com a sociedade. É nessa inter-relação - trabalho e sociedade, mundo do trabalho e relações sociais - que devem ser analisadas as transformações que vêm se processando nesse conjunto de situações.

### **1.1- Transformações no mundo do trabalho sob os impactos da reestruturação produtiva.**

Para situar o pensamento acerca das transformações no mundo do trabalho, o ponto de partida será compreender a categoria trabalho, a luz do pensamento marxista<sup>4</sup>.

De acordo com o pensamento marxista, o trabalho é considerado como dimensão fundante do ser social, dado historicamente: o primeiro ato de sociabilidade do ser humano é o ato de trabalhar. Para Marx, o trabalho é, “antes de tudo, um processo entre homem e natureza” (MARX, 1985, P.211), ou seja, o trabalho é uma ação deliberada sobre o meio, caracterizada e dirigida pela inteligência e pela capacidade de abstração e formulação de conceitos inerente aos seres humanos, é um processo complexo de aprendizagem, desenvolvendo técnicas e tecnologia que lhe são úteis. O homem, ao atuar “sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza”, ao modificar a natureza, o ser humano, está trabalhando e criando o seu próprio ser (MARX, 1985, p. 49).

É certo que, ao longo do tempo, o trabalho ganhou contornos e sentidos diversos, os quais estão relacionados à estrutura social

---

<sup>4</sup>A categoria trabalho de acordo com o pensamento de Marx foi uma escolha da autora e será utilizada apenas para situar acerca de que concepção de trabalho está sendo adotada, já que o foco da análise são as transformações no mundo do trabalho sob os impactos da reestruturação produtiva.

e econômica de cada época. Observa-se também que o trabalho ganhou complexidade à medida que as necessidades humanas se diversificaram e evoluíram para além da pura sobrevivência. Como salienta Navarro e Padilha (2007, p. 14), o trabalho [...] não é apenas meio de satisfação das necessidades básicas, é também fonte de identificação e de auto-estima, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade (LIMA, ALVES et al; 2012, p.103).

Destarte, entende-se que o elemento trabalho, causa impacto não somente na questão objetiva na vida do trabalhador, como também atinge a sua subjetividade.

Uma vida cheia de sentido em todas as esferas do ser social somente poderá efetivar-se por meio de demolição das barreiras existentes entre tempo de trabalho e tempo de não trabalho, de modo que, a partir de uma atividade vital cheia de sentido, autodeterminada, para além da divisão hierárquica que subordina o trabalho ao capital, hoje vigente, portanto, sob bases inteiramente novas, possa se desenvolver na nova sociabilidade, na qual ética, arte, filosofia, tempo verdadeiramente livre e ócio em conformidade com as aspirações mais autênticas suscitadas no interior da vida cotidiana possibilitem a gestação de formas inteiramente novas de sociabilidade, em que liberdade e necessidade se realizem mutuamente (ANTUNES, 2005, p.65).

O trabalho está presente em todas as dimensões da vida humana e, desde os primeiros tempos da humanidade houve uma divisão do trabalho, que no início se dava em função de características fisiológicas, como gênero, idade, força física, até considerando mútua cooperação entre culturas e exercendo influência nos povos contemporâneos (DURKHEIM, 2005). Nas sociedades antigas o trabalho se dava de modo coletivo, orgânico, destinado basicamente a produção de bens, visando de maneira objetiva à satisfação das necessidades primárias e o cerne limitava-se à obtenção de valores de uso (RODRIGUES, 2002).

É na sociedade capitalistas que as mediações se tornam mais complexas, onde o valor atua como mediador das relações humanas e de acesso à natureza (RODRIGUES, 2002). Mas, à medida que o trabalho se diversificava e se tornavam mais complexas tanto a técnica como a tecnologia, essa primeira divisão do trabalho foi sendo superada pela divisão entre o

trabalho material e o trabalho intelectual. Passava a haver, quanto à função imediata do indivíduo no meio social, um trabalho realizado pela mente e um trabalho realizado pelas mãos, sendo o primeiro entendido como afastado da prática humana, um produto da consciência humana e não de um órgão. Cada indivíduo ficou limitado a esferas profissionais particulares, exclusivas, não devendo sair delas, sendo unicamente caçador, operário, professor ou administrador. Com essa divisão, o trabalho e seus produtos passaram a ser, qualitativa e quantitativamente, distribuídos de forma desigual (MARX E ENGELS, 1996). Também as relações homem-natureza assumem novos postulados, em que novas perspectivas são assumidas no lucro, exigindo um uso mais acelerado dos recursos naturais extraídos pelo trabalho (RODRIGUES, 2002).

Com o surgimento do capitalismo e seu avanço na contemporaneidade, a categoria trabalho, e conseqüentemente, a classe trabalhadora, sofrem mudanças significativas. A este respeito, Antunes (2011), reforça a ideia de Marx, a respeito do homem e o trabalho, quando apresenta que na sociedade capitalista, o trabalho perde sua essência, deixando-o de ser “realização do indivíduo”<sup>5</sup> para tornar-se “subsistência dos despossuídos”.<sup>6</sup> O capitalismo para se sustentar distorce valores, tratando os trabalhadores como mera mercadoria, eles são coisificados. Nesse processo, há um estranhamento do trabalhador, pois o mesmo não tem acesso ao que produziu, somente adquire o mínimo para sua sobrevivência.

João Bernardo (2009) no seu livro Economia dos conflitos sociais apresenta o pensamento de Marx, referente à força de trabalho, sendo esse elemento o principal para existência do capital, através dele, é possível produzir e reproduzir a vida social.

[...] A força de trabalho era concebida como única capaz de uma ação criadora no sistema capitalista, a única que faz existir o capital, e que, por conseguinte, fundamenta toda a sociedade e lhe dá o significado. Este caráter absolutamente exclusivo da força de trabalho enquanto ação decorria, para Marx, do caráter específico e único do seu valor de uso. De todas as mercadorias existentes, afirmava ele, a força de trabalho é a única capaz de despende mais tempo de trabalho do que aquele que nela se

<sup>5</sup>Expressão utilizada por Antunes em seu livro “Adeus ao trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.”

incorpora e, assim, é a única capaz de produzir mais- valia, de fundamentar o capital e a sociedade contemporânea. (BERNARDO,2009, p.77)

Sobre processo de estranhamento do trabalho proveniente do sistema capitalista, Antunes (2011) aponta que:

Se na formulação marxiana, o trabalho é o ponto de partida do processo de humanização do ser social, também é verdade, que tal como se objetiva na sociedade capitalista, o trabalho é degradado aviltado, Torna-se estranhado. O que deveria se constituir na finalidade básica do ser social – a sua realização no e pelo trabalho – é pervertido e depauperado. O processo se converte em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se, como tudo, uma mercadoria, cuja finalidade vem ser a produção de mercadorias. (ANTUNES, 2011, p 144.)

Ao tratar do trabalho como categoria fundante do ser social, pensa-se em atividade que produz um valor de uso, conhecido como trabalho concreto, porém, na esfera capitalista, em que a competitividade e individualismo imperam, essa atividade é distorcida, estranhada e fetichizada, perdendo sua essência e transformada em valor de troca, sendo um trabalho abstrato. Esse trabalho abstrato, que faz com que a troca seja mais importante que o uso, é o elemento causador do estranhamento do trabalhador nas suas atividades, em que este, estranha e considera alheio o objeto que produz. À medida que acontece esse estranhamento do trabalho, o trabalhador transfere esse processo para sua vida, acreditando-o que sua existência só é útil somente para realizar essa atividade estranhada.

[...] no modo de produção capitalista o trabalho utilizado para valor de uso perde espaço para o trabalho voltado para o valor de troca, ou seja, o processo sofre alterações: por um lado, o trabalho permanece como atividade orientada a produzir valores de uso e a satisfazer às necessidades humanas; e, por outro, reproduz dois fenômenos particulares: primeiro, o trabalhador atua sob o controle do capitalista a quem pertence seu trabalho e, segundo, o produto é propriedade do capitalista e não do trabalhador. Nessas relações, o trabalho se configura numa relação assalariada, alienada e fetichizada, consequência de uma relação social fundada na propriedade privada, em que o trabalhador não tem o controle sobre os processos produtivos, estando o trabalho mais preso ao reino das necessidades do que ao da liberdade. (MARIA; PREDES, 2010, p.4)



Esse estranhamento é intensificado com os avanços das forças produtivas em que se prioriza o capital e desvaloriza a categoria trabalho. O desenvolvimento das forças produtivas com o intuito de atender os interesses do capital, criou meios para assegurar o sistema, um deles, foi à criação da fábrica como um mecanismo de coisificar ou reduzir a mão de obra.

Segundo Navarro e Padilha (2007), "A dimensão crucial da glorificação do trabalho deu-se com o surgimento da fábrica mecanizada, que aparecia aos olhos do mundo ocidental como a nova ilusão de que não haveria limites para a produtividade humana." (p.16). Dessa maneira, a corrida tecnológica nas indústrias buscava a produtividade do trabalho, era necessário produzir mais em pouco tempo, era forma de controlar o tempo da produção.

Reforçando o pensamento acima, Decca apud Navarro e Padilha(2007) afirma que:

[...] é preciso encontrar a fábrica em todos os lugares em que se teve a intenção de disciplinar e assujeitar o trabalhador. Isso quer dizer que o sucesso da fábrica não foi, como se pode pensar, a mecanização e o desenvolvimento tecnológico, mas sim o fato de ela ter sido um lócus privilegiado da disciplinarização dos trabalhadores que acabaram por introjetar dentro de cada um o relógio moral do desenvolvimento capitalista. (NAVARRO; PADILHA,2007, p.16)

Esse processo de aumento da produtividade e divisão do trabalho implica o aumento na intensidade do trabalho, resultando numa exploração e possivelmente numa precarização do trabalho. É importante destacar que:

A história da organização do trabalho é a história do desenvolvimento tecnológico em favor da acumulação capitalista ao mesmo tempo em que é a história do sofrimento dos trabalhadores. Os avanços científicos ocorridos em nome do progresso não conseguiram eliminar as formas de exploração física e psíquica dos trabalhadores, nas fábricas ou fora delas. As técnicas de organização da produção e do trabalho, baseadas nos princípios taylorista, fordista e loyolista só fizeram aumentar estas formas de exploração. (NAVARRO; PADILHA2007, p.17)

As metamorfoses do mundo do trabalho são consequências de uma conjuntura política, social e econômica que estabelecem o modo de produção capitalista, sua forma de acumulação do capital, meios de exploração, crises e repercussões na vida concreta das pessoas.

Vale destacar, que o período da expansão econômica do pós-guerra, teve uma grande importância para demarcar o significado da reestruturação produtiva<sup>6</sup>, ocorrida durante os anos 30 até meados dos anos 70, que foram marcadas pela expansão do capitalismo, sustentadas pelo padrão taylorista e fordista, em que as estratégias de organização e gestão do processo de trabalho se dava em produção em série e em massa, havia uma divisão de tarefas. Nesse modelo já se percebe alguns elementos da precarização do trabalho, em que o trabalhador executava movimentos de forma rápida e repetitiva. Houve também, nesse período, uma opção de ajustamento ao neoliberalismo<sup>7</sup> e a nova ordem econômica globalizada, que atingiram duramente os Estados Nacionais periféricos, causando intensos impactos em sociedades historicamente desiguais como a brasileira. As autoras Dirlene Cavalcante e Rosa Predes (2010) apresentam a dualidade capital x trabalho desse modelo de produção/acumulação, da seguinte maneira:

Para o capital, os resultados das transformações ocorridas com o fordismo são altamente positivos, devido ao impulso que proporcionaram à produção. Contudo, para a classe trabalhadora, houve uma intensificação das formas de exploração, além de fazer com que o trabalhador perdesse o controle sobre suas habilidades, em decorrência do trabalho parcelado e fragmentado. Acrescenta-se a esses fatores a separação entre quem elabora e os que executam as tarefas, que reduz o trabalho a uma ação mecânica, por suprimir o componente intelectual do trabalhador. Assim sendo, a principal meta era controlar e intensificar o trabalho por meio do parcelamento das tarefas, e a separação entre planejamento e execução implicava para o trabalhador uma real perda de suas qualificações específicas. (CAVALCANTE; PRÉDES, 2010, p.6)

---

<sup>6</sup>Reestruturação produtiva que aqui será entendida segundo Silva (2009) como um período de reestruturação econômica e reajustamento social e político, em busca de um novo padrão de acumulação e modo de regulação social e político a ele vinculado." (SILVA, 2009, p.70).

<sup>7</sup>Como Leite (2009) considero o modelo neoliberal como uma série de medidas, tais como, "[...] abertura econômica, incremento às importações via redução das alíquotas sobre vários bens de consumo, redução da interferência estatal na economia e, conseqüente redefinição de áreas de atuação, no qual o Estado se retirou da produção de bens e serviços e focou sua atuação, apenas na regulação e fiscalização e aceleração do processo de privatização." (LEITE, 2009, p.33)

Em função deste cenário, presencia-se a ampliação da exploração e a precarização nas condições e relações de trabalho, um contexto que atinge duramente a classe trabalhadora em sua materialidade e organização. Sabe-se que em diferentes sociedades a produção e a reprodução social assumem características próprias, como nas sociedades capitalistas em que existe a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção. Sociedade essa, marcada pela exploração do trabalho, na qual o fenômeno da alienação assume novas particularidades, pois o processo de trabalho não é mais uma atividade de realização básica e sim o principal meio de subsistência, sendo o trabalhador uma mercadoria valorosa, haja vista sua capacidade de produzir valor, que se encontra incorporado nas novas mercadorias que produz para o capital.

Dessa lógica eclode uma exploração cada vez maior, desencadeando o contexto atual em que o capital, na sua busca incessante por lucros, passa a se apropriar não somente da força de trabalho humana, não somente daquilo que é produzido, mas também da saúde, da própria condição orgânica dos trabalhadores, já que não poupa esforços em fazer essa força de trabalho produzir cada vez mais valor, mesmo que isso signifique ultrapassar os limites suportáveis para o corpo e a mente desses trabalhadores. Presencia-se uma intensa fragmentação nas relações de trabalho e nas relações pessoais.

Esse processo fragilizou as lutas sindicais dos trabalhadores, dificultando a defesa dos direitos trabalhistas. De um lado, encontram-se os trabalhadores estáveis e de outro, os trabalhadores preconizados/terceirizados, ou com outras formas de contratação. Os primeiros, procurando preservar os seus interesses individuais não se aglutinavam com a outra camada de trabalhadores.

De fato, como reflete Mota e Amaral(1998):

O conjunto destas mudanças na esfera da produção e da organização social implicou no redirecionamento da intervenção do Estado, em especial, nos mecanismos de regulação da produção material e da gestão estatal e privada da força de trabalho. Nessa conjuntura, as mudanças nas relações entre Estado, sociedade e mercado, materializam-se em um conjunto de medidas de ajustes econômico e de reformas institucionais, cujos destaques são os mecanismos de privatização, as pressões do empresariado e da burocracia estatal para suprimir

direitos sociais e trabalhistas a “naturalização” da superexploração do trabalho [...] (MOTA; AMARAL, 1998, p.17)

Ante essa conjuntura, identifica-se que a configuração do capitalismo contemporâneo vem ampliando as expressões da questão social<sup>8</sup>. As novas formas de produção e reprodução social inerentes ao capitalismo financeiro e globalizado se refletem na organização do trabalho, obrigando os trabalhadores a enfrentarem um período de recessão crescente, no qual o contexto flexível e precarizado presente nas relações e condições de trabalho intensificam a terceirização, a informalidade, o desemprego, entre outros. Presencia-se um empobrecimento e uma desproteção social cada vez maior.

No século passado podem-se identificar algumas crises como, por exemplo, a crise estrutural dos anos de 1970, que foi uma crise de superacumulação <sup>9</sup>. Para recuperar sua hegemonia e restabelecer seu crescimento, o capital precisou implementar uma reestruturação de alcance global. Que aqui será entendida segundo Silva (2009) como um período de “reestruturação econômica e reajustamento social e político, em busca de um novo padrão de acumulação e modo de regulação social e político a ele vinculado.” (SILVA, 2009, p.70). As consequências dessa crise e as formas usadas pelo capital para enfrentá-la foram devastadoras para o mundo do trabalho. Os trabalhadores viveram uma situação fortemente crítica e passaram por uma série de mudanças que culminaram por abalar profundamente o movimento sindical e sua materialidade enquanto classe.

Segundo Antunes (1999), o projeto neoliberal, uma reação teórica ao WelfareState<sup>10</sup>, passou a ser hegemônico após essa crise da década de 70,

---

<sup>8</sup>O termo questão social é entendido neste estudo segundo a autora Iamamoto, quando esta define mesmo como sendo expressões, no cotidiano da vida social, das contradições derivadas da relação desigual entre burguesia (capital) e proletariado (trabalho), colocada no cenário pela classe trabalhadora quando esta começou a se organizar. (IAMAMOTO, 2008, p.77).

<sup>9</sup> Uma crise de superacumulação com as seguintes características: “elevação das taxas de inflação, a crise financeira e do comércio internacional, a recessão econômica, com seus elementos constitutivos (desemprego, baixo crescimento econômico, baixa lucratividade, etc.) [...]” (SILVA, 2009, p.69)

<sup>10</sup>O WelfareState ou Estado do Bem Estar Social é o termo utilizado para designar o período em que o Estado garantiu direitos sociais aos cidadãos (educação, saúde, habitação, renda e seguridade social) através de forte intervenção na economia para regular as atividades produtivas, com vistas a geração de renda, incentivo ao consumo e diminuição das desigualdades sociais. Foram as teorias do inglês John M. Keynes que inspiraram as medidas empregadas no período.

sendo esse o centro das mudanças que se seguem, pois, como afirma o autor, ele passa “a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas [...] contemplando reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do estado, políticas fiscais e monetárias, sintonizadas com os organismos mundiais [...]” (ANTUNES, 1999, p.22).

Todas estas transformações empregadas com as transformações no mundo do trabalho e com as novas formas do capitalista de produzir implicaram em enormes consequências para a classe trabalhadora, dentre elas: diminuição do número de trabalhadores estáveis; aumento do trabalho precarizado (terceirização, sub-contratação, contratos temporários, desemprego, etc.); exploração do trabalho infantil, desmonte de direitos sociais, desestabilização do movimento sindical, dentre outras.

As transformações no mundo do trabalho viabilizam a intensificação disfarçada das estratégias de exploração e de dominação por parte do capital em todos os setores do trabalho. É uma realidade que a conjuntura contemporânea aprofunda as contradições expressas pela questão social, intensificando, na atualidade, condições precárias de trabalho e de vida, obrigando a classe trabalhadora a enfrentar um período de recessão crescente e de perda de direitos.

As transformações no mundo do trabalho, impulsionadas pela crise do capital, impactam diretamente em direitos, ou negação destes e construção, implementação e execução das políticas sociais, que é o que será explanado no tópico a seguir.

## **1.2- Crise do capital e suas implicações nas políticas sociais.**

No modo de produção capitalista, o Estado possui um papel dual e contraditório. Possui duas funções básicas (O'CONNOR, 1977), acumulação e legitimação, ou seja, esse Estado deve criar ou manter condições que seja possível à acumulação capitalista e deve criar condições de manter a sociedade em harmonia e se legitimar dentro da sociedade capitalista. Isso quer dizer que o Estado não pode utilizar sempre da coação para conseguir se legitimar ou legitimar e ajudar a classe dominante a acumular mais capital, caso contrário, ele perderá essa legitimação. Mas ele não pode, também, deixar de criar condições para que essa classe dominante continue a acumular capital. Percebe-se, então, a contradição existente no Estado já que ele tem que buscar a sua legitimação perante a uma classe dominada e oferecer condições de acumulação de riquezas para uma classe dominante.

Seguindo este raciocínio e de acordo com o pensamento marxista, o Estado, pode ser um sistema de exploração de classes, no qual há uma classe que possui os meios de produção e a outra, dominada, que vende sua força de trabalho para a classe dominante. Essa exploração utilizada dentro do Estado capitalista tem sua origem na diferença entre o valor da força de trabalho e o valor produzido pelo trabalhador e; na apropriação da mais-valia pelo capitalista. Assim, o Estado capitalista possui suas próprias leis autônomas e dinâmicas, tendo como aparato diversas instituições públicas, privadas e outras que transitam entre estas duas esferas, possuindo aparato repressivo, ideológico, judicial e legislativo.

O Estado, deve ter como objetivo a garantia da proteção social, assim, o seu gasto social será maior e aglomerará um maior número de políticas sociais de renda, educação, saúde e outros. Mas se o Estado tem como um maior objetivo manter a lógica do mercado e do capital, ou seja, criar maiores condições de acumulação capitalista, provavelmente essas políticas terão outra aparência, elas poderão ser adquiridas dentro da lógica do mercado ou possuir um caráter de ajuda e caridade. Por isso, se torna imprescindível conhecer as características que o Estado assume dentro do sistema político que esta inserido.

O capitalismo, em suas crises cíclicas encontra formas para sua autoreprodução e sua transmutação, de forma que este sobreviva e prossiga em seu processo de acumulação e exploração, desta forma, como resposta à sua própria crise, que na verdade significa uma crise global que afeta tanto as formas de produção e valorização do capital quanto às de reprodução e regulação social, inicia-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujas expressões consistem na reestruturação produtiva, na financeirização do capital e na ofensiva neoliberal.

Esse modelo surgiu após a segunda guerra mundial, contrapondo o modelo de bem estar social, já que as ideias neoliberais são opostas ao estado intervencionista, a lógica neoliberalista proponha que as leis naturais regulassem tanto o mercado quanto as relações sociais. A ideologia neoliberal se ancora em quatro conceitos fundamentais, são eles: seletividade/focalização, privatização, descentralização, diminuição dos gastos sociais.

Esse modelo causou alterações no Estado, minimizando o seu papel e transferindo as suas responsabilidades para o setor privado, refletindo drasticamente nas políticas sociais, passando por um processo de privatização do Estado.

Com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho efetivou-se a transição para um padrão de acumulação que assume a flexibilidade como parâmetro para a produção capitalista. Nesta perspectiva, uma “nova ordem” se estabelece para acompanhar e revigorar as forças do capital. Atendendo a esta racionalidade do capital, “flexibilizar” passa a ser a “pedra de toque” da reestruturação capitalista (ANTUNES, 1999; NETTO, 1996).

Evidencia-se, uma subordinação do Estado à lógica neoliberal, na qual está é contrária ao Estado intervencionista e de bem-estar. Sendo assim, o Estado se afasta das obrigações sociais, intervindo de maneira reduzida nos aspectos sociais e maximizando sua intervenção nos interesses do mercado. Como ressalta Antunes (2011):

Os serviços públicos, como saúde, energia, educação, telecomunicação, previdência etc. também sofreram, como não poderia deixar de ser, um significativo processo de reestruturação, subordinando-o à máxima da mercadorização,

que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público (ANTUNES, 2011, p.107).

Ainda de acordo com o citado autor, o que se verifica é uma mercantilização dos serviços públicos, em que o acesso por serviços de qualidade, só é adquirido a quem pode comprar os indivíduos que não tem esse poder de compra, utilizam dos serviços prestados pelo Estado, que oferta o mínimo possível e com má qualidade à população. Sendo assim como enfatiza Faleiros (2009);

O Estado capitalista é uma garantia de manutenção das condições gerais de reprodução do capital e da produção, isto é, da acumulação capitalista. Ele assume os investimentos não rentáveis para o capital, assume os investimentos que demandam recursos que superam a disponibilidade dos capitalistas, transforma os recursos públicos em meios de favorecer e estimular o capital, cria infra-estrutura necessária para os investimentos e a circulação do capital[...]. (FALEIROS, 2009, p.65)

Dessa forma, o Estado passa por um processo chamado de contrarreforma, em que atende as necessidades do capital, e se exime das responsabilidades das demandas públicas, reduzindo gastos nesse setor. Com isso há uma redefinição dos serviços públicos, uma minimização das políticas sociais, tornando-se ações focalizadas e direcionadas para um segmento empobrecido, contradizendo o direito universal de acesso a serviços essenciais. Em meio às questões abordadas anteriormente, Girlene Cavalcante e Rosa Prêdes (2010) ratificam que:

[...] esse processo de reforma do Estado afetou a população brasileira e ocasionou grandes consequências, como: privatização das estatais, redução do papel do Estado, saneamento da dívida pública, desregulamentação do mercado de trabalho e minimização das políticas sociais através de cortes nos gastos sociais. Com isso, o atendimento dos serviços públicos, que era de responsabilidade do Estado, passou a ser visto como uma fonte de acumulação para os capitalistas. (MARIA e PRÉDES, 2010, p.11)

Acrescenta-se a compreensão de Alves (2015):



As políticas sociais sofrem os rebatimentos da reorganização do capital para o enfrentamento da crise, assim, há uma ampliação da participação do setor privado no provimento das necessidades sociais, reforçando o processo de mercantilização dos serviços sociais (redes mínimas de proteção social na saúde, educação e assistência social). O desmonte do sistema de proteção social vem se efetivando gradativamente, com medidas justificadas pelo Estado, muitos serviços transformados em mercadorias, sobretudo serviços essenciais, dentre eles educação e saúde[...]. (ALVES,2015, p.193)

Nesse contexto, percebem-se as alterações no papel do Estado, ou seja, cada vez mais atendendo aos ditames do mercado e cada vez menos as necessidades humanas. O Estado assume uma intervenção máxima para garantir os lucros do capital e mínima para a reprodução da força de trabalho, acentuando cada vez mais as desigualdades sociais, expressas na agudização das expressões da “questão social”.

Na atual conjuntura do capitalismo monopolista, o capital, não conseguindo mais encontrar formas de extrair superlucros das mercadorias que produz, decide transformar as políticas sociais em “novas mercadorias”, promovendo com mais organicidade o processo de financeirização/privatização das políticas sociais, com medidas articuladas entre si, a exemplo das reformas da previdência social, da expansão da educação privada e do processo de desmonte do SUS e conseqüente retomada a privatização da política de saúde (NOBREGA, 2015).

A política social, muito longe de atingir aqueles que identificados como excluídos, passa a desenvolver mecanismos eficazes para manter a reprodução da dominação, definindo políticas de limitação dos salários em patamares “ótimos” para o capital, deixando “livres” os preços das mercadorias necessárias tanto à sobrevivência/subsistência das classes dominadas, quanto à acumulação capitalista.

No capitalismo contemporâneo, constata-se que o neoliberalismo, enquanto uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar social (ANDERSON,1998), provocou o desemprego e a desigualdade social, atestando a sua vitória. Conseguiu obter uma hegemonia ideológica mundial, porém não foi capaz de alavancar a produção e aumentar as taxas de crescimento econômico. Os Estados nacionais foram levados a renunciar a

qualquer pretensão à soberania. As políticas sociais tornaram-se cada vez mais focalizadas e mais privatizadas. Ao lado da exaltação do mercado, o cidadão foi reduzido à mera condição de consumidor (IAMAMOTO, 2008)

Vale lembrar que o Brasil não acompanhou o mesmo processo histórico dos países de capitalismo central, o desenvolvimento das relações sociais capitalistas ocorreram diferentes dos demais países. Destarte, o surgimento das políticas sociais no Brasil também acompanhou a mesma condição do capitalismo tardio no Brasil.

Desse modo, pode-se dizer que a crise estrutural do capital e suas diversas manifestações no Brasil, principalmente a partir da década de 1990, resultaram em mudanças regressivas em todas as esferas da vida social. Acentuaram-se as desigualdades sociais, a destituição dos direitos, a criminalização da pobreza e, sobretudo, a violência, revelando o esgotamento de outras possibilidades sociais.

A partir da década de 1990, no Brasil, nos governos Fernando Collor e Itamar Franco, ocorreu a ofensiva neoliberal, consolidando-se no governo de Fernando Henrique Cardoso. A partir daí, as políticas sociais vêm sofrendo constantemente um processo de desmonte. As diretrizes para o referido desmonte se materializam no Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE, 1995), que conjuga a redução dos direitos sociais e o beneficiamento do setor privado, apoiado na estratégia de desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil, sob a denominação de publicização<sup>11</sup>.

A década de 90 caracteriza-se por mudanças no cenário político internacional, com fortes rebatimentos nas relações nacionais. Nesse período passa a ocorrer uma rediscussão do papel do Estado, traduzindo-se em propostas de novos modelos de políticas sociais. Desta forma, antes que fossem implementadas as propostas da reforma social inscrita na Constituição Federal, ocorreram, na contramão do processo de abertura política do país,

---

<sup>11</sup>O processo de publicização consiste na descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser por ele subsidiados, como é caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Transfere-se para o setor público não-estatal a produção dos serviços competitivos ou não-exclusivos de Estado, e estabelece-se uma parceria entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle.

Reformas estruturais<sup>12</sup> iniciados no governo Collor de Melo e reafirmadas nos governos posteriores.

Ao longo dos anos 90 foi que o projeto neoliberal tomou força no Brasil e na América Latina como um todo, momento em que a reestruturação produtiva se desenvolveu intensamente no país. Para Antunes (2005), nessa época, o Brasil integra-se à chamada fase da mundialização ou globalização da economia, ampliando grandemente a sua dívida externa. Acrescenta-se, ainda, que o país adapta-se externamente ao mundo globalizado e desintegra-se internamente, aumentando o grau de dependência aos grandes capitais. Para o Autor citado, após a década de 90, pode-se dizer que o Brasil passou por um processo de “desertificação econômica e social”, com a aceitação acrítica do Consenso de Washington pelo governo de Fernando Henrique Cardoso.

Para Behring (2009), a década de 90 foi marcada pelo neoliberalismo, como uma reação ao Keynesianismo e ao WelfareState. A autora alude que, em finais dos anos 90, o resultado do novo liberalismo é desalentador, em especial do ponto de vista social, pois nega a política social, e o que se apresenta na sociedade é o crescimento da pobreza, do desemprego e da desigualdade.

O centro da reforma consiste no necessário ajuste fiscal, acompanhado de uma cultura de consumo e de privatizações das empresas estatais, as quais se apresentam como um dos pilares, do que se convencionou de contrarreforma, promovendo uma forte incongruência entre o discurso da reforma e a política econômica.

Essa tendência tornou-se mais expressiva no Governo de Luís Inácio Lula da Silva (2002-2010), uma vez que se teve a continuidade do favorecimento dos interesses do capital financeiro. As políticas sociais, neste governo, refletiram seu alinhamento com as determinações dos agentes financeiros nacionais e internacionais, por intermédio do redirecionamento e corte dos gastos sociais (DRUCK e FILGUEIRAS, 2007).

Portanto, as estratégias utilizadas pelo capital para superar a crise atual, particularmente aquelas expressas na redefinição do papel do Estado e na configuração das políticas sociais, vem repercutindo diretamente na política de saúde, via privatização, sucateamento e subfinanciamento, o que tem implicado

---

<sup>12</sup>Ou contra reformas, como assevera Behring (2003).

num verdadeiro processo de desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS). Vem, pois, afetando diretamente as relações de trabalho neste âmbito, principalmente dos (as) assistentes sociais, visto que estes têm no Estado o seu principal empregador, promovendo, assim, um processo de precarização tanto na oferta dos serviços, quanto na inserção dos trabalhadores nesse espaço sócio-ocupacional,

As implicações do neoliberalismo nas políticas sociais são desastrosas, visto que, estas passam a ter caráter paliativo e complementar por meio de ações compensatórias e fragmentadas. Sendo assim, esse modelo opõe aos princípios estruturantes do Welfare-State de garantia a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais.

A funcionalidade da política social na sociedade burguesa, especificamente no Brasil, tem como objetivo de preservar os interesses do capital, apresentando como estratégia do governo para integrar a classe que “vive do trabalho” na condição de trabalho assalariado, podendo assim consumir e concomitantemente, é um meio de atender superficialmente as problemáticas apresentadas pela questão social decorrente do próprio sistema vigente, garantindo a subordinação dos trabalhadores a ordem do capital, reforçando assim as desigualdades sociais (PASTORINI,1997,p.90).

O processo de lutas que antecedeu a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi uma fase que possibilitou a democratização das ações e funções do Estado Brasileiro, porém o Brasil estava inserido num campo contraditório, que ao mesmo tempo, que houve a ampliação dos direitos sociais, encontra-se num cenário com ideias neoliberais, fortemente consolidada e influenciada no nosso país,

Boschetti em seu texto “Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites a sua efetivação”, menciona que todos os princípios instituídos na constituição de 88 estão rechaçados, desestruturando assim a seguridade social. Somente a seletividade e distributividade são materializadas.

Diante da conjuntura atual, as conquistas garantidas na Constituição de 88, têm sido colocadas em xeque, haja vista que esses direitos conquistados são ameaçados, em razão do contexto neoliberal. Destaca-se aqui a política de

saúde, reconhecida como uma política social, sendo assegurada, tanto na Constituição como nas Leis 8.080/90, como na 8.142/90, a universalidade, integralidade, equidade, dentre outros princípios, sofre os impactos dessa crise perversa do capitalismo.

Em tempo de ofensiva neoliberal, estamos presenciando um conservadorismo renovado. Sobre esse processo Dias (1997, p. 15) é enfático ao afirmar que “o momento atual é o da passivização da ordem: a expansão do capital requer e exige a recusa a plena cidadania, ainda que formal. Trata-se da quebra dos direitos sociais como base da acumulação e da velha/ nova cidadania burguesa. O ‘novo’ como matriz de reconstrução e permanência do ‘velho’”. Tal observação reafirma o pressuposto de que a cidadania é bastante limitada, nessa lógica vigente. Os direitos são solapados constantemente, para assim garantir a ampliação do capital e subalternidade dos trabalhadores.

## **Capítulo 02 - A política de saúde no contexto da contrarreforma: implicações para Serviço Social.**

Discutiremos, neste capítulo, a política de saúde brasileira inserida nas novas configurações da contrarreforma do Estado, e seus efeitos para o serviço social. Para isso, iniciaremos, a discussão sobre os antecedentes do SUS, apresentando o seu percurso histórico, da sua construção e implementação desse sistema de saúde. Em seguida, discorreremos a contrarreforma na saúde e o SUS na atualidade, trazendo as suas mudanças e alterações na política de saúde, bem como suas principais características nesse período até os dias atuais; ao final, trataremos do Serviço Social e Saúde, trazendo a sua inter-relação com o projeto da reforma sanitária e da implementação do Sistema Único de Saúde, concomitantemente sua função social no âmbito da saúde e as implicações da contrarreforma para o Serviço Social.

### **2.1 Antecedentes do SUS**

Anterior a implementação do SUS, a assistência à saúde restringia aos indivíduos vinculados ao mercado de trabalho formal, que possuíam carteira assinada, estes possuíam acesso à assistência médica da previdência social. E os que não estavam inseridos nessa categoria, buscavam atendimentos nas santas casas de misericórdias, postos do município ou estados ou pagavam pelos serviços médicos.

Inicialmente, a medicina previdenciária, funcionava com as caixas de aposentadorias e pensões, conhecidas como CAPS, promulgada pela Lei Eloy Chaves, esta que foi considerada o marco histórico da previdência no Brasil. Entretanto no período da década de 30, o Brasil passava por várias transformações políticas e econômicas, no aspecto político, Getúlio Vargas, chega ao poder político com a Revolução de 1930, na qual suas primeiras medidas consistiram na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).

Além da criação do Ministério, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que interviu em campanhas relacionadas ao combate a doenças

tropicais e na educação sanitária. Em 1953, ocorreu a separação da saúde e educação, sendo somente, Ministério da Saúde.

Foi criado ainda nesse governo de Vargas, um novo modelo de organização previdenciária, os chamados IAPS (Instituto de Aposentadoria e Pensões), em que foram construídos um instituto para cada categoria profissional, substituindo as antigas CAPs. Esse modelo de Saúde visava cobrir os riscos relacionados à perda da capacidade laborativa (morte, invalidez, velhice, doença).

Com o crescimento da previdência social, houve uma ampliação da sua cobertura, ocorrendo assim à unificação de todos os institutos no Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) com exceção do Instituto de Previdência a Assistência dos Servidores do Estado (IPASE).

À medida que ocorreu o crescimento na assistência da previdência social, concomitante, expandiu-se a assistência médica, passando a cobrar pelos serviços ofertados, assim a política de saúde nessa época foi marcada pelo desenvolvimento do mercado privado de saúde, que visava a compra pelos serviços e também subsídios dos governos para construção de hospitais, sendo um modelo centrado na lógica da lucratividade, não se pensava na saúde ou na cura da clientela.

Como aponta (Lima et al, 2005):

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido de mercantilização crescente da saúde (LIMA et al, 2005, p.60)

A assistência médica previdenciária eram pagas pelas Unidades de Serviços – US, tornando um meio de incontrolável corrupção, nesse período foram construídas diversas clínicas e hospitais privados com o dinheiro público, advindo dos recursos da Previdência Social. Sobre esse cenário de irregularidades, Paim (2009) apresenta uma situação:

[...] Epidemias de cesarianas, internações de mendigos em hospitais psiquiátricos particulares, “cirurgias ginecológicas” em homens e outros absurdos eram pagos pela previdência social, por meio de um mecanismo de pagamento baseado nas

Unidades de Serviços. Quanto maior o valor da US, mais o procedimento era produzido. Se um parto normal valia menos US que uma cesariana, médicos e hospitais evitavam a realização de partos normais. (PAIM, 2009, p.35)

A realidade sanitária da população brasileira não era estudada e aprofundada nos cursos de medicina, os estudos se concentravam na especialização e nas questões referentes às descobertas das indústrias farmacêuticas, equipamentos médico- hospitalares, a sofisticação no setor tecnológico (LIMA et al,2005, p.65)

Vale destacar que a política de saúde era dividida em dois segmentos: saúde pública que era promovida através de campanhas sanitárias e a medicina previdenciária, restrita aos segurados. Percebe-se que à assistência à saúde era pensada na perspectiva de seguro e não como um direito do cidadão. Além disso, na política de saúde, havia uma diferenciação, as ações de caráter coletivo ficavam sobre responsabilidade do ministério da saúde e as ações curativas restritas aos que contribuíssem para previdência social, a mesma responsável por essas ações.

Como aponta Paim (2009):

[...], a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial. (PAIM,2009, p.31)

A política de saúde na década de 70 apresentava um modelo hegemônico médico assistencial privatista. Diante dessa situação, o sistema de saúde brasileiro encontrava-se ineficiente, ineficaz, inadequado, mal distribuído, mal coordenado, passando a enfrentar uma crise.

Foi nesse momento que os estudos e pesquisas apresentavam os fatores negativos do modelo de saúde adotado naquela época. Insatisfeitos com o quadro precário existente na saúde, alguns membros da sociedade, pesquisadores, estudantes e profissionais da saúde, realizavam seminários e



congressos, debatendo sobre as epidemias, endemias e a insuficiência da qualidade de saúde para a população.

No ano de 1974, o general Ernesto Geisel assume a presidência, iniciando uma fase de auto reforma, propondo uma abertura política “lenta e gradual”. Dentre as medidas estabelecidas por esse governo, estava o fim da censura as imprensas, a anulação paulatina dos mecanismos coercitivos legais existentes no período ditatorial, essas medidas foram um meio de enfrentamento do governo, por não ter conseguido consolidar sua hegemonia.

Sobre esse aspecto de mudança gradual da elite com a sociedade civil, Gallo e Nascimento (2006) comentam:

A democratização e o concomitante fortalecimento da autonomia da sociedade civil estão obrigando as elites brasileiras a mudar a forma tradicional com a qual estavam acostumadas a manter e exercer seu poder – a dominação /coerção. Elas atualmente necessitam legitimar-se perante a sociedade, o que vale não só para as classes dominantes, como também para as subalternas. (GALLO; NASCIMENTO, 2006, p.91)

No âmbito econômico e social, estava o II Plano Nacional de Desenvolvimento- PND que estabelecia como prioridades, a saúde, educação e infra-estrutura dos serviços urbanos. E como meio de enfrentar alguns desafios na área da saúde, o governo criou o Conselho de Desenvolvimento Social – CDS e o Ministério da Previdência e Assistência Social- MPAS.

A estratégia de distensão política, iniciada pelo governo do general Geisel (1974 – 1979), possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento asádua das populações mais carentes. A política de saúde adotada até então pelos governos militares, punha ênfase em uma medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva (LIMA, et al. 2005, p. 67).

É importante lembrar que o modelo de proteção social no Brasil se expande no governo de Vargas de 1930 a 45 e no regime militar 64 a 84, porém não existia participação da sociedade na gestão e na tomada de decisão, favorecendo assim apenas uma minoria.

Como aponta Fleury (1994), no processo de expansão da seguridade social “ocorreu de forma a reforçar seu caráter fragmentado e estratificado, como

parte da estratégia política de cooptação das frações mais organizadas dos trabalhadores”. (FLEURY, 1994, p.195)

Ainda numa conjuntura de forte autoritarismo, nos espaços públicos aumentava à discussão sobre crise da saúde, a qualidade da saúde ofertada a população, reforçando a construção do movimento sanitário que se articulava com uma série de propostas contrárias ao governo militar.

Para compreender como se deu a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil, é necessário entender o movimento que reuniu instituições acadêmicas, sociedades científicas, associações comunitárias, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), profissionais e sindicalistas, dentre outros, em defesa da reestruturação dos sistemas de serviços e da democratização dos serviços.

Esse movimento chamado de Movimento Sanitário foi o propulsor da reforma sanitária no Brasil. Em 1970 com o fim da ditadura e a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), o movimento sanitarista ganha destaque abrangente e nacional (DUARTE, 2014).

Um momento muito importante para o movimento da reforma sanitária, foi a criação do CEBES, constituído por um grupo de médicos que faziam parte dos Departamentos de estudos de medicina preventiva e medicina social de São Paulo e Rio de Janeiro. O CEBES foi um espaço democrático para diálogo e articulação da reforma sanitária, em que se discutiam questões referente a saúde pública e a elaboração das propostas da reforma.

Paim defende que a democratização da saúde, vai além de uma formulação política de saúde ou da construção de um novo sistema, representava uma revisão nas concepções, paradigmas e mudanças do estado com a sociedade e dos funcionários com os cidadãos. (PAIM, 2007, p136)

O autor citado acima denomina esse movimento de democratização da saúde, “movimento sanitário”, ou movimento da reforma sanitária, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental, emerge com o Cebes e atravessa a conjuntura examinadas na presente investigação “(PAIM, 2007, p.150).

Na visão de Sarah Escorel (2006), ela identifica o movimento sanitário como um conjunto heterogêneo composto por grupos corporativistas como os médicos, profissionais de saúde coletiva, também os movimentos populares,

todos com os mesmos interesses em direção da “construção de um projeto global da sociedade”<sup>13</sup>. A autora ainda ressalta que o movimento é um campo “intelectual coletivamente orgânico das classes trabalhadoras no campo da luta da saúde (ESCOREL, 2006, p.186).

Já os autores Nascimento e Gallo (2006), destacam que o Movimento Sanitário é formado por diferentes setores progressistas. Inicialmente articulados por um conjunto de intelectuais, mas ao passar dos anos, agregam diversos membros da sociedade civil, que reforçaram e contribuíram para esse movimento.

O ministério da saúde em sua publicação Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo, a ocupação de espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde ante a crise previdenciária do Estado. Foi movimento que contou com a participação popular, para amadurecimento de um movimento crítico e reflexivo, sendo uma experiência rica e singular para fortalecimento da luta em torno das políticas públicas, das implicações da relação estado/sociedade, e a centralização das ideias para a Reforma Sanitária.

Deste modo, fica claro entender que os autores que estudaram o movimento sanitário do Brasil, identificaram que tal movimento reuniu uma ampla diversidade de atores sociais que lutavam em defesa de uma democratização da saúde e o fim da ditadura militar

Ainda nesse contexto, antes da realização da 8º conferência, ocorreu o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, onde foi apresentado pelo Cebes, pela primeira vez, um documento intitulado “A questão Democrática na área de saúde”, as propostas do SUS, contendo um conjunto de princípios e diretrizes para a sua criação.

O principal evento para a análise do movimento sanitário brasileiro foi a 8º conferência Nacional de Saúde, realizada no período do governo de Sarney, em março de 1986, que contou com a participação da sociedade civil nas decisões a respeito da política de saúde teve como comissão organizadora o Dr. Sergio Arouca<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Expressão utilizada pela autora Sara Escorel no seu texto “Saúde: uma questão Nacional”

<sup>14</sup> Uma das principais lideranças do movimento da reforma sanitária

Essa conferência reuniu mais de quatro mil pessoas para discussão da implantação da reforma sanitária, tendo participação de mil como delegados, representantes de instituições públicas e privadas de saúde, principais universidades do país, partidos políticos e religiosos, sindicatos e organizações comunitárias de trabalhadores de todo o Brasil.

Verifica-se que esse processo político coletivo ocorrido na “oitava <sup>15</sup>” almejava modificações no setor saúde, que ultrapassavam uma reforma administrativa e financeira, era necessário uma reformulação ampliada e profunda na concepção de saúde (SCOREL et al, 2005, 78).

Com a pluralidade de atores sociais presentes nesse evento histórico da saúde, é importante atentar o embate entre duas vertentes ideológicas: os defensores da reforma sanitária e os grupos privados que se sentem ameaçados frente a seus interesses privados.

Gallo e Nascimento (2006) expressam esse campo polarizado de interesses:

Estamos em pleno universo gramsciano: uma guerra de posições que se desenvolve por caminhos tortuosos, onde atores a favor e contra a Reforma Sanitária defendem seus ideários e entram em luta (de forma velada e aberta), nas mais diversas instâncias[...] (GALLO, NASCIMENTO, 2006, p.93)

Outro ponto discutido na conferência diz respeito à desvinculação da Previdência Social e do Ministério da Saúde- INAMPS, os conferencistas defendiam a separação do setor saúde, sendo administrado por um órgão federal e a previdência social, ter sua própria ação de seguro social. Assim na 8ª CNS que culminou a criação do Sistema Único de Saúde e a separação da Saúde e Previdência.

Enquanto se aprofundava a discussão da constituição do SUS, foram adotadas medidas que garantissem a unificação dos serviços de saúde e a integração das ações, foi criado o Sistema Único Descentralizado (SUDS), seus princípios baseados na universalização, descentralização, regionalização, equidade, participação popular, hierarquização.

Finalmente em 1988, a Constituição Brasileira incorpora as teses discutidas na VIII conferência, reconhecendo a saúde como direito de todos e

---

<sup>15</sup> A 8ª Conferência Nacional de Saúde também ficou popularmente conhecida como oitava

dever do estado, devendo, portanto garantir acesso universal para todos e fornecer bens e serviços que garantam a promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo redefinidas prioridades do Estado para a política de saúde pública, sendo assim é atribuição do Estado a garantia de direitos sociais. O artigo 196 da CF/ 88 aborda:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde integra ações e serviços organizados por uma rede hierarquizada e regionalizada, baseados em três diretrizes fundamentais: descentralização, integralidade e participação social por meio dos conselhos de saúde.

Esse sistema de saúde tem como características: universalidade, gratuidade dos serviços, financiamento das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), participação dos órgãos privados de forma complementar. O SUS foi regulamentado pela lei orgânica da saúde (LOS), as leis 8080 e 8142/90, a primeira tratando das condições de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a segunda dispõe sobre a participação da população na gestão do SUS. Neste sentido, a nova legislação descrita é fruto das reivindicações e luta do Movimento da Reforma Sanitária.

É oportuno ressaltar que a Constituição Federal, ao tratar sobre o direito à saúde, institui a participação da comunidade no controle, fiscalização das ações e serviços de saúde. Além do mais, tendo em vista que a saúde é um dever do Estado, é responsabilidade deste promover políticas públicas em ações e serviços de saúde, de modo hierarquizado e regionalizado.

Dentre as importantes inovações fortalecidas pela constituição cidadã, se destaca a nova concepção de saúde, esta que passa ser compreendida para além da ausência de doença, abrangendo um conjunto de bens e serviços que devem ser ofertados para a sociedade para garantir de boas condições de vida, esse conceito de saúde ultrapassa as dimensões biológicas e ecológicas da saúde, abarcando uma dimensão biopsicossocial, que envolve os fatores determinantes e condicionantes de vida de um indivíduo ou grupo.

Convém acentuar que a criação do SUS foi proveniente de um processo histórico de lutas na sociedade, que pleiteava uma ruptura com o modelo privatista e hospitalocêntrico, defendendo a descentralização, democratização e universalização das ações e serviços de saúde, descartando a característica histórica das políticas sociais brasileiras de práticas clientelistas e restritivas do sistema de proteção social. O SUS rompe com o antigo modelo de financiamento e incorpora constitucionalmente uma reorganização político - administrativa no setor saúde (LIMA et, al, 2005).

Entretanto, os avanços ocorridos no decorrer da década de 80 não superaram totalmente a lógica de expansão do capital. De um lado, o Estado deve garantir constitucionalmente a universalização dos direitos, de outro lado, o mesmo é inserido num contexto de reajuste e comprometimento aos interesses capitalista, trazendo assim, para o campo social, profundos paradoxos.

O modelo neoliberal surge no mesmo período da regulamentação desses princípios constitucionais, trazendo uma série de medidas desvirtuosas que dificultam a implantação e implementação do SUS.

A concepção de Seguridade Social, tal como posta na constituição de 1988, enfrentou, nos anos imediatamente posteriores à sua promulgação, a mais ferrenha resistência de grande burguesia, de seus representantes políticos e da burocracia estatal a seu serviço – todos, de uma parte, fazendo o possível para congelar e reverter os passos dados que poderiam viabilizá-la( passos bastantes ponderáveis no caso do Sistema Único de Saúde – SUS); de outra, protelando ao máximo a aprovação dos diplomas legais, ou deformando-os , que permitiriam implementá-la( como foi o caso da Lei Orgânica da Assistência Social- LOAS) (NETTO,1999,p.85)

Nesse contexto, há tensionamento entre dois projetos: o projeto da Reforma Sanitária, construído na década de 80, assegurado na Constituição Brasileira de 1988 e o projeto de saúde vinculado ao modelo privatista, proposto pelo modelo hegemônico neoliberal intensificado logo no início da década de 90. Assim, com a eleição de Fernando Collor de Melo e posteriormente Fernando Henrique Cardoso, o receituário neoliberal ganha força no Brasil e inicia o processo de desmonte das políticas sociais.

## 2.2 Contrarreforma da saúde e o SUS da atualidade

A Reforma <sup>16</sup> do Estado, idealizada pelo Ministro Bresser Pereira e apoiada e consolidada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, tinha como proposta uma mudança administrativa no Estado Brasileiro, que pretendia ser uma Administração Gerencial, consoante preceitua a apresentação do documento Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado:

A crise brasileira da última década foi também uma crise do Estado. Em razão do modelo de desenvolvimento que Governos anteriores adotaram, o Estado desviou-se de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, a que recorre, em particular, a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal e, por consequência, da inflação. Nesse sentido, a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Somente assim será possível promover a correção das desigualdades sociais e regionais. Com a finalidade de colaborar com esse amplo trabalho que a sociedade e o Governo estão fazendo para mudar o Brasil, determinei a elaboração do “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, que define objetivos e estabelece diretrizes para a reforma da administração pública brasileira (BRASIL, 1995).

A proposta de Reforma do Estado consolidada no Governo FHC, teve coro em muitos estados brasileiros, a exemplo da Bahia, que nesta época era governada por Paulo Souto que seguiu fielmente a lógica empresarial e privatizante trazida pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Vale destacar, que o Estado da Bahia foi o primeiro Estado da federação que adotou a Organização Social como forma de gestão dos Hospitais públicos (pertencentes a rede própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB) (ÁVILA, 2013).

Os governos federais posteriores a FHC<sup>17</sup>, mantiveram a mesma política macroeconômica vigente no país e, apesar da grande expectativa com a eleição de Lula em 2002, para que a Reforma Sanitária se consolidasse, isso não

---

<sup>16</sup>Ou contra reforma do Estado como utilizado por Behring (2003).

<sup>17</sup>Os governos posteriores a FHC foram do Partido dos Trabalhadores, um dos principais opositores ao governo FHC.

ocorreu. A saúde como direito de todos e dever do Estado, teve alguns avanços, como a Reforma Psiquiátrica e outros, mas entrou em um processo de privatização dos serviços de saúde através das Fundações Estatais de Saúde e outras formas de parceria público privado, respondendo a lógica do mercado.

As reformas neoliberais têm atacado o sistema de saúde em seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização. (CORREIA,2009, p.01)

A política de saúde proposta pelo ideário neoliberal se contrapõe com os princípios do movimento da reforma sanitária, que defende um modelo ampliado de saúde, na qual analisa o contexto social, político e econômico dos usuários dos serviços de saúde, enquanto o modelo de saúde privatista se fundamenta na privatização, descentralização e focalização, defendendo o caráter individualista, biologicista e hospitalocêntrico de saúde.

Sobre esse aspecto, Correia (2011) afirma que o setor privado, tem se ampliado no livre mercado da saúde concomitante na organização e gestão dos serviços dos SUS, desse modo, está em curso um processo de mercantilização e privatização dos serviços de saúde. Essa privatização ocorre de duas formas: por meio da compra de serviços privados de saúde e através do repasse de gestão do SUS para entidades de direito privadas.

Correia (2011) sinaliza que a prestação dos serviços privados de saúde é assegurada legalmente de modo complementar segundo a Constituição de 88 no artigo 199 que propõe que as “instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, [...] mediante contrato de direito público ou convenio[...]” não sendo substitutivo. Essa complementaridade do setor privado só pode ser acessada quando a disponibilidade do SUS, “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” (arts. 24 a 26 da Lei 8080).

Entretanto, essa lógica da participação de modo complementar de empresas privadas nos serviços públicos está sendo invertida, pois maior parte dos recursos públicos são destinadas ao meio privado por meio dos convênios e compra dos serviços privados.



Diante do exposto, vale ressaltar que essa abertura constitucional que garante a participação de instituições privadas de modo complementar, não permite que essas assumam a administração e execução das atividades de saúde prestadas por um hospital público ou por um centro de saúde, somente as atividades-meio como limpeza, vigilância, serviços técnico especializados. Entretanto, atribuir os serviços públicos de saúde próprio da função do estado a terceiros é inconstitucional e ilegal, já que a CF/88 estabelece que saúde é direito de todos e dever do estado.

Nesse cenário privatizante da saúde, é “necessário precarizar” os serviços de saúde pública, tornando-os uma política seletiva para os que mais necessitam, ampliando assim o espaço para o mercado, descaracterizando a concepção original construída pela reforma sanitária, da saúde pública, efetivamente pública e 100% estatal. Sobre esse processo estratégico de desqualificação dos serviços públicos, Netto aponta (1999):

[...] os usuários dos serviços que estão na ponta das políticas sociais experimentam o que o próprio governo considera um “caos”: os serviços de saúde são sucateados e precarizados, as prestações oferecidas são de qualidade decrescente e a sua cobertura efetiva cada vez menor. O que o governo oculta e mistifica, obviamente, é que ele tem produzido, sistemática e intencionalmente, esse “caos” – porque a desqualificação da política social pública, aquela que ainda se mantém dificultosamente, é parte integrante do seu projeto político, que supõe a substituição das políticas sociais compatíveis com a Constituição de 1988 por outras, de natureza muito diversa. (NETTO, 1999, p.86)

Esta passagem evidencia a desresponsabilização do Estado nos serviços públicos, minimizando seu comprometimento com a classe trabalhadora e maximizando a sua articulação com a burguesia (CORREIA,2011, p.43), de forma que desqualificam intencionalmente os serviços de saúde, racionalizando gastos no setor público para fortalecer os interesses do setor privado na oferta de serviços e bens coletivos.

Neste sentido, com a desqualificação da saúde pública, o setor privado da área da saúde se expande, gerando uma divisão do sistema de saúde, e conseqüentemente o aprofundamento das desigualdades sociais, visto que, aqueles que têm condições de pagar um plano de saúde usufruem dos serviços,

e a outra parcela desprovida fica submissos aos serviços precários ofertados pelo Estado.

A plena subordinação da política social estatal à estratégia macroeconômica do grande capital a situa, naturalmente, nos parâmetros mercantis: ela se torna função da participação contributiva dos seus usuários, cancelando qualquer pretensão de universalidade com a remissão a critérios de base meritocrática. Daí que sua marca evidente seja a segmentação dos usuários, determinando igualmente a qualidade das prestações: para os que mais contribuem, prestações qualificadas; para os que menos contribuem, prestações desqualificadas – ou como já se observou, “para pobre, uma política social pobre” (NETTO, 1999, p.87)

Nesta angulação, o Estado subordinado aos ditames do capital, fortalece a lógica segmentada do sistema público de saúde, promovendo políticas focalizadas que incluem não por direito, mas por análise do grau de pobreza, gerando uma “universalização excludente”, esta contrária aos princípios assegurados legalmente na CF de 88 na qual estabelece o acesso universal dos serviços de saúde a todos. Simultaneamente o Estado impulsiona os trabalhadores remunerados à compra de serviços privados devido à falta de qualidade do sistema público de saúde, deste modo a saúde é transformada em mercadoria (CORREIA, 2013).

Outra forma de privatização se dá pelo repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, por meio de contratos de gestão e parcerias, viabilizadas pelas Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesses Público (OSCIP) e pelas Fundações Estatais de Direito Privado.

As Organizações Sociais é um modelo de gestão, que afasta o Estado no gerenciamento das ações públicas nos espaços públicos, permitindo a contratação de empresas que administrem o financiamento repassado para a saúde, sendo assim, responsáveis pela contratação de funcionários sem concursos públicos, não são realizadas prestação de contas a órgãos de controle interno e externo da administração, os serviços e bens são adquiridos sem processos licitatórios.

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) é mais abrangentes que as OSs no que se refere ao projeto de terceirização e

privatização de ações e serviços públicos e nos seus objetivos, visto que a prestação de serviços é transferida para as Organizações Não Governamentais (ONGs), associações da sociedade civil, cooperativas, através de parcerias.

Já o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado surge no governo do presidente Lula, é modelo mais aprimorado que os modelos anteriores, pois aprofunda as privatizações das políticas sociais, se utilizando dos recursos públicos num setor público não estatal.

A contratação de Organizações Sociais, OSCIPS, os ditos “parceiros privados” e congêneres, assim como das “cooperativas” violentam os princípios constitucionais da legalidade, moralidade e impessoalidade, solapam o instrumento jurídico do concurso público como única forma de acesso ao serviço público, destratam as leis de licitação e de responsabilidade fiscal dentre outras[...]. (JÚNIOR,2008, p.38).

A este respeito o Conselho Nacional de Saúde, tem posição contrária a criação das Fundações Estatais, OSCIPS, OS e outras formas de parcerias público privadas, que venham colocar o Estado como incompetente para gerir/administrar as unidades de saúde, necessitando de um ente externo a organização do Estado.

A criação das fundações estatais de direito privado é apresentada como a única solução possível para garantir a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, uma leitura mais atenta da legislação vigente deixa claro que o caminho da superação dos gargalos à implementação do SUS já está apontado. O que se faz urgente é um novo direcionamento das políticas de saúde em buscado cumprimento do arcabouço legal já existente. É nessa linha que se fundamenta o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde.

Além disso, a população é prejudicada em relação aos acessos dos serviços de saúde prestada pelas Organizações Sociais, pois estas estabelecem um plano de metas que atenda somente o que está estabelecido no contrato de gestão firmado, no caso de uma demanda maior que ultrapasse a meta estipulada, tal demanda não será atendida. Ainda referente à falta de compromisso com a população, as OS não prevê o controle social, não há

participação popular, o vínculo existente nessas organizações é somente do Estado com a instituição contratada.

A mais atual forma de privatização da saúde é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa de natureza privada que possui estrutura do Estado sob forma de sociedade anônima, essa influenciará na gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUs), utilizando de espaços públicos para realizar atendimentos de planos de saúde privado e direcionando atividades de ensino e pesquisa realizadas no HUs para fundações privadas por meio de convênios e contratos, prejudicando a formação e a qualificação dos profissionais de saúde que atuam na saúde pública e na produção de conhecimentos em saúde.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde faz duras críticas a implantação da EBSERH:

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde aqui vem manifestar a sua posição contrária à implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos Hospitais Universitários e em qualquer outro Hospital-escola do país, porque considera a sua implantação uma afronta:

- 1) ao caráter público dos HUs e à sua característica nata de instituição de ensino vinculada à Universidade;
- 2) um desrespeito à autonomia universitária garantida no artigo 207 da Constituição de 1988;
- 3) um risco à independência das pesquisas realizadas no âmbito dos HUs;
- 4) uma forma de flexibilizar os vínculos de trabalho e acabar com concurso público;
- 5) além de prejudicar a população usuária dos serviços assistenciais prestados pelos Hospitais-escola e de colocar em risco de dilapidação os bens públicos da União ao transferi-los a uma Empresa.<sup>18</sup>

Esses modelos de gestão são formas de privatização articuladas que possuem diferenças internas, porém tem os mesmo objetivos, a mesma natureza de repasse do fundo público para o setor privado, reduzindo os direitos sociais e

---

<sup>18</sup> <http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/manifesto-contrabserh-leia-informe-se.html>, acessado em 04/04/2017. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde – Manifesto em defesa dos Hospitais Universitários como Instituições de ensino público-estatal, vinculada às universidades, sob a administração direta do Estado: contra a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais Universitários (HUs) do Brasil.

trabalhistas e privatizando o que é público, estabelecendo uma parceria público-privado.

[...] O patrimônio continua sendo público, mas a sua administração e literalmente, a sua exploração, é feita por grupos políticos organizados que o gerencia de acordo com os seus interesses e para atender as suas demandas políticas, particulares e coletivas. (JÚNIOR, 2011, p.39)

O mesmo espaço que se realiza atendimentos do SUS, é realizado atendimento privado através de planos ou seguros de saúde, essa duplicidade de espaços para atendimento público e também privado é conhecida como “duas portas”, causando uma desigualdade no atendimento, aos que pagam é garantido prioridade, celeridade no atendimento, consulta- pré agendada, não há filas, sala de espera diferenciada, enquanto a outra categoria, demoram de ser atendidos, desrespeito na marcação de consultas, espera prolongada nas filas. Esse processo de privatização na saúde que oferta os serviços pela rede privada, por meio do convênio com SUS, muitas vezes, disponibilizam serviços, deixando a rede pública indisponíveis dos serviços. Conforme pontua Cohn (2005):

A adaptação da mesma base física de recursos para o atendimento de demandas diferenciadas se concretiza na existência de duas portas de entrada nos hospitais (uma para os clientes do SUS e outra para os de planos e seguros de saúde), no trabalho médico em regime parcial, no setor público e ainda no fluxo de clientes de planos de saúde, cujos contratos não propiciam ou dificultam coberturas para determinados procedimentos remunerados pelo SUS. [...] (COHN,2005 p.435)

Diante do apresentado, constata-se que a política de saúde é marcada por interesses distintos à sua consolidação, convivendo com dois projetos antagônicos desde a sua criação. De um lado, a política de saúde garantida por lei, tendo como princípios, a universalidade, equidade, integralidade, participação popular, por outro lado, uma política de ajustes voltada a lógica do capital, que defende a redução de custo por meio de privatização e terceirização dos serviços públicos de saúde.

Constata-se a relevância das considerações de Matos (2014):

A realidade é que não somente a Seguridade Social, mas o conjunto das políticas sociais regulamentadas na Constituição Federal foram implantadas no contexto da contrarreforma do Estado (Behring, 2003). Portanto, bem distante do que propôs o Congresso constituinte e as leis complementares. No entanto, seria um equívoco afirmar que o SUS não foi implementado. Na realidade esse sistema foi parcialmente implantado. Isso torna-se mais visível quando identificamos os avanços em relação a política de saúde legada pela ditadura militar, bem como quando observamos que permanecem os limites nos quais o pensamento reformador não conseguiu se fazer real. Assim, o SUS é uma estratégia inconclusa. É uma conquista diante do que existia antes, mas encontra-se a léguas de distância do que propõe o movimento sanitário. (MATOS, 2014, p.35)

Não se pode negar que existe um distanciamento entre o SUS legal e o SUS real, devido as políticas de ajustes implementadas pelo sistema neoliberal. Entretanto vale destacar que a política de saúde com todos os percalços existente na sua longa trajetória significou um importante avanço, se comparado com a política de outrora.

O SUS que queremos ainda está distante do SUS que temos, a mercantilização da saúde vem crescendo e com ela a precarização e fragilização das relações trabalho, bem como o enxugamento dos serviços e programas de saúde.

A voracidade do capital não tem limites, mercantilizou todos os aspectos da vida. Na saúde, transformou o cuidado em um negócio lucrativo; medicaliza a vida e a sociedade, induzindo o consumo de medicamentos e procedimentos médicos; explora os trabalhadores da saúde à exaustão e pratica estelionato vendendo planos privados de saúde que não atendem às necessidades das pessoas quando elas mais precisam, ou seja, nas situações de doenças graves e na velhice. Para garantir os seus lucros, o mercado usa recursos públicos que são canalizados especialmente por meio de subsídios fiscais como a dedução de 100% no Imposto de Renda (IR) devido dos gastos com serviços privados realizados pelo contribuinte. Desse modo, os brasileiros que têm renda para gastar no mercado da saúde são incentivados à este consumo, com consequências negativas para a saúde pública, pois essa dedução diminui o montante de recursos arrecadados e, conseqüentemente, reduz a parcela que iria para o SUS. Ao fim e ao cabo, a grande maioria da população que não tem recursos para gastar com saúde privada

e que paga impostos financia indiretamente os gastos privados com saúde de uma parcela minoritária da sociedade<sup>19</sup>.(CEBES,2015)

O processo de privatização via terceirização da gestão e dos serviços públicos da saúde, afeta as condições de trabalho do trabalhador, provocando a desestruturação e desregulamentação do trabalho. Junto às novas formas de gestão e gerência da saúde, surge a precarização do trabalho nesse setor, em que são flexibilizados as relações de trabalho.

Os novos modelos de gestão da saúde eliminam o concurso público para contratação de pessoal, resultando em contratos temporários; que não garantem a estabilidade do profissional no trabalho, baixa remuneração que acabam obrigando o trabalhador ter uma dupla, ou tripla jornada, e a perda da autonomia.

Quem trabalha com a vida das pessoas não pode e não deve ser submetido a “lógica do mercado”, em que se tratando da saúde e da vida das pessoas, é um conceito absolutamente anacrônico e incompatível com a reforma sanitária e com os princípios da ética e do humanismo (JÚNIOR, 2008, p.41).

O trabalho precário e a vulnerabilidade do vínculo laboral, causa uma enorme insegurança no mercado de trabalho, expondo os trabalhadores a uma sub-condição, que o impossibilita de aproveitar seus direitos trabalhistas por completo. Essa insegurança e a instabilidade são condizentes com a realidade de organização do trabalho flexível. Que, na realidade, os trabalhadores do SUS também enfrentam essa problemática, pois estes possuem uma variável gama de contratos, do clássico estatutário até o regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e modalidades com prestação de serviço, contrato temporário, contrato verbal e bolsas, onde os possíveis empregadores podem ser mesmo para os trabalhadores do setor público, as cooperativas, organizações governamentais e não-governamentais, fundações privadas ou públicas e instituições filantrópicas – o que gera contradições de ordem sócio legal ao Estado e o descumprimento de direitos trabalhistas em boa parte deles (MAGALHÃES, 2015).

---

<sup>19</sup> <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/tese-do-cebes-para-a-15a-conferencia-nacional-de-saude/9960/>, acesso em 30/03/2017.

A precarização do trabalho, em particular na saúde, aparece como uma estratégia de dominação e de ruptura com a organização da classe trabalhadora, a forma de contratação e o medo do desemprego, gritam mais alto.

Neste cenário, a NOB RH SUS (BRASIL, 2005), que define princípios e diretrizes para o trabalho na saúde e traz como centralidade de análise e proposição as categorias trabalho, trabalhador, valorização profissional e regulação das relações de trabalho na saúde, cai no “esquecimento” porque poucos resultados foram alcançados com a NOB RH, uma vez que a política que imperou neste período foi a antipolítica de Recursos Humanos priorizando a privatização por meio da terceirização de serviços, a flexibilização das relações e o *laissez-faire* na abertura de novos cursos na área da saúde.

### **2.3. Serviço Social e saúde**

Para compreender de que forma os assistentes sociais se inseriram na área da saúde, a priori, apresentaremos o contexto sócio histórico do seu surgimento e sua atuação profissional na saúde. Apesar da riqueza contida na história do surgimento dessa profissão, será destacada aqui, uma síntese dos aspectos mais relevantes da sua origem e consolidação.

Na conjuntura de 30 a 45, o Serviço Social emerge no Brasil, com fortes influências europeia. Inicialmente, no âmbito da saúde, não aglutinou um número expressivo de profissionais, contudo, algumas escolas eram motivadas por exigências desse setor, assim também na formação profissional eram ministradas disciplinas relacionadas à saúde.

O Serviço Social se expande em 1945, quando ocorre ampliação e consolidação do modo de produção capitalista, causando a intensificação das expressões da questão social e no contexto das mudanças internacionais com fim da segunda guerra mundial. Nessa conjuntura, o serviço social no setor saúde também se amplia, tornando-se o mais significativo para área da saúde. (BRAVO e MATOS, 2004)

Além das circunstâncias históricas e sociais que determinaram a ampliação dos assistentes sociais, o novo conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com ênfase nos aspectos biopsicossociais, passa a exigir diferentes práticas profissionais, dentre elas, o



assistente social. A adoção do novo conceito de saúde resultou no trabalho em equipe multidisciplinar, com intuito de suprir a ausência de profissionais na área da saúde e racionalizar o setor saúde (BRAVO e MATOS,2004)

A atuação do assistente social na área de saúde reforçava o modelo médico clínico. Sua função era manter um elo da instituição com a família e o usuário, estimulando e responsabilizando o paciente no cuidado ao tratamento médico, a atuação profissional foi de auxílio aos médicos, assim, isentando esses de familiarizar com as condições de vida do “cliente”. Com isso, o assistente social servia para complementar as atividades do trabalho do médico. Ressalta Matos (2013):

A inserção do serviço social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo clínico. Assim, o assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto de cooperação vertical) como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico. Daí muito ter se usado, à época, a categoria do paramédico para definir os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objetivo próprio para os paramédicos, ficando sua atuação para aquilo que médico lhes delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer [...]. (MATOS,2013, p.57)

A intervenção profissional utilizava a metodologia do serviço social de casos, que orientava que os problemas vividos pelo cliente era resultado do próprio comportamento do indivíduo (MATOS, 2013), sendo assim, as ações educativas exercidas pelos assistentes sociais para a população cliente tinha ênfase no modo de vida da clientela, os hábitos de higiene e saúde.

Nessa época, com a ampliação do modelo não universal da assistência médica pela previdência social, os assistentes sociais atuavam nos hospitais como mediador entre a instituição e população, lidando com as contradições entre a demanda e o caráter excludente, assim realizavam atividades que viabilizasse o acesso aos usuários e benefícios, entretanto, devido características seletivas e excludentes dos serviços ofertados, reforçavam práticas que mais excluíaam do que incluíaam.

Diante desse momento histórico de transformações econômicas, políticas e sociais devido à expansão do capitalismo, e ao mesmo tempo do acirramento das desigualdades, exclusão e subordinação. Nos anos 60, os assistentes sociais apresentam inquietações e insatisfações desse cenário conservador, necessitando rever os aportes teóricos, metodológicos, operativos e políticos utilizados na sua prática profissional, passando a questionar-se sobre o Serviço Social tradicional e pensar na construção de um novo projeto que rompesse com as práticas conservadoras da profissão.

Nesse quadro, o Serviço Social passa a incorporar uma ótica endógena da profissão, buscando permanentemente seu processo de revisão interna, em que grande parcela dos profissionais reconhecia a urgente e necessária mudança no contexto das relações sociais que emergiam no campo da saúde neste momento histórico. (SILVA; MELO,2011, p.4)

Sendo assim, emerge no Brasil e na América Latina, um movimento interno da profissão conhecido como Movimento de reconceituação, que, segundo Netto (2005) se deu em três direções: a modernizadora, a reatualização e a intenção de ruptura.

A perspectiva modernizadora foi formulada de forma taxativa, visto que, seu propósito era integrar a profissão no processo de desenvolvimento social, moldando os profissionais a assumirem uma postura técnico-funcional com práticas assistenciais e ajustadoras nos moldes da autocracia burguesa, não existindo mudanças, permanecendo o conservadorismo.

Observa-se que a direção modernizadora não trouxe avanços significativos para o serviço social, principalmente na área da saúde, visto que, a ação profissional continuou pautada na prática curativa, com ênfase nas “técnicas de intervenção, burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e concessão de benefícios.” (BRAVO; MATOS, 2004, p.31)

É na década de 80, no mesmo período do movimento da reforma sanitária na saúde, que o Serviço Social, amplia o debate teórico, apropriando-se de alguns temas como o Estado e políticas sociais e passa ter uma aproximação da teoria social de Marx, por meio de um processo de renovação do serviço social, inicialmente com a intenção de ruptura e posteriormente rompendo com o conservadorismo presente na profissão. Contudo, o Serviço Social, por estar

imbricado no seu próprio movimento não se articulou com os debates do movimento sanitário (BRAVO, 2004).

Essa tendência de “intenção de ruptura” idealizou segundo palavras literais de Netto (2005) “romper quer com a herança teórica metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista) quer com seus paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador).” (p.159). No entanto, o avanço da produção de conhecimento da fundamentação teórico- metodológica se deu dentro das universidades, sendo pouco difundida nas ações cotidianas de intervenção. Um fato que reflete na atuação dos assistentes social no campo da saúde. (BRAVO; MATOS,2004)

Bravo e Matos (2004) ressaltam ainda, que:

Num balanço do Serviço Social na área da saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos e saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela ABESS, ANAS e CFAS para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área de saúde<sup>20</sup> (BRAVO, 1996 apud BRAVO,2004,p.34)

Bravo e Matos (2004) ainda aponta que os avanços são insuficientes, tendo em vista que, o Serviço Social no âmbito da saúde, chega na década de 90, ainda com uma discreta alteração da prática institucional, desarticulado com o movimento sanitário; tendo uma incipiente produção sobre a área de saúde.

O trabalho do assistente social na área da saúde, nos anos 90 ocorreu em razão, das contradições existentes nesse setor, seja pelas novas demandas causada pelo reordenamento dos serviços de saúde, seja pelas dificuldades decorrentes das mudanças estruturais estabelecidas pelo modelo neoliberal.

Segundo Costa (2009) a ampliação da inserção dos assistentes sociais na saúde, resulta de três fatores: “da ampliação técnico-horizontal das subunidades e serviços; da redefinição das competências ocupacionais, fruto de

---

<sup>20</sup> ABESS- Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, designada desde 1997 como Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social(ABEPSS) , ANAS- Associação Nacional de Assistentes Sociais, entidade desativada, CFAS- Conselho Federal de Assistentes Sociais.

novas necessidades técnicas e operacionais; e, da necessidade de administrar as contradições principais e secundárias do sistema de saúde no Brasil”. (p.315)

Para autora:

[...]a constatação primordial é a de que as atuais contradições, presentes no processo de racionalização/reorganização do SUS, constituem-se no principal vetor das demandas ao Serviço Social. Isto é: as necessidades da população confrontam-se com o conteúdo e a forma de organização dos serviços. Nesse sentido, ao atender às necessidades imediatas e mediatas da população, o Serviço Social na saúde interfere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil (COSTA, 2009, p.315).

Nessa conjuntura, está presente a disputa de dois projetos na área de saúde: o da reforma sanitária e o privatista, que vem trazendo diferentes requisições para serviço social. Na lógica privatista, o assistente social é requisitado para atender demandas que seguem na contra- mão da proposta da reforma sanitária, são requisitados para atuação psicossocial por meio de aconselhamento, fiscalização dos usuários, seleção socioeconômica dos usuários, assistencialismo. (BRAVO; MATOS, 2004)

Enquanto, o projeto da reforma sanitária, requisita a esse profissional, a democratização dos acessos aos serviços e unidades de saúde, atendimento humanizado, acesso às informações, incentivo à participação cidadã, interdisciplinaridade, abordagens com grupo, mecanismo de interação de saúde da instituição com a realidade.

Nota-se que a proposta da reforma sanitária é condizente com o projeto ético político da profissão, que se posiciona em favor da equidade, universalidade de acesso aos bens e serviços sociais, defesa da democracia, se compromete em contribuir para viabilização da participação dos usuários nas decisões institucionais, garantindo a universalização dos direitos e o controle social da população, reiterando princípios estabelecidos pela Constituição federal.

Os princípios estabelecidos pelo código de ética do assistente social reforçam o comprometimento com os interesses da classe trabalhadora, portanto, incompatível ao projeto neoliberal que defende a privatização, o sucateamento dos serviços públicos, a redução dos direitos sociais e trabalhistas.

Destarte, há uma relação direta entre serviço social e o projeto da reforma sanitária, este que tem como ponto central, o fortalecimento da descentralização político administrativa, e a concepção integral de saúde, que tem como objetivo romper com o modelo curativo, defendido pelos interesses do mercado.

Conforme já tratado no tópico anterior, o processo de contrarreforma desconstrói os direitos assegurados na legislação e minimiza as políticas sociais, tentando constantemente descaracterizar o conceito ampliado de saúde, conquistado pela reforma sanitária. O que está em curso na contemporaneidade, é a reincorporação do modelo hegemônico médico que apesar de não superado totalmente, estava rompendo paulatinamente, a volta desse modelo médico representa um retrocesso para a política de saúde e para serviço social, pois deslegitima a profissão nesse setor.

Vale destacar aqui, que o serviço social é considerado como uma profissão da área de saúde, pelas Resoluções n.218/1997 do Conselho Nacional de Saúde<sup>21</sup> e n. 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social<sup>22</sup> (CFESS).

---

<sup>21</sup> O Conselho Nacional de Saúde é uma instância de deliberação do SUS, que reúne os representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços, para debaterem a situação da saúde, e também fazer o acompanhamento, fiscalização, das políticas públicas de saúde.

<sup>22</sup> O Conselho Federal de Serviço Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais e considerando que a Constituição Federal vigente estabelece a saúde com um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; Considerando que, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e de trabalho; Considerando que a 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos; Considerando que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços; Considerando que atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde; Considerando que o assistente social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País; Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o assistente social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais; Considerando que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de nº 218 de 06 de março de 1997, reafirmou o assistente social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde; Considerando, ainda, que a antedita Resolução, em seu item II, delega aos Conselhos de Classe a caracterização como profissional de saúde, dentre outros, do assistente social; Considerando

Essa definição se deu devido ao novo conceito de saúde, que ampliou a compreensão da relação saúde-doença como decorrência das condições de vida e trabalho, necessitando da presença de uma equipe multidisciplinar no âmbito da saúde, dentre eles: o assistente social.

O documento Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde visa referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social no campo da saúde, visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde.

Os Parâmetros se constituem em mais uma estratégia para garantir as condições de trabalho e fortalecer os vínculos profissionais, entretanto ainda resta um longo caminho a ser trilhado no sentido de sua real efetivação e respeito por parte, em particular dos empregadores.

---

que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde; Considerando a aprovação da presente Resolução pelo Plenário do Conselho Federal de Serviço Social, em reunião ordinária realizada em 27 e 28 de março de 1999; Resolve: Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde. Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

### **CAPÍTULO 3 – As expressões da precarização das relações e condições de trabalho dos (as) assistentes sociais na Política de Saúde**

Este capítulo destina-se a discutir os dados coletados na pesquisa, tanto documental como através das entrevistas realizadas. O debate é iniciado através das condições de trabalho dos assistentes sociais na saúde, para posteriormente proceder a análise dos dados levantados através das entrevistas.

#### **3.1- Condições de trabalho dos (as) assistentes sociais do SUS.**

A política de saúde, espaço profissional do Assistente Social, sofre os impactos da crise capitalista, evidenciada na reconfiguração do papel do Estado e do capital, já contextualizado no segundo capítulo. Os serviços de saúde são instrumentos do capital, que visam transformar uma atividade considerada improdutiva para o capital em produtiva e lucrativa, apropriando-se de um serviço cujo tenha valor de uso e coletivo, transformando em utilidade social voltado ao lucro e mercantilização. (SERPA, 2009).

As transformações ocorridas pelo capital trazem uma nova configuração na política de saúde, que por sua vez, tem impactado o trabalho dos assistentes sociais, visto que, o serviço social está inserido na divisão social e técnica do trabalho, participando do processo de produção e reprodução das relações sociais, não estando imune das determinações do capital e por conseguinte, ao processo de precarização do trabalho. Dessa maneira, as condições e relações de trabalho desse profissional são afetadas pelas transformações societárias. Sobre isso, Raichelis, aponta que:

Essa dinâmica de flexibilização/precarização atinge também o trabalho do assistente social, nos diferentes espaços institucionais em que se realiza, pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros (RAICHELIS, 2011, p. 422).

Desse modo, evidencia-se que a precarização abarca desde as formas de contratação, por meio de contratos sem realização de concurso público ou por prestação de serviços até as condições de trabalho, que envolvem o aumento

da produtividade e ações imediatas, as jornadas longas e excessivas, acúmulo de funções e atividades, o trabalho polivalente, condições inadequadas dos espaços de trabalho, baixo padrão salarial, ausência dos instrumentos operativos.

Seguindo o raciocínio acima, essa fragilidade no processo de contratação que não se efetiva por vínculo permanente, sendo realizado por meio de processos seletivos para contratação temporária e/ ou por indicação, além de impossibilitar a continuidade do trabalho profissional para realização de uma intervenção de qualidade, esse meio precarizante de contratação intensifica a exploração e também viola os direitos do trabalhador.

Cabe evidenciarmos ainda, que pelo fato de muitos assistentes sociais possuírem vínculos não estáveis com os empregadores, muitas vezes, acabam desenvolvendo atividades subordinada pelas exigências institucionais, de forma a realizar a intervenção profissional influenciada pelas condições imposta pela instituição, ocorrendo embate entre o compromisso ético político da profissão e os ditames postos pelas da instituição. Assim, esse profissional, por não dispor de todos os meios e instrumentos para desenvolvimento de seu trabalho, possui uma relativa autonomia<sup>23</sup>, sendo submetidos às exigências dos órgãos empregadores, pois,

[...] são as entidades empregadores que tem o poder de definir as demandas e as condições em que deve ser exercida a atividade profissional: o contrato de trabalho, a jornada, o salário,

---

<sup>23</sup>Para Iamamoto, “o assistente social é, de fato, um trabalhador assalariado, inscrito nas esferas governamental, empresarial, em organizações não governamentais e entidades filantrópicas. Ao vender sua força de trabalho especializada por um salário( valor de troca da mercadoria força de trabalho), o assistente social entrega o valor de uso de sua mercadoria ao empregador: o direito de consumi-la durante uma jornada segundo diretrizes políticas, objetivos e recursos da instituição empregadora. É no limite dessas condições que se materializa a **relativa autonomia** de que dispõe o profissional na consecução de suas ações, na definição de prioridades e de formas de execução de seu trabalho. Essa autonomia decorre mesmo da natureza da especialização deste trabalho – que atua junto a indivíduos e não a coisas inertes – interferindo na reprodução material e social da força de trabalho via serviços sociais (educação, saúde, habitação, família, etc); trabalho que se situa predominantemente no campo político ideológico, no exercício de funções de controle social e difusão de ideologias oficiais junto às classes trabalhadoras. Entretanto, este mesmo trabalho pode ter o seu sentido redirecionado para rumos voltados para a efetivação de direitos sociais, á construção de uma cultura do público e ao exercício de práticas democráticas. A possibilidade dessa mudança de rota deriva do próprio caráter contraditório das relações sociais, que estruturam a moderna sociedade burguesa: nela encontram-se interesses sociais distintos e antagônicos, que se refratam no terreno institucional, definindo forças sócio- políticas em luta pela hegemonia para estabelecer o consenso de classes e alianças em torno dos mesmos”. (IAMAMOTO,1998)



a intensidade, as metas de produtividade. Esses organismos empregadores, estatais ou privados, definem também a matéria (objeto) sobre a qual recai a ação profissional, ou seja, as dimensões, expressões ou recortes da questão social a serem trabalhadas, as funções e atribuições profissionais, além de oferecerem o suporte material para o desenvolvimento do trabalho – recursos humanos, institucionais e financeiros – decorrendo daí tanto as possibilidades como os limites à materialização do projeto profissional. (RAICHELIS, 2011, p. 428)

Como já sabido, a atuação profissional do Assistente Social no SUS tem como alicerces os princípios da Reforma Sanitária e o código de ética do serviço social, conforme resolução<sup>24</sup> do CFESS, que apresenta aspectos importantes referentes aos princípios fundamentais, os direitos e deveres dessa profissão. Como pode ser constatado no artigo 7º sobre os direitos do assistente social, está “dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional.” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1997, p. 25)

Também foi criado um documento nomeado por “Parâmetros <sup>25</sup> para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS,2010), é um documento resultante de discussões e debates da categoria por todo país que tem como objetivo subsidiar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área de saúde, que estabelece as competências e atribuições desses profissionais na saúde.

O trabalho do Assistente Social na saúde desenvolve-se a partir da dimensão assistencial/emergencial, através de orientações, visitas domiciliares, seleções sócio econômicas, atendimento individualizado, aconselhamento. Tal assertiva se sustenta devido ao estudo bibliográfico feito durante a pesquisa e no conteúdo do questionário.

Segundo os Parâmetros (CFESS, 2010) as principais ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde são:

---

<sup>24</sup>Ver resolução CFESS n.273/93.

<sup>25</sup> Os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde” foi centro de debate no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, em junho de 2009, na cidade de Olinda /PE, sua finalização cumpre as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/ CRESS.

- Democratizar as informações através de orientações – individuais e coletivos e/ ou encaminhamentos quantos aos direitos sociais da população usuária;
- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalho e familiar dos usuários para elaboração do perfil socioeconômico, para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção);
- Promover abordagens individual e / ou grupal, tendo como finalidade trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários e familiares;
- Criar mecanismos e rotinas de ações que facilitem e ofereçam o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Realização de visitas domiciliares, quando for necessária a intervenção pelo profissional do Serviço Social, para conhecer a realidade do usuário, de forma que não invada a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- Realizar visitas institucionais para conhecer e mobilizar a rede de serviços, para viabilização dos direitos sociais;
- Trabalho com as famílias, para fortalecimento dos vínculos, na perspectiva de tornar o usuário e a família, sujeitos do processo de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Criar e implementar protocolos e rotinas de ações, que permitam organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional;
- Registrar nos atendimentos sociais no prontuário único, com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardados as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário exclusivo do Serviço Social;
- Elaboração de estudos socioeconômicos dos usuários e família, no sentido de auxiliar na construção de laudos e pareceres sociais;
- Promover a garantia dos direitos do usuário ao acesso aos serviços. (CFESS,2010, p.45-46)

Em contrapartida, com as diversas tendências ocasionadas pela lógica neoliberal, como flexibilização dos serviços de saúde e do trabalho, fragmentação dos serviços, resultando na precarização das condições de trabalho e também das políticas sociais, percebe-se que as condições efetivas para atuação do assistente social, sustentadas juridicamente, são desprezados, devido ao quadro da precarização que impossibilita a concretização dos princípios éticos políticos da profissão.

Nesse sentido, o campo da saúde, apesar de ser um espaço de atuação e de múltiplas possibilidades de intervenção do profissional do serviço social, se constitui também num espaço em que os assistentes sociais “vivenciam e enfrentam as expressões da exploração e dominação do capital sobre o trabalho [...]” (GUERRA, 2010, p.217). Isso acontece, pois:

[...] a mercantilização da força de trabalho, pressuposto do estatuto assalariado, subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação, impondo condicionantes socialmente objetivos à autonomia do assistente social na condução do trabalho e à integral implementação do projeto profissional. Verifica-se uma tensão entre projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, os quais são socialmente forçados a subordinar-se, ainda que coletivamente possam rebelar-se. (IAMAMOTO, 2009, p. 8)

Sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional, no que diz respeito ao espaço físico, a resolução CFESS nº 493/2006 pontua:

Art. 1º - É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer. Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social, deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas: a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.(CFESS,2006)

Compreende-se, assim, que as condições físicas do local de trabalho estão distantes do modelo estabelecido pela resolução, visto que, na realidade, os espaços de trabalho não garantem conforto e privacidade aos profissionais e usuários, sendo realizados atendimentos em salas pequenas e sem ventilação

ou compartilham salas com outros profissionais, não dispendo de recursos materiais suficiente.

O assistente social convive num cenário contraditório, dado pelo aumento da demanda do usuário devido ao agravamento das condições de vida e os limites postos pela falta de recursos materiais e físicos dos serviços de saúde. Em que a instituição exige o atendimento imediato das demandas, que não permitem avaliar, conhecer e analisar os determinantes da situação do usuário, resultando numa prática profissional traduzida por ações imediatas, acrítica, focalista, neoconservadora, baseado num atendimento por critério de seletividade, que não prioriza uma prática voltada a atenção à saúde integral e compromete o resultado da intervenção profissional.

Outro ponto importante que se evidencia a precarização do trabalho no SUS se caracteriza na relação da jornada de trabalho e vínculo de trabalho, no que se refere à diminuição da jornada de trabalho<sup>26</sup> dos(as) assistentes sociais de 40 h para 30 h, se por um lado representou a diminuição da carga horária com objetivo de garantir o exercício da prática profissional compatível com projeto ético político, por outro lado, em decorrência dos baixos salários, os profissionais buscam outro vínculo de trabalho, o que implicará tanto no aumento da jornada de trabalho quanto ao pluriemprego.

### **3.2- Dados da Pesquisa**

O referido tópico tem como objetivo apresentar os resultados da pesquisa de campo, que se caracteriza como etapa essencial do trabalho. Através das respostas obtidas durante a aplicação dos questionários com as profissionais entrevistadas foi possível verificar como o processo de precarização do trabalho do Assistente Social se materializa na prática.

Optou-se pela técnica da entrevista por compreender a sua importância e a sua versatilidade, no momento da entrevista, além do que se fala, outros

---

<sup>26</sup> Lei nº 12.317 de 2010 dispõe sobre a duração do trabalho do assistente social. O Congresso Nacional decreta: "a duração do trabalho do assistente social é de 30(trinta) horas semanais. Art 2º[...] é garantida a adequação de jornada de trabalho, vedada a redução dos salários." (BRASIL,2010)

aspectos subjetivos podem ser percebidos nas entrelinhas, tais como: expressões faciais, posturas, atenção, forma de falar, negativas, dentre outros.

A versatilidade e o valor da aplicação desta técnica tornam-se evidentes por ser aplicada em muitas disciplinas sociais científicas e também na pesquisa social comercial. Psicólogos, sociólogos, pedagogos, assistentes sociais e praticamente todos os outros profissionais que tratam de problemas humanos utilizam desta técnica não só para coletar dados, mas também para diagnósticos e orientação. Ela flexibilidade que a entrevista possui, muitos autores defendem que parte importante do desenvolvimento das ciências sociais, nas últimas décadas, se deve à sua aplicação (JUNIOR & JUNIOR, 2011).

Utilizou-se de roteiro de entrevista como instrumento de pesquisa. Foram realizadas 6 (seis) entrevistas com as profissionais inseridos nos seguintes espaços sócio ocupacionais da saúde: Hospital Especializado Octávio Mangabeira, Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Programa Saúde da Família, Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

Cabe destacar que inicialmente tínhamos a intenção de desenvolver essa pesquisa nas unidades de saúde do município de Cachoeira, porém, devido a transição de governo, houve mudança de profissionais e o município ainda encontra-se em processo de reorganização dos equipamentos da saúde.

Foi realizada uma tentativa no hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, por essa instituição ser campo de estágio da UFRB, no entanto, não foi possível a realização das entrevistas com todas as assistentes sociais presentes no dia da aplicação do questionário, somente uma profissional aceitou contribuir na pesquisa, as demais negaram indiretamente a participarem.

Ao chegarmos ao HRSAJ na tentativa realizarmos as entrevistas, o quadro de assistentes sociais no momento, era composto por três profissionais, sendo: uma coordenadora, uma realizava atendimento na emergência e a outra, atendimento nos leitos. Ao chegarmos a emergência em busca da profissional para aplicação do questionário, observamos uma grande quantidade de usuários na fila, aguardando atendimento, e encontrava-se apenas uma única profissional responsável pelo setor, verificamos assim, uma alta demanda para um único profissional, ficando evidente a lógica da produtividade no trabalho, acarretando

a sobrecarga de trabalho. Esse foi um dos fatores pela não realização do questionário com essa assistente social.

Sendo assim, frente à impossibilidade de entrevistar as profissionais do HRSAJ, redirecionamos como sujeitos a participarem do processo de investigação, os assistentes sociais dos seguintes equipamentos de saúde já citado acima entramos em contato com esses profissionais, explicando-os sobre a pesquisa e condições para participação dessa, esses aceitaram realizar a pesquisa. Sendo assim os questionários foram encaminhados via email pessoal de cada um dos entrevistados, essa metodologia de aplicação fez-se necessário devido à ausência de tempo para aplicação do questionário no local de trabalho destes e por esses profissionais residirem em cidades distintas, dificultando a locomoção para realização da pesquisa.

Também foi utilizada a pesquisa documental e bibliográfica, como forma de poder elucidar o objeto do presente estudo, assim, artigos, outras pesquisas de natureza semelhante ao presente estudo e documentos foram de extrema importância na construção deste trabalho.

### **3.2.1- Perfil dos sujeitos entrevistados**

É necessário esclarecer que identificaremos as profissionais, por nomes fictícios de pedras preciosas: Safira, Esmeralda, Ametista, Água, Rubi e Cristal, por questão de preservar sua identidade.

A pesquisa seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta as Normas Reguladoras e Diretrizes da pesquisa com seres humanos, levando-se em conta a liberdade de participação dos sujeitos envolvidos, o sigilo e a sua autorização para participar do trabalho investigativo, salvo quando os mesmos manifestem desejo contrário em se tratando de informações relacionadas com o exercício de cargos públicos.

Inicialmente, buscaremos apresentar alguns dados acerca do perfil dos profissionais entrevistadas, enfatizando que todos os sujeitos que participaram

da entrevista são do sexo feminino, a faixa etária é de 26, 30, 32,36,38,52 anos. Quanto à carga horária, apenas uma profissional (Esmeralda<sup>27</sup>) cumpre a carga horária de 60 horas por fazer residência de saúde da Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), as demais trabalham de acordo com estabelecido na legislação, 30 horas semanais, como previsto na lei 12.317/2010, aprovada em 26 de agosto de 2010.

Vale ressaltar que as seis entrevistadas atuam em cidades diferentes, seus municípios de atuação são: Santo Antônio de Jesus, Itabuna, Tancredo Neves, Salvador .

O vínculo empregatício exerce grande influência nas relações de trabalhos dos profissionais de Serviço Social, assim como pode influenciar na autonomia desses profissionais. O vínculo empregatício de Safira é contrato temporário, Esmeralda por participar do programa de residência multiprofissional de saúde, é bolsista, Ametista, Ágata, Rubi, Cristal são concursadas. Das profissionais entrevistadas, apenas uma estudou em instituição pública de ensino, as demais estudaram em instituições privadas, ou seja, das seis entrevistadas apenas uma formou em uma instituição pública, a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia as demais formaram em faculdades privadas, Universidade Católica do Salvador, UNIME, Universidade Tiradentes.

Apresentaremos, a seguir, uma tabela, detalhando o ano em que concluiu a graduação em Serviço Social.

QUADRO I – Ano de conclusão do curso

<b>ANO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
1987(Ágata)	01
2000(Rubi)	01
2008(Cristal)	01
2009(Safira)	01
2010(Ametista)	01

<sup>27</sup> Nome fictício para preservação da identidade da entrevistada

2014(Esmeralda)	01
<b>TOTAL:</b>	06

Fonte: Elaborada através dos dados coletados pela pesquisadora.2017

Evidenciamos na tabela acima que os anos de formação das entrevistadas somente uma corresponde com o tempo de atuação que será apresentada abaixo, as demais, os anos de conclusão não condiz com o de formação.

Em relação à formação continuada foi questionada se as mesmas haviam realizado pós graduação. Na tabela a seguir apresentaremos os resultados.

#### QUADRO II - Pós Graduação

POSSUI PÓS GRADUAÇÃO	FREQUÊNCIA
SIM	06 (Todas)
NÃO	
Total:	06

Fonte: Elaborada através dos dados coletados pela pesquisadora. 2017

Percebe-se que todas as entrevistadas possuem pós graduação. Durante o processo investigativo, dentre as profissionais entrevistadas, cinco possuem especialização, sendo uma na área de trabalho social com comunidade e família, três em saúde pública, uma não identificou, e por fim duas possuem mestrado, respectivamente em Políticas Sociais e a outra gênero e raça, sobre cursos de curta duração, a maioria participaram.

Destarte, percebemos que as assistentes sociais entrevistadas, todas demonstram se preocupar com o processo de formação, vendo a necessidade de investir na formação para qualificação profissional, visto que, é exigido do trabalhador, qualificações para atender novas demandas, que vêm mudando constantemente, para assim responderem, “novas competências sócio políticas e teórico- instrumentais” (NETTO,1996, p.109) das antigas e novas demandas.

Quanto ao tempo de atuação como Assistente Social, temos a seguinte tabela:



### QUADRO III – Tempo de atuação como assistente social

<b>ANOS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
1 mês (Esmeralda)	01
06 (Ametista)	01
08 (Safira)	01
09(Rubi)	01
17(Cristal)	01
25(Ágata)	01
Total	06

Fonte: Elaborada através dos dados coletados pela pesquisadora.2017

Como pode ser visualizado na tabela acima as profissionais que participaram do nosso processo investigativo, a maioria possuem muito anos de atuação como assistente social na saúde. O que nos leva a pensar que as entrevistadas possuem uma experiência significativa na área da saúde.

Levando-se em consideração a baixa remuneração salarial dos assistentes sociais, principalmente daqueles que trabalham na esfera municipal, na busca por uma melhor qualidade de vida, esses profissionais são “obrigados” a manter-se em dois empregos, o que evidencia uma realidade do processo de precarização do trabalho. Vale destacar que três das profissionais entrevistadas pontuaram que mantêm dois vínculos empregatícios e atuam em dois equipamentos.

### 3.3- O cotidiano das profissionais: no contexto sócio- institucional

Para melhor compreender a realidade do campo sócio- ocupacional em curso, e sobre a atuação profissional na saúde, buscamos entender através de respostas, como ocorrem às intervenções das profissionais e seus desafios no cotidiano.

Quando questionadas sobre a rotina diária de trabalho. Quais as principais ações, as profissionais se pronunciaram assim:

Safira: Tentativa de minimizar os conflitos tantos da família quanto da instituição, mediador de conflitos, facilitação do contato com o paciente e família, sobre o retorno ao município de origem após alta, encaminhamentos de possíveis violência.

Esmeralda: Orientações, visitas domiciliares, entrevista, atendimento individualizado, grupos terapêuticos<sup>28</sup>, ações em saúde, encaminhamentos, relatórios.

Ametista: Desenvolvemos trabalho de implantação e implementação da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada; fortalecimento e articulação da rede de proteção às pessoas em situação de violência; capacitações e sensibilizações com os profissionais da área da saúde, assistência social, conselhos de direitos; monitoramento e avaliação dos casos de violência, visitas institucionais, relatórios periódicos.

Ágata: Leitura do livro de ocorrência e após isso ir para a ala de trabalho. Na ala a rotina inicial é olhar os prontuários e conversar com a equipe, médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, para ver alguma intercorrência do noturno. Atendimento aos pacientes, ou na sala do serviço social ou na própria enfermaria. Existem dias que fazemos grupos com os pacientes, nas próprias enfermarias para discutir temas diversos, geralmente sugeridos pelos pacientes intercalado com a discussão sobre a saúde (tanto a do paciente como a situação da política de saúde

Rubi: Leitura do livro de ocorrência e após isso ir para o ambulatório de asma

Realizar grupo de sala de espera para orientações gerais e posteriormente fazer os atendimentos encaminhados pelos outros profissionais e demandas detectadas na sala de espera.

Cristal: Leitura do livro de ocorrência e após isso ir para o setor de admissão de pacientes.

---

<sup>28</sup> A entrevistada cita como principais ações na sua atuação, grupos terapêuticos, entretanto os parâmetros de atuação do assistente social na saúde, deixa evidente que não essas atividades não faz parte da atribuição do assistente social.

Realizar atendimento inicial aos pacientes recém admitidos no hospital, o número de atendimentos é muito grande e tenho que dar conta até meio dia e meio, porque as 13 horas saio (tenho outro vínculo com a saúde, sou concursada na prefeitura, também saúde. Esse é um trabalho muito repetitivo e muito cansativo.

É possível observar que as respostas dadas pelas entrevistadas apesar de serem diferente, condiz em partes, com as principais ações que o assistente social deve desenvolver na saúde, ações essas estabelecidas pelo documento “Parâmetro de atuação do Assistente Social na saúde” As entrevistadas Ágata, Rubi e Cristal, por atuarem no mesmo equipamento, tiveram respostas similares.

Percebe-se que Safira falou de modo geral sobre seu cotidiano de trabalho, apresentando a questão do trabalho do profissional do serviço social como mediador no processo de desburocratização do acesso aos serviços da instituição, Esmeralda se aproximou de forma mais enxuta do que o documento propõe, entretanto nota-se um equívoco na sua fala quando cita “grupos terapêuticos”, o mesmo documento citado acima, deixa bem claro que “não cabe aos profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de famílias ou comunitárias”(CFESS,2010, p.42) , essa ação não é competência do assistente social, visto que não estão prevista nos documentos legais da profissão, essa falta de apropriação das orientações técnicas e dos parâmetros pode contribuir com o processo de precarização, pois os profissionais acabam realizando atividades que não se encaixam nas suas atribuições, sobre a resposta dada por Ametista apesar de não atuar diretamente no atendimento com usuários e sim na parte de sistemas<sup>29</sup>, cumpre com as determinações dos parâmetros, Rubi, Ágata e Cristal foram mais detalhistas nas suas descrições.

Netto (2007) afirma que o cotidiano <sup>30</sup>é permeado pela imediatividade e heterogeneidade, o que muitas vezes, leva o profissional a agir cotidianamente

---

<sup>29</sup> “Trabalhadores em saúde representam os recursos humanos que estão diretamente envolvidos em ações com usuários dos sistemas de saúde e aqueles que prestam apoio à gestão clínica –assistencial, independentemente do tipo de contrato ou vínculo, tanto no setor público quanto no setor privado. Eles atuam no nível da gestão ou da assistência direta ao cidadão doente ou atendido em programas de promoção da saúde, sendo que podem também atuar nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia” (NESCON/UFMG, 1997 apud RECEPUTI 2011).

<sup>30</sup>Ver: Cotidiano: conhecimento e crítica.

de modo superficial. Para ultrapassar esse caráter imediato do cotidiano, é necessário recorrer a outros meios, como ciência, arte, ética, política e o trabalho para assim adquirir sua verdadeira essência, pois “a essência não se dá imediatamente.” (KOSIK, 1976, p.11)

Muitas vezes, na complexidade do cotidiano na área de saúde, é exigido aos profissionais a dinâmica da imediatividade do atendimento, o que resulta em intervenções imediatas, que só analisa o aparente, até mesmo nas demandas mais complexas, não sendo compreendido as particularidades que desencadearam a demanda.

Dessa forma, é necessário que o assistente social tenha uma formação acadêmica e profissional de qualidade, buscando constantemente a qualificação através da formação continuada, participação dos debates, encontros, seminários da categoria profissional, para assim, ter uma atuação crítica na saúde ou em qualquer espaço sócio-ocupacional e não adotar uma postura contraditória, imediata e burocratizada, para não se transformar um profissional imediatista e burocrático.

Quanto às demandas mais recorrentes no cotidiano do trabalho das profissionais, as profissionais responderam:

Safira: Saber estado-clínico do paciente atende mais família do que paciente.

Esmeralda: orientações, encaminhamentos, visitas, ações em saúde.

Ametista: Crítica das fichas de notificação; coleta de informações sobre pessoas que foram vítimas de violência, reuniões mensais com as instituições de atendimento às pessoas em situação de violência, capacitações, relatórios, visitas institucionais.

Ágata: Contatos com famílias e ida as enfermarias para conversar com os pacientes

Por parte dos pacientes as principais demandas são ligadas a contatos familiares e orientações trabalhistas

Rubi: Os pacientes sempre solicitam recursos para comparecerem as consultas e solicitam comida, mesmo que não fiquem o dia todo no hospital, só que estas não são demandas diretamente ligadas ao serviço social.

Outra demanda são as orientações trabalhistas e ligadas as questões de saúde, porque muitas vezes eles não conseguem conversar direito com o médico e recorrem ao serviço social.

Cristal: Orientações iniciais acerca das rotinas do hospital e da necessidade de cuidados com a saúde para os familiares dos pacientes, pois na maioria são tuberculosos e precisam de precauções por conta da contaminação.

Verifica-se no depoimento de Safira e Rubi, atribuições que não estão na sua alçada, ao tratar de informações sobre estado clínico do usuário, essa é uma função do médico notificar à família a situação clínica que o paciente se encontra, já o serviço social, atua na informação sobre os direitos dos usuários, coletando também informações sobre o mesmo, para repassar os aspectos sociais desse paciente, para a equipe de saúde, para assim o mesmo ser tratado em sua totalidade. Nas demais falas, observamos que as demandas estão no âmbito das competências do assistente social.

Trazendo as contribuições de Vasconcelos(2003), a autora ressalta que:

Na saúde, se cabe ao médico, ao enfermeiro, primordialmente, a manutenção, recuperação e promoção de saúde, aos assistentes sociais – que têm como objeto a “questão social” – cabem, principalmente, organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar os conhecimentos e informações necessários sobre todos os aspectos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes e à participação social e política dos usuários, a partir do conjunto de conhecimentos que a ciência tem produzido sobre a realidade social.(p.435)

A respeito dos instrumentais mais utilizados para atender as demandas trazidas pelos usuários, Esmeralda deixou a questão em aberto, as demais responderam da seguinte forma:

Safira: Atende pelo sistema próprio da instituição, ficha social, é por meio destes que há informações para a família, pois as informações constam lá, ligam para setor para saber informações. Sendo caso que necessita de esclarecimento maior.

Ametista: Não realizamos atendimento aos usuários, pois trabalhamos na área de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação dos casos de violência que chegam através da ficha de notificação de violência interpessoal/ autoprovocada.

Ágata: Fazemos vários encaminhamentos para instituições que compõem o cadastro de “Recursos da Comunidade”.

Rubi: Roteiro de entrevista individual e de sala de espera. Prontuários.

Cristal: Entrevista inicial e encaminhamentos dos familiares para a rede de saúde para realizarem exames, afim de verificar se mais alguém da família está contaminado.

Identificamos nas entrevistas, que as entrevistadas ao relatarem sobre instrumentais, não realizam outras atividades, como projetos, abordagens grupais.

Perguntou-se as profissionais sobre a relação com a equipe de trabalho, todas foram concordantes em suas respostas, relatando que a relação é “tranquila” e “excelente”, mas ao mesmo tempo uma indagou a respeito sobre está se referindo a sua categoria profissional, pois com os outros profissionais de outras áreas existem embates, na busca por (re)conhecimento profissional, visto que, segundo a mesma, “são áreas diferentes, que tem-se questionamentos, pois não entendem o papel do assistente social.

Selecionamos dois relatos das entrevistadas a respeito da questão anterior.

Ágata: Relativamente bom, porém existe uma falta de compreensão acerca de nossas funções e todos gostam de sugerir o que devemos fazer ou não fazer.

Cristal: No setor de admissão temos bom relacionamento, mas alguns médicos não entendem o nosso trabalho e não admitem que opinemos com relação a prioridade de internação[...]

Sabemos que a inserção do assistente social nas equipes de saúde possibilita a compreensão e interpretação das condições sociais, econômicas, políticas e culturais que envolvem o processo saúde- doença dos usuários, contribuindo para o tratamento do paciente em sua totalidade, o que diferencia em relação aos outros profissionais de saúde, que demandam uma formação técnica específica.

No entanto, a dinâmica no processo de trabalho no âmbito da saúde se transcorre das pressões em relação à demanda, a predominância do modelo hegemônico, reduzindo as ações em saúde a este modelo. É imprescindível nesses espaços de atuação profissional, a divulgação de suas ações

demonstrado nos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS,2010) e a realização de seminários, debates com a equipe de trabalho, com a finalidade de esclarecer sobre as suas atribuições e competências.

Os assistentes sociais entrevistados relatam a falta de reconhecimento da sua profissão por outros profissionais de saúde, somente duas profissionais descreve em sua fala o respeito dos demais profissionais na sua atuação.

Safira: o faz de tudo, o bombril pelo serviço social, tudo o que você não sabe o que fazer, pergunta ao serviço social.

Esmeralda: Multiuso - mil utilidades, dentre elas a entrega de cesta básica para pacientes com tuberculose (risos), que não estou disposta a seguir tal “mandamento” (risos), além da parte da contabilidade dos motoristas a serviço do município (Risos).

Ágata: Infelizmente o serviço social é visto por muitos como a pessoa que vai resolver todos os problemas da instituição, o que gera muitos problemas para a equipe do serviço social, é como se nós não soubéssemos as nossas atribuições e competências e os demais profissionais tivessem que nos lembrar atribuições que não são nossas.

Rubi: Com respeito e parceria

Cristal: Como falei anteriormente, respeitado e reconhecido por uns e por outros querem atribuir competências que não são nossas, mas quem mais quer interferir em nossas atribuições é a direção do hospital que ainda quer que sejamos as apagadores de incêndio. O grupo do serviço social é muito bom e se posiciona sempre com relação às atribuições profissionais e garantia de direitos dos pacientes.

Identifica-se a partir das falas, a deslegitimação da profissão por parte dos demais profissionais, que desvalorizam e não reconhecem a função do profissional de serviço social no setor saúde, colocando-o numa condição de subalternos, considerando-as como solucionadoras de todos os problemas.

Verificamos que este acúmulo de funções designada para outros profissionais e exercida pelos assistentes sociais, provoca uma sobrecarga para os mesmos, evidenciando uma expressão do processo de precarização do trabalho.

No que se refere ao vínculo empregatício, foi questionado se o vínculo pode interferir no fazer profissional. A maioria relata que faz muita diferença,

interferindo sim no fazer profissional, afirmando que o profissional concursado, tem garantia do emprego e tem liberdade de “brigar” pelos seus direitos, diferente do contrato temporário, que devido a fragilização dos vínculos de trabalho que são contratos precarizados por meio de REDA e terceirização, esses profissionais tem receio de enfrentar e perder o emprego. Entre as respostas, duas acreditam que não interfere no desempenho profissional, entretanto, uma sinalizou que diante do contexto de regressão dos direitos que estamos vivenciando, é preocupante para o profissional, mas na opinião dela não interfere. Vejamos a seguir o relato dessa:

Safira: Não. Claro que qualquer profissional fica apreensivo. Em relação ao psicológico, diante do cenário que estamos vivendo, ta tendo corte, crise, o profissional fica apreensivo. Mas independente disso, o fazer profissional, no meu caso, não interfere.

É evidente nessa fala uma sensação de insegurança relacionada ao vínculo empregatício, considerando que essa profissional possui contrato temporário. Nos remete a pensar que o tipo de contrato do trabalho além de interferir no fazer profissional, submete o assistente social numa condição de subalternidade em relação a outros profissionais, a instituição e a seus empregadores.

Para além da fragilização dos vínculos, um outro fator surge: a falta de estabilidade, levando o trabalhador conviver com a incerteza do futuro profissional. A flexibilização e a desregulamentação das relações de trabalho expressa através dos baixos salários, a fragilidade dos vínculos de trabalho, levanta a questão do desemprego, que faz o trabalhador, muitas vezes, submete-se aos ditames do empregador por medo de perder o emprego.

Nota-se uma inserção precária dos assistentes sociais levando-os a desenvolver atividades rotineiras de maneira acrítica em detrimento dos interesses de seus empregadores. Nessa discussão devemos trazer para nossa análise, outra questão que polemiza o trabalho do profissional do Serviço Social, que se refere à relativa autonomia do assistente social nessa área de atuação.



Iamamoto (2009), afirma que o serviço social é regulamentado como profissão liberal, dispondo de autonomia relativa nas ações profissionais, sendo sustentada pelo estatuto legais e ético. Contudo, essa autonomia é condicionada pela compra e venda da força de trabalho especializada a diferentes empregadores, impondo limites no exercício profissional.

De acordo com autora citada acima:

Verifica-se uma tensão entre projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, os quais são socialmente forjados a subordinar-se[...] (IAMAMOTO, p.08)

Ao serem questionadas acerca da autonomia na atuação profissional, uma participante relatou ter plena autonomia dentro de seu campo de atuação, vejamos abaixo o relato:

Ametista: Sim. Planejamos as ações e solicitamos o apoio da direção. Na maioria das vezes somos atendidas.<sup>31</sup>

Entretanto, há um consenso em relação a não autonomia total da profissão:

Safira: Não temos 100%, pois toda empresa tem suas rotinas e normas, tem normas que são da unidade, tem casos que é possível abrir exceções, outras não. Não temos autonomia para permitir coisas que saem da rotina da unidade, a nossa autonomia dentro do atendimento é total mas na instituição/ empresa, não.

Esmeralda: Não. Absolutamente relativa. Pois está condicionada a uma estreita luta de poder e contradições, burocratização dentre outras questões.

Ágata: Na verdade, a nossa autônoma é relativa, temos limites institucionais, muita falta de recursos, falta de equipamentos e muito trabalho para realizar.

Rubi: Tenho autonomia relativa

---

<sup>31</sup> Atendidas se refere as solicitações

Cristal: Tenho autonomia relativa e com limites impostos pela estrutura do trabalho, da instituição e pelas expressões da questão social que se ampliam e transmutam a cada dia.

Indagamos também os profissionais se nos equipamentos de saúde que atuam dispõem de condições físicas e materiais que garantam a qualidade do exercício profissional. Vejamos os depoimentos a seguir:

Safira: Sim. Para atividade que exercemos aqui sim.

Esmeralda: Não

Ametista: Não dispõe de alguns recursos materiais, como por exemplo, à insuficiência de carro para a realização das visitas institucionais e ausência de impressora.

Ágata: Não. Precisa melhorar muita coisa, ou seja, salas apropriadas, ampliar o número de profissionais e nos deixarem trabalhar dentro das nossas competências.

Rubi: Não, precisa melhorar muito

Cristal: Não, precisa melhorar, precisa melhorar fisicamente, na quantidade de profissionais e em equipamentos, não só para o serviço social, mas para as outras profissões. A saúde está sucateada e a tendência é piorar com estes governos.

Com base nos relatos coletados, podemos afirmar que o assistente social está diante de vários desafios para realização do seu trabalho, que vão desde a estrutura física e quantidade de profissionais até a falta de materiais, como foi destacado no relato de Ametista.

Diante dos relatos, é possível perceber que as condições dignas ao exercício profissional estabelecido pelo código de ética da profissão estão distantes da realidade das entrevistadas, pois é unânime nos depoimentos das mesmas, a inexistência de condições adequadas de trabalho no espaço de atuação, demonstrando assim um indicativo de precarização evidenciada pelas precárias condições de trabalho. Essas condições estão relacionadas ao processo sócio histórico que vivenciamos de minimização do Estado em detrimento dos ajustes neoliberais, atingindo as políticas sociais de modo que as tornem em ações focalizadas e precárias e conseqüentemente agravando o trabalhador.

Também indagamos a respeito dos parâmetros para atuação dos assistentes sociais se são respeitados no espaço de atuação das profissionais. A assistente social Safira respondeu que nem sempre são respeitados, Esmeralda afirma que não, Ametista disse que sim, nas falas de Ágata, Rubi e Cristal relataram conhecer e utilizar muito, considerando um instrumento de respaldo nos enfrentamentos do cotidiano.

A respeito da garantia de direito dos usuários no cotidiano profissional, as falas das entrevistadas revelam que no campo de atuação da saúde é marcada por limites na efetivação dos direitos dos usuários.

Vejamos:

Safira: Garantia dos direitos sociais aqui são mais efetivados do que municipal, não consigo ver direito violado, para garantia de direitos, não temos, na conduta médica não pode interferir numa conduta que não é inerente da minha profissão. Pois não depende da gente, ao mesmo tempo a gente é cobrado, o limite tá aí, se deparar com situações que o seu papel como assistente social não pode dar passo, pois não depende de você.

Esmeralda: “Manuais de atuação” a serem impostos em determinados espaços.

Ametista: Falta de sensibilização por parte da gestão pública em criar e apoiar estratégias de enfrentamento da violência, sobretudo com os públicos de criança, adolescente, idoso, mulher, pessoa com deficiência, entre outros excluídos historicamente.

Ágata: Todos os limites de corte de recursos, de falta de material de trabalho, como computador, papel, elevador sempre quebrado e a sala de serviço social sempre em locais mais escondidos.

Rubi: Necessidade de ampliação do número de profissionais, equipamentos de prevenção e sala apropriada. O bom que o grupo de serviço social se posiciona firme, sempre. Precisamos lutar pelo SUS a saúde está sucateada.

Meneses(2009) ressalta que o serviço social atua num cenário contraditório entre capital e trabalho, sendo assim, não se pretende idealizar condições de trabalho favoráveis, nem escamotear-se atrás de limites

institucionais, contudo, é necessário apreender de maneira crítica esse contexto de precarização do trabalho.

Iamamoto (2009) reforça que é importante o assistente social no seu exercício profissional, tenha competência para propor, para negociar com as instituições os seus projetos, para defender o campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Indo além das rotinas institucionais, buscando apreender o movimento da realidade, para assim, identificar tendências e possibilidades, que são capazes de ser apropriadas pelo profissional, sendo desenvolvida e transformada em projeto de trabalho (IAMAMOTO, 2009)

Nessa mesma perspectiva, Montano apud Santos (2012), enfatiza a necessidade de qualificação e comprometimento, por parte dos assistentes sociais, visto que, só assim é possível ir além das demandas rotineiras e imediatas, desenvolvendo ações que integrem as demandas do empregador, portanto, que as transcendam de forma que compreenda e capte a verdadeira causa das demandas dos usuários.

Vale esclarecer que não estamos aqui para julgar o depoimento das assistentes sociais, e sim, buscar a partir de suas falas, conhecer e compreender a realidade posta nesse espaço de atuação tão complexo e assim desvelar as expressões da precarização das relações e condições de trabalho desses profissionais.

## **Considerações finais**

O estudo apresentado trouxe contribuições significativas que se soma aos estudos recentes direcionados à apreensão das condições dos trabalhadores do âmbito da saúde, especificamente, os assistentes sociais, o que nos permitiu algumas reflexões que contribuem para análise do Serviço Social na saúde no contexto atual, marcado pelas transformações ocorridas no mundo do trabalho. Tais transformações que vêm acompanhadas de intensa precarização do trabalho, comprometendo as relações e condições de trabalho do assistente social.

Nos depoimentos das entrevistadas é possível perceber vários indicativos de precarização do trabalho, resultante das condições de trabalho que vão desde a inexistência de condições físicas e materiais para desenvolver suas ações, não valorização/ reconhecimento profissional pelos demais profissionais, redução do quadro de profissionais, intensificação do trabalho, acarretando sobrecarga de trabalho à ausência de permanência de emprego, por ter contratos temporários.

De acordo com os resultados da pesquisa apresentada acerca das condições de trabalho dos assistentes sociais no SUS, verificamos que a ausência de apropriações técnica e dos parâmetros, a utilização no seu cotidiano de trabalho de alguns instrumentais, implicam eticamente nas ações profissionais, visto que compromete o sigilo profissional, a ausência de recursos materiais para realização das atividades, são elementos que contribuem com processo de precarização do trabalho.

Observamos a partir da pesquisa de campo, que as relações de trabalho no campo da saúde é marcada pela insegurança e ameaça ao trabalhador, sendo mais identificado essas questões aos profissionais assistentes sociais com contrato temporário, devido a fragilização dos vínculos. Entretanto verificamos que até os trabalhadores concursados não estão imune do processo de precarização. Como enfatiza Souza(2009) a precarização do trabalho não se resume somente à diversidade de vínculos, mas também às condições objetivas e subjetivas de trabalho.

Conforme César (2008), as mudanças ocasionadas pela reestruturação produtiva afetam as condições objetivas e subjetivas em que o trabalho do assistente social se desenvolve, podendo interferir na qualidade do trabalho do

profissional. Com isso verificamos durante o nosso processo investigativo que os assistentes sociais na atual conjuntura, vêm encontrando uma série de limitações e dificuldades para desenvolver seu trabalho.

De forma geral percebemos através da pesquisa de campo aqui apresentada que os assistentes sociais convivem com todas as formas de precarização do trabalho, que abrange desde as diferentes formas de contratação como contrato temporário, precariedade nos espaços de atuação, terceirização e privatização até as exigências do aumento da produtividade.

São perceptíveis as lacunas na atuação das profissionais, dificultando assim a garantia e a efetivação de seus próprios direitos enquanto trabalhadores e também dos seus usuários. Para tanto, é necessário que assistente social tenha uma dimensão investigativa - crítica e reflexiva, do cotidiano, para que possa apreender a dinâmica contraditória da realidade e assim identificar possibilidades de reconstruí-la, transformá-la, ou seja, o assistente social precisa decifrar o processo de precarização do trabalho em curso, de modo que produza conhecimento crítico para intervir sobre a mesma.

Na verdade estamos enfrentando tempos incertos e sombrios com ameaça constante dos direitos conquistados, uma enorme violação de direitos, é imprescindível uma ação coletiva desses trabalhadores, para assim articular e potencializar ações de resistência, como diria Karl Marx “trabalhadores, uni-vos”. Portanto esperamos que esse estudo tenha alcançado seus objetivos no sentido de apresentar as diversas expressões da precarização presente nas relações e condições do trabalho do assistente social, para assim fomentar discussões sobre o tema. Também saliento a importância em se dá continuidade a pesquisa, considerando que é uma temática que está presente no cotidiano de trabalho da categoria e necessita estar sendo discutida constantemente para enfrentamento crítico e consciente dos desafios posto por esse processo de precarização do trabalho.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** Campinas, SP, Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2005.

\_\_\_\_\_, Ricardo. **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Crise contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. Brasília: CFESS–ABEPSS–CEAD–UNB. 1999. módulo1.

ALVES, Giovanni. **O novo (e precário) mundo do trabalho – reestruturação produtiva e crise do sindicalismo.** 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

\_\_\_\_\_. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho.** 2ª ed. Londrina: Práxis; Bauru: Canal 6, 2007. Disponível em: <<http://www.giovannialves.org/DRP.pdf>>. Acesso em: 07 de janeiro 2017.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir e GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** 4. ed. Rio de Janeiro, 1998.

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. **A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006.** Salvador: H.D.D.Ávila, 2013. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15205/1/Tese%20Heleni%20%C3%81vila.%202013.pdf>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2017.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação.** 2006. Disponível em: [www.egem.org.br/a9xp/scripts/a9\\_download.php?f=%2Fwww%2Fegem%2Farquivosbd%2Fbasico%2F0.505783001251746904\\_ivanete\\_boschetti\\_unidade\\_i.pdf&fn=ivanete\\_boschetti\\_unidade\\_i.pdf](http://www.egem.org.br/a9xp/scripts/a9_download.php?f=%2Fwww%2Fegem%2Farquivosbd%2Fbasico%2F0.505783001251746904_ivanete_boschetti_unidade_i.pdf&fn=ivanete_boschetti_unidade_i.pdf). Acesso em: 12 de novembro de 2016.

BRASIL, **NOB RH SUS**, Resolução CNS nº 330 de 25 de março de 2004.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, Brasília, 1995.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e projeto ético político**

do Serviço Social: elementos para o Debate. In: VASCONCELOS Ana Maria. [et al], (orgs). **Saúde e Serviço Social**, São Paulo, Cortez, RJ, 2004 p.27 a 44.

\_\_\_\_\_, Maria Inês de Souza; MENEZES, J. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade –** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

\_\_\_\_\_, Maria Inês de Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo.: fundamentos sócio- históricos.** – 1.ed.- São Paulo: Cortez, 2013.

CAVALCANTE, M.M.G; PRÉDES, Rosa. **A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do**

trabalho do assistente social. In: Revista Libertas, Juiz de Fora, v 10, 2010. Disponível em: <<https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1860>> Acesso em: 03 de dezembro de 2016.

CARVALHO, M. C. B.; NETTO, J. P. Cotidiano: conhecimento e crítica. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CORREIA, Maria, OMENA, Valéria. A mercantilização da saúde e a política de saúde brasileira: a funcionalidade da saúde suplementar. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas** – Maranhão, 2013. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo3-estadolutassociaisepoliticaspUBLICAS/pdf/amercentilizacaodasaudeeapoliticadesaudebrasileira.pdf>> Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <[http://www.cress-es.org.br/site/images/cartilha\\_cfess\\_final\\_grafica.pdfm](http://www.cress-es.org.br/site/images/cartilha_cfess_final_grafica.pdfm)> Acesso em: 25 março de 2017.

\_\_\_\_\_. **Código de Ética do assistente social e Lei n. 8.662/93**. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012a. Disponível em: <[http://www.cress-es.org.br/site/images/cep\\_2011.pdf](http://www.cress-es.org.br/site/images/cep_2011.pdf)>. Acesso em: 25 março de 2017.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção Dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 304-351. Disponível em <[http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-7.pdf](http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf)> Acesso em: 02 de março de 2017.

DIAS, E.F. **A liberdade (Im) possível na ordem do capital. Reestruturação produtiva e passivização**. Campinas, IFCH/UNICAMP, 1997.

DUARTE, Marco. **Política de saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho dos assistentes sociais**. 1.ed. Campinas, SP, 2014.

DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula, 1941- **A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistência sociais**. São Paulo: Cortez, 2009.

FLEURY, Sônia. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3.ed – São Paulo; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

Gil, Antônio Carlos, 1946- **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.



GUERRA, Y. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distancia. Revista **Serviço Social e Sociedade**. N. 104. São Paulo: Cortez, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282010000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000400008)> Acesso em : 09 de abril de 2017

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2010

\_\_\_\_\_. M. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS; ABEPSS. **SERVIÇO SOCIAL: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

KOSIK, Karel. **Dialética de concreto: tradução de Célia Neves e Alderico Toribio**. 2.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

JÚNIOR, Francisco; JÚNIOR, Nazir. **A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos**. Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011

LESBAUPIN, Ivo, et al. **O desmonte da nação: Balanço do Governo FHC**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LIMA, C.A; BARROS, E.M.C; et al. Flexibilização e intensificação laboral: manifestações da precarização do trabalho e suas consequências para o trabalhador. In: **Revista Laboral**, nº7, v.1, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400004)> Acesso em : 11 de dezembro de 2016

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1985, v. I, t. 1.

\_\_\_\_\_, Karl, ENGELS, F. **A Ideologia alemã: (I-Feuerbach)**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MATOS, Maurilio. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**- São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MENESES, Érika Silva. **Processo de trabalho em saúde: uma análise das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar**. Trabalho de Conclusão de Curso, UFRN: Centro De Ciências Sociais aplicadas. Natal, RN, 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamoso. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez: 2008.

NAVARRO, V.L; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. In: **Psicologia e Sociedade**, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400004)> Acesso em 04 de janeiro de 2017.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**- 8.ed.- São Paulo: Cortez,2005.

PAIM, Jairnilson. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,2015.

PASTORINI, Alejandra. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria concessão-conquista. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 53, mar. 1997.

PEREIRA, S. T; SILVA, et al. Os impactos da Precarização do trabalho para o profissional de Serviço Social. In: **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2011. Disponível em:<[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EI\\_XO\\_2011/TRANSFORMACOES\\_NO\\_MUNDO\\_DO\\_TRABALHO/OS\\_IMPACTOS\\_DA\\_PRECARIZACAO\\_DO\\_TRABALHO\\_PARA\\_O\\_PROFISSIONAL\\_DE\\_SERVICO\\_SOCIAL.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EI_XO_2011/TRANSFORMACOES_NO_MUNDO_DO_TRABALHO/OS_IMPACTOS_DA_PRECARIZACAO_DO_TRABALHO_PARA_O_PROFISSIONAL_DE_SERVICO_SOCIAL.pdf)> Acesso em: 25 de março de 2017.

RAICHELIS. Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente as violações de seus direitos. In: **Serviço Social e Sociedade**, nº107, São Paulo,2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300003&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 05 de fevereiro de 2017.

RODRIGUES, Francisco. **Estudo do meio ambiente e a tradição marxista**. Santa Cruz, Barbarói, n. 17, jul-dez, 2002, p. 7-21.

SANTOS, Maria Teresa dos; MANFROI, Vania Maria. Condições de trabalho das/os assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional. In: **Revista em Pauta**, n.36,v.13,p178-196, 2015. Disponível em:<<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/21057/15716>> Acesso em : 02 de abril de 2017.

SILVA, Maria; MELO, Flávio. **Serviço Social e saúde: exigências e desafios para ação profissional no âmbito hospital em região de fronteira**. Pelotas, 2011. Disponível em:<<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/19.pdf>> Acesso em: 23 de abril de 2017.

SERPA, M. A. **O trabalho em saúde: os fios que tecem a desregulamentação do trabalho nos serviços públicos**. Tese em Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. Disponível em:<<http://repositorio.ufpe.br:8080/xmlui/handle/123456789/9180>> Acesso em: 22 de março de 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**.- 2.ed.- São Paulo: Cortez, 2003.

VII Jornada de Políticas Sociais, ANAIS, são Luiz, Maranhão, **PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: reflexos e impactos na política de saúde brasileira**, Anne Gislayne Amorim Magalhães, 2015.

## ANEXOS

### QUESTIONÁRIO

#### 1-Identificação

1.1-Nome(opcional):

1.2-Idade: \_\_\_\_\_

1.3-Sexo: \_\_\_\_\_

1.4 – Cor/Raça: \_\_\_\_\_

#### 2-Formação

2.1-Instituição em que se formou \_\_\_\_\_

2.2-Ano de conclusão de curso \_\_\_\_\_

2.3-Formação continuada:

Especialização ( ) \_\_\_\_\_

Mestrado ( ) \_\_\_\_\_

Doutorado ( ) \_\_\_\_\_

Curso de curta duração ( ) \_\_\_\_\_

Outros ( ) \_\_\_\_\_

#### 3-Trabalho

3.1-Tempo de atuação como assistente social: \_\_\_\_\_

3.2-Tipo de contrato de trabalho: \_\_\_\_\_

3.3- Qual sua carga horária: \_\_\_\_\_

#### 4-Cotidiano de trabalho

4.1-Descreva, sua rotina diária de trabalho. Quais são as suas principais ações \_\_\_\_\_

4.2-Por favor, relate sobre as demandas mais recorrentes no cotidiano do seu trabalho: \_\_\_\_\_

4.3-Quais os instrumentais mais utilizados por você para atender as demandas trazidas pelos usuários? \_\_\_\_\_

4.4-Como é a relação com a equipe de trabalho? \_\_\_\_\_

4.5- Como o serviço social é visto pelos demais profissionais? \_\_\_\_\_

4.6-Quais os limites enfrentados por você para efetivar os direitos do usuário no seu cotidiano de trabalho.

---

---

4.7- Você tem autonomia na sua atuação profissional? Como? Explique.

---

---

4.8-Você acha que o vínculo empregatício pode interferir no fazer profissional?

---

4.9- Os Parâmetros para atuação dos assistentes sócias na saúde são respeitadosna instituição que atua?

---

---

5- Em sua opinião, a instituição que você atua dispõe de condições físicas e materiais, de forma que venha garantir a qualidade do exercício profissional.

---

---

---

Obrigada!



Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Centro de Artes, Humanidades e Letras  
Colegiado de Serviço Social

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO DA PESQUISA:** O trabalho dos Assistentes Sociais na Saúde e seus principais desafios.

**INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB - Coordenação de Serviço Social.

Eu \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente da minha participação na pesquisa com o título acima citado que tem como objetivo principal estudar o cotidiano do trabalho profissional na saúde e seus desafios.

A minha participação será respondendo a um instrumento de pesquisa de cunho acadêmico acerca das experiências vivenciadas no cotidiano profissional exercido nos equipamentos de atuação do assistente social na área de saúde. Fica acordado que todas as informações prestadas serão utilizadas com intuito de possibilitar a realização da pesquisa e publicação das informações e que todos os meus dados de identificação serão preservados.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

Cachoeira,        /        /20        .

Participante - Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador - Assinatura: \_\_\_\_\_