



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Nayara Marques Lomiento

**Reflexões sobre o trabalho do assistente social no âmbito da saúde privada:  
um estudo no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

Nayara Marques Lomiento

**Reflexões sobre o trabalho do assistente social no âmbito da saúde privada: um estudo  
no município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Valeria Lucília Forti

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

L845 Lomiento, Nayara Marques.  
Reflexões sobre o trabalho do assistente social no âmbito da saúde privada:  
um estudo no município do Rio de Janeiro / Nayara Marques Lomiento. – 2017.  
182 f.

Orientadora: Valeria Lucilia Forti.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade  
de Serviço Social.

1. Serviço Social – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 2. Hospitais privados – Teses.  
3. Trabalho – Teses. I. Forti, Valeria Lucilia. II. Universidade do Estado do Rio  
de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 36(815.31)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Nayara Marques Lomiento

**Reflexões sobre o trabalho do assistente social no âmbito da saúde privada: um estudo  
no município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 23 de outubro de 2017.

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valeria Lucilia Forti (Orientadora)  
Faculdade de Serviço Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosangela Nair de Carvalho Barbosa  
Faculdade de Serviço Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Terezinha Stampa  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

## **DEDICATÓRIA**

Às queridas/o: Maria, Rebeca, Giovanna e Jorge.

## AGRADECIMENTOS

Só eu sei cada passo por mim dado nessa estrada esburacada que é a vida, passei coisas que até mesmo Deus duvida, fiquei triste, capiongo, aperreado, porém nunca me senti desmotivado, me agarrava sempre numa mão amiga, e de forças minha alma era munida, pois do céu a voz de Deus dizia assim: — Suba o queixo, meta os pés, confie em mim, vá para a luta que eu cuido das feridas.

*Bráulio Bessa*

Agradeço inicialmente a Deus, meu sustentáculo e luz das minhas veredas.

À minha querida família: Maria, Jorge, Rebeca e Giovanna. Agradeço-os pelo apoio, estímulo e paciência durante esta jornada.

À Jéssica Cristina, pela amizade de todas as horas.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valeria Forti, orientadora e amiga especial. Não possuo palavras para agradecer o amparo durante essa trajetória, que muitas vezes se mostrou árdua e penosa.

À banca examinadora, que tão prontamente aceitou o meu convite. Agradeço muitíssimo o enriquecimento propiciado à minha pesquisa, o incentivo, a paciência e a compreensão durante esse processo.

Às colegas assistentes sociais entrevistadas, que por meio de sua essencial contribuição, tornaram este trabalho possível.

A todas as membras (os), professoras (os) e colegas queridas (os) do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSS/UERJ). Agradeço imensamente o companheirismo e o caminho que conjuntamente fora trilhado até aqui! Muitíssimo obrigada a todas (os)!

Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem arbitrariamente, nas condições escolhidas por eles, mas nas condições diretamente dadas e herdadas do passado.

*Karl Marx, O 18 Brumário*

## RESUMO

LOMIENTO, N. M. *Reflexões sobre o trabalho do assistente social no âmbito da saúde privada: um estudo no município do Rio de Janeiro*. 2017. 182 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O presente estudo teve por escopo investigar o trabalho de assistentes sociais no âmbito de instituições hospitalares privadas, localizadas no município do Rio de Janeiro. O interesse em debruçarmo-nos sobre esta temática definiu-se por nossa experiência progressiva na área e pela premência da produção de conhecimento teórico e crítico acerca do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social neste campo, que se pode dizer ainda pouco conhecido e debatido no meio acadêmico. Assim, tratou-se de uma pesquisa científica, realizada com base em pesquisa bibliográfica, documental, na aplicação de entrevistas semiestruturadas e na análise de conteúdo. Por meio dela, pretendeu-se analisar como se processa o trabalho do Serviço Social no âmbito de hospitais gerais privados, ou seja, as condições/relações de trabalho, as demandas e requisições dirigidas ao Serviço Social, as respostas profissionais à tais requisições, bem como a sua respectiva relação com as diretrizes do atual Projeto Crítico Profissional, comumente chamado de “Ético-Político” do Serviço Social. Ressaltamos a relevância desta investigação, em face das alterações por que passa o âmbito do trabalho na contemporaneidade — decorrentes do processo de reestruturação produtiva e da contrarreforma do Estado, deflagrados a partir da irrupção na década de 1970 do atual quadro crítico do capital — e, nele, particularmente o mercado de trabalho dos assistentes sociais. Verifica-se que este processo tem repercutido na emersão de requisições dirigidas a estes profissionais, ou seja, no redimensionamento dos seus espaços sócio-ocupacionais, suscitando, por conseguinte, a necessidade de sua apreensão crítica à luz do que dispõe a Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8662/1993), o Código de Ética Profissional, em suma, alguns dos elementos que corporificam o denominado Projeto Ético-Político do Serviço Social. Com este estudo, objetivamos o desvendamento dos rumos que o trabalho profissional tem tomado na atualidade no referido campo da saúde privada e de suas implicações para a profissão. Destarte, a partir dele observou-se que, embora as requisições institucionais dirigidas às assistentes sociais se relacionem, essencialmente, à “mediação/resolução” de conflitos entre os consumidores, as instituições e as operadoras de saúde, além da fidelização desta mesma clientela — e, por conseguinte, ao aumento dos lucros —, as profissionais buscam ultrapassar tais demandas conservadoras, no sentido da busca pela qualificação dos serviços institucionais prestados e da orientação efetiva da população acerca dos seus direitos sociais, isto é, para além dos “direitos do consumo”.

Palavras-chave: Trabalho. Serviço Social. Saúde Privada. Projeto Ético-Político.

## RESUMEN

LOMIENTO, N. M. *Reflexiones sobre la labor del trabajador social en el ámbito de la salud privada: un estudio en la ciudad de Rio de Janeiro*. 2017. 182 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

El presente estudio tiene como objetivo investigar la labor de los trabajadores sociales en el escenario de los hospitales privados en la ciudad de Río de Janeiro. El interés en este tema surge de nuestra experiencia previa en el área de la salud, por la necesidad de producir más conocimiento teórico y crítico sobre el trabajo desarrollado por el servicio de trabajo social en este campo, que aún es debatido en el ambiente académico. Fue realizada con base en consulta bibliográfica y documental, en la aplicación de entrevistas semiestructuradas y en el análisis de contenido. A través de él, se pretende analizar cómo se procesan las funciones del trabajo social en el ámbito de los hospitales privados, las condiciones/relaciones de trabajo, las demandas y solicitudes dirigidas al servicio, las respuestas profesionales a tales solicitudes, así como su respectiva relación con los lineamientos del actual proyecto profesional crítico, comúnmente denominado manual “Ético-Político” del Trabajo Social. Resaltamos la pertinencia de esta investigación, dados los cambios que atraviesa esta área en la contemporaneidad — derivados del proceso de reestructuración productiva y de la contrarreforma del estado, desencadenado por la irrupción en la década de 1970 del actual marco crítico de capital y —, en él, particularmente el mercado de trabajo para los trabajadores sociales. Parece que este proceso ha repercutido en el surgimiento de demandas dirigidas a estos profesionales, es decir, en el redimensionamiento de sus espacios sociolaborales, planteando por tanto, la necesidad de su adhesión crítica a la luz de lo que establece la ley de ordenación profesional (Ley 8662/1993), el Código de Ética Profesional, además, de algunos elementos que plasman el denominado Proyecto Ético-Político del trabajo social. Con este estudio pretendemos desentrañar los rumbos que ha tomado el quehacer profesional en la actualidad del trabajo social en la salud privada y sus implicaciones para la profesión. Así, a partir de ella se observó que, si bien las solicitudes institucionales dirigidas a los trabajadores sociales se relacionan esencialmente con la “mediación/resolución” de conflictos entre consumidores, instituciones y operadores de salud, además de la necesidad de fidelización de la clientela — y, por tanto, al aumento de las ganancias — los profesionales buscan superar tales exigencias conservadoras, en el sentido de mejorar la calidad de los servicios institucionales prestados y la orientación efectiva de los usuarios sobre sus derechos sociales, es decir, más allá de los “derechos del consumo”.

Palabras clave: Trabajo. Servicio social. Salud Privada. Proyecto Ético-Político.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Formação profissional das assistentes sociais dos hospitais gerais privados do município do Rio de Janeiro.....	89
Quadro 2 -	Identificação da corrente teórico-metodológica hegemônica nas instituições em que as assistentes sociais concluíram a graduação em Serviço Social.....	90
Quadro 3 -	Tipo de titulação concluída, além da graduação em Serviço Social.....	90
Quadro 4 -	Tempo de trabalho das assistentes sociais nos hospitais gerais privados no município do Rio de Janeiro.....	93
Quadro 5 -	Participa (ou) de alguma entidade da categoria profissional dos assistentes sociais ou outra entidade representativa.....	93

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Beneficiários por tipo de contratação.....	63
Gráfico 2 -	Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil: 2007/2017) .....	64
Gráfico 3 -	Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do ano anterior (Brasil: 2007-2017) .....	64
Gráfico 4 -	Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde (Brasil: 2007-2017) .....	65
Gráfico 5 -	Receita de contraprestações das operadoras (em reais) (Brasil: 2007-2017) ...	65
Gráfico 6 -	Distribuição geográfica das instituições hospitalares selecionadas.....	81
Gráfico 7 -	Capacidade operacional dos hospitais (porte hospitalar) .....	83
Gráfico 8 -	Década de inauguração das unidades hospitalares.....	83
Gráfico 9 -	Natureza jurídica das instituições hospitalares.....	84
Gráfico 10 -	Terceirização dos serviços nas instituições hospitalares.....	84
Gráfico 11 -	Contingente total de profissionais das unidades hospitalares.....	85
Gráfico 12 -	Contingente de assistentes sociais por unidade hospitalar.....	91
Gráfico 13 -	Tempo de trabalho das profissionais como assistentes sociais.....	92
Gráfico 14 -	Participação em eventos da categoria profissional nos últimos 05 anos.....	95
Gráfico 15 -	Carga horária do contrato de trabalho.....	95
Gráfico 16 -	Categoria profissional de contratação/carga horária semanal de trabalho.....	96
Gráfico 17 -	Distribuição da carga horária semanal de trabalho.....	96
Gráfico 18 -	Existência de campos de estágio em Serviço Social nas instituições.....	97
Gráfico 19 -	Áreas de atuação profissional anteriores.....	97

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1</b>	<b>CAPITALISMO MONOPOLISTA, QUESTÃO SOCIAL E SAÚDE.....</b>	<b>18</b>
1.1	Breves considerações acerca do modo de produção capitalista.....	18
1.2	A era dos monopólios .....	23
1.3	Capitalismo monopolista e a expansão do setor de serviços.....	32
1.4	A emergência da questão social e o papel do Estado na era dos monopólios: a emergência dos serviços sociais.....	36
1.5	Capitalismo monopolista e Políticas de Saúde.....	40
<b>2</b>	<b>SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE SUPLEMENTAR E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA.....</b>	<b>49</b>
2.1	A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde no Brasil: breve retrospecto histórico.....	49
2.2	A mercantilização da saúde no Brasil.....	56
2.3	Breve panorama da Saúde Suplementar no contexto nacional.....	62
2.4	Reestruturação produtiva e o trabalho no setor dos serviços de saúde.....	70
<b>3</b>	<b>O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PRIVADA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....</b>	<b>78</b>
3.1.	Caracterização do campo de pesquisa.....	80
3.2	O perfil profissional das entrevistadas.....	87
3.2.1	<u>Considerações acerca do trabalho do assistente social nos hospitais gerais privados no município do Rio de Janeiro.....</u>	<u>98</u>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>157</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>171</b>
	<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>178</b>
	<b>APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada.....</b>	<b>180</b>

## INTRODUÇÃO

O estudo ora apresentado se dedicou à análise, fundamentada em uma perspectiva teórico-crítica, do trabalho de assistentes sociais no âmbito da saúde privada no município do Rio de Janeiro, especificamente, em treze instituições hospitalares (hospitais gerais).

O interesse por este tema surgiu por termos desenvolvido experiência na referida área, isto é, a partir da realização de estágio curricular obrigatório, em uma ouvidoria hospitalar na esfera privada, campo no qual permanecemos por dois semestres e do qual originou a temática de nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC): “Serviço Social e ouvidoria: um estudo do exercício profissional em instituição de saúde privada”, realizado em 2014

Dessa maneira, tivemos por objetivo na presente pesquisa, analisar o trabalho profissional desenvolvido neste campo — condições/relações de trabalho, demandas/requisições dirigidas ao Serviço Social, bem como as respostas profissionais enviadas pelos assistentes sociais em contrapartida —, considerando os seus limites e possibilidades à luz do que referenda a Lei de Regulamentação profissional do Serviço Social (Lei 8662/1993), o Código de Ética Profissional, isto é, algumas das principais diretrizes que corporificam o atual Projeto Crítico Profissional.

Consideramos que esta seja uma temática de extrema relevância, tanto do ponto de vista científico, haja vista seu potencial em termos de produção de conhecimento, quanto do ponto de vista objetivo (“prático”), no que diz respeito à contribuição no que tange os subsídios que podem ser prestados à intervenção dos assistentes sociais que atuam nesta área.

Para ilustrar a relevância deste estudo, ao realizarmos um levantamento junto ao Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), localizamos apenas um único trabalho (dissertação de mestrado, vinculada ao PPGSS/UFSC, produzida no ano de 2012) acerca deste tema.

Dessa maneira, decidimos aprofundar nossos estudos acerca deste campo, dando continuidade ao supracitado Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Assim, a partir do referido estudo, constatamos que a atuação profissional na ouvidoria hospitalar privada estava orientada, essencialmente, à “mediação/resolução” de conflitos que eventualmente surgiam entre os consumidores e a instituição, à denominada “humanização” do atendimento hospitalar, à manutenção da qualidade dos serviços institucionais comercializados, bem como à defesa dos direitos dos consumidores que contratam os referidos serviços institucionais.

Destarte, tais aspectos nos evidenciaram a importância de continuarmos debatendo e aprofundando esta discussão, entretanto, em um patamar superior, ampliando nosso escopo para um número maior de hospitais, onde poderíamos captar mais experiências profissionais na esfera privada da saúde, especificamente, no município do Rio de Janeiro. Soma-se a este quadro, como dissemos, a exiguidade da bibliografia profissional a este respeito.

Ademais, possuímos clareza que “são parcas as produções recentes que têm o Serviço Social como objeto de estudo central de suas pesquisas [...] Essa tendência se radicaliza na análise do trabalho ou da ‘prática profissional’ que vem ocupando um lugar secundário na agenda recente da produção acadêmica” (IAMAMOTO, 2012, p. 244).

Consideramos, assim, que a incipiência da produção teórica a respeito da temática, tenha tornado a referida experiência de estágio ainda mais desafiadora, uma vez que os subsídios teóricos são de fundamental importância para a articulação teoria-prática<sup>1</sup> necessária a uma experiência profícua no contato com o campo profissional, momento este fulcral na formação profissional.

Desse modo, acreditamos ser fundamental que este campo, pode-se dizer ainda inexplorado, seja analisado criticamente, tanto para avaliarmos em que medida o trabalho demandado aos profissionais se relaciona às diretrizes do atual Projeto Ético-Político do Serviço Social, como para prestar contribuição para o enriquecimento do arcabouço teórico da categoria, trazendo à tona este debate.

Para exemplificar a importância desta discussão, em levantamento realizado para aferir a amostragem para este estudo, verificamos que constam com inscrição ativa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualmente, 119 hospitais, dos quais cerca de 70% são privados — 83 estabelecimentos privados para 36 públicos (incluídos Hospitais Municipais, Federais e Universitários).

Dessa maneira, a partir do levantamento preliminar que envidamos, averiguamos que dos 83 hospitais gerais privados referidos, cerca de 62%, possuem assistentes sociais em seus quadros funcionais, isto é, 51 instituições.

Assim, este estudo definiu-se pela necessidade de se analisar criticamente este campo de trabalho e o seu significado em face da inserção e do trabalho profissional do Serviço Social, bem como pela exiguidade da própria produção teórica crítica acerca da temática. A literatura profissional a este respeito, como dissemos, ainda é bastante incipiente, apresentando-se em algumas iniciativas isoladas e, em linhas gerais, carecendo de

---

<sup>1</sup>Acerca disso, ver mais em: “Na prática a teoria é outra?”. FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda. Serviço Social: Temas, Textos e Contextos. In: FORTI e GUERRA (Org.), Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2009.

aprofundamento nas reflexões críticas, o que nos evoca a premência de se analisar o real significado da inserção e trabalho do Serviço Social neste campo e as suas relações com as diretrizes do denominado Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Destarte, a investigação aqui desenvolvida objetivou angariar subsídios acerca da realidade do trabalho profissional neste campo e contribuir para o entendimento da própria categoria sobre as peculiaridades das condições de trabalho, requisições e demandas que são dirigidas ao Serviço Social neste espaço ocupacional, atualmente.

No que tange à inserção do Serviço Social na área da saúde, anunciamos que, embora as resoluções<sup>2</sup> que formalizam o reconhecimento dos assistentes sociais como profissionais da saúde sejam relativamente recentes, o trabalho profissional nesta área é requisitado desde meados da década de 1940, e se transformou progressivamente em um dos setores que mais absorve os profissionais de Serviço Social no Brasil.

Entrementes, como expressão da diversidade de campos de atuação do Serviço Social, pode-se afirmar que a esfera privada da saúde emerge como um âmbito que, como constatamos, vem também requisitando a atuação de assistentes sociais. Observa-se que há uma considerável diversidade de demandas dirigidas aos profissionais de Serviço Social nesta esfera, entre as quais, a atuação em ouvidorias hospitalares constitui exemplo.

A requisição da atuação de profissionais de Serviço Social em hospitais privados, para atuar diretamente junto à clientela que utiliza os serviços institucionais, diversamente do que ocorre usualmente no trabalho cotidiano em empresas privadas — o qual, dirige-se, fundamentalmente, ao corpo de trabalhadores da instituição — representa, para nós, uma “nova” demanda ao Serviço Social na esfera empresarial, ao passo que tal trabalho requisita uma atuação direta junto aos consumidores, ação esta que se orienta, como mencionamos anteriormente, à “mediação/resolução” de conflitos, à melhoria da qualidade do atendimento e, conseqüentemente, dos níveis de satisfação da clientela, ou seja, dos consumidores dos serviços.

A este respeito, podemos afirmar que:

Constata-se uma progressiva mercantilização do atendimento às necessidades sociais, decorrente da privatização das políticas sociais. Nesse quadro, os serviços sociais deixam de expressar direitos, metamorfoseando-se em atividade de outra natureza, inscrita no circuito de compra e venda de mercadorias. Estas substituem os direitos de cidadania, que, em sua necessária dimensão de universalidade, requerem a ingerência do Estado. O que passa a vigorar são os direitos atinentes à condição de consumidor (MOTA, 1995). Quem julga a pertinência e qualidade dos serviços prestados são aqueles que, através do consumo, renovam sua necessidade social. O dinheiro aparece em cena como meio de circulação, intermediando a compra e venda de serviços, em cujo âmbito se inscreve o assistente social (IAMAMOTO, 2009, pp.30-31).

---

<sup>2</sup>Resoluções nº. 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e nº. 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social.

Como sabemos, os profissionais de Serviço Social trabalham junto às mais diversas expressões da questão social, elucidando a população os seus direitos sociais e os meios para acessá-los. Todavia, o significado desse trabalho altera-se drasticamente ao voltar-se aos direitos e deveres referentes às operações de compra e da venda, conforme ocorre nas instituições privadas de saúde (IAMAMOTO, 2009).

Segundo Iamamoto (2009), se os direitos sociais são resultantes de lutas sociais, e de negociações com o capital para o seu reconhecimento legal, a compra e venda de serviços no atendimento a necessidades sociais de educação, saúde, renda, habitação, assistência social, entre outras, pertencem à outra instância — a do mercado —, mediação necessária à realização do valor e, eventualmente, da mais-valia decorrentes da industrialização dos serviços.

Isto posto, anunciamos que a presente pesquisa fora realizada a partir da análise do montante específico de dezessete entrevistas realizadas junto à assistentes sociais — tal quantitativo fora definido com base na manifestação de interesse das profissionais no que tange à participação na pesquisa — que atuam em treze instituições privadas de saúde (hospitais gerais), distribuídas entre as regiões norte, sul, oeste e centro do município do Rio de Janeiro, contando com pesquisa bibliográfica, documental, aplicação de entrevistas semiestruturadas e com a análise de conteúdo.

O instrumento utilizado para a coleta de dados, constituiu uma entrevista semiestruturada (Apêndice A) composta por perguntas fechadas, que se relacionam ao perfil profissional das entrevistadas, e abertas, nas quais as participantes poderiam expressar-se livremente acerca do seu exercício profissional nas instituições analisadas.

Objetivamos, assim, apreender as demandas/requisições dirigidas ao Serviço Social nestes espaços, em uma perspectiva de totalidade, ou seja, no movimento do real em suas manifestações universais, particulares e singulares, em seus componentes de objetividade e subjetividade e em suas múltiplas dimensões. Entendemos que partindo da base real da história para o desvelamento da realidade, o método materialista histórico-dialético nos possibilita descobrir as relações “entre os processos ocorrentes nas totalidades constitutivas tomadas na sua diversidade e entre elas e a totalidade inclusiva que é a sociedade burguesa” (NETTO, 2011, p.28).

Tal análise, nestes termos, possibilitou-nos captar as estratégias de que lançam mão as profissionais inseridas nesse campo, no seu exercício profissional cotidiano, bem como os desafios presentes à sua atuação. Estas estratégias podem expressar o esforço envidado por

estas profissionais em imprimir uma direção social em sua atuação em um espaço onde as mesmas são conclamadas a envolverem-se nos objetivos da empresa privada de saúde, que tem como objetivo final — como toda empresa capitalista — o lucro advindo da comercialização, no caso específico, de serviços de saúde.

Sinalizamos, assim, como um dos elementos de nossa análise, o processo de reestruturação produtiva decorrente das estratégias do capital para enfrentar o seu quadro crítico, em curso desde a década de 1970 — e as suas repercussões, especificamente, no que diz respeito ao trabalho do Serviço Social no âmbito dos serviços de saúde. Inferimos que tais repercussões ao mercado de trabalho profissional vêm engendrando o redimensionamento dos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais, e implicando no surgimento de requisições dirigidas a esses profissionais, como supomos configurar a demanda por assistentes sociais na saúde privada.<sup>3</sup>

Nesse sentido, Yamamoto (2009, p.36) nos esclarece que se torna fundamental à análise do trabalho do assistente social “tratá-lo de forma indissociável dos dilemas vividos pelo conjunto dos trabalhadores — e suas lutas — que sofrem perdas decisivas em suas conquistas históricas nesse tempo de prevalência do capital que rende juros”. Assim, nesta análise,

há que se considerar que o próprio trabalho do assistente social, hoje é exercido sob condições que não fogem ao quadro mais geral da economia: muitos desses profissionais são terceirizados, fazem parte de cooperativas de trabalho, são contratados “por projetos” e não tem assegurada a proteção social pública. Portanto, são variadas as modalidades de contratação dos seus serviços, fato que reduz a sua capacidade de se contrapor, de questionar os objetivos empresariais e de trabalhar o campo de contradições que é inerente às práticas capitalistas (AMARAL e CESAR, 2009, p.17).

Dessa maneira, no Capítulo 1, denominado “Capitalismo Monopolista, Questão Social e Saúde”, apresentamos um breve retrospecto histórico acerca da fase hodierna do capital, o capitalismo monopolista, bem como a emergência do setor de serviços e dos serviços sociais no âmbito desta etapa de desenvolvimento do capital — por se tratar de uma pesquisa com enfoque, antes de tudo, na inserção do Serviço Social em determinado contexto sócio-histórico — abrangendo, também, um célebre histórico da emergência das Políticas de Saúde — visto que nosso campo empírico de pesquisa integra a referida área, ainda que se relacione, especificamente, à esfera privada da saúde.

Isto porque, ao iniciarmos o debate acerca desse assunto, sinalizamos, particularmente, o processo de alterações nas esferas das relações e processos de trabalho que ocorreram ao

---

<sup>3</sup>Mesmo que pudesse existir a contratação do assistente social neste campo, isso não tinha expressividade que o caracterizasse um âmbito sócio-ocupacional “considerável”.

longo das últimas décadas e que ultrapassaram as fronteiras geopolíticas, instaurando um processo de globalização, seja do ponto de vista econômico ou cultural.

Nesse panorama, avaliamos que para analisarmos o trabalho do assistente social na saúde privada na contemporaneidade, é necessário considerar o contexto atual de um mundo organizado sob a hegemonia do modo capitalista de produção, em intenso processo de internacionalização da economia, fortemente dependente do mercado financeiro, experimentando um intenso processo de reestruturação do modelo de produção e sob a ofensiva da política do Estado neoliberal (ALMEIDA, 1996).

Ou seja, é no cerne dessas alterações que devemos situar os novos arranjos e “configurações” do Estado, das políticas sociais, dos movimentos sociais e do próprio mercado de trabalho profissional (ALMEIDA, 1996).

As alternativas de ajustes econômicos com suas fortes implicações sociopolíticas — referimo-nos às que vêm ocorrendo a partir da ofensiva neoliberal —, como os formatos mais institucionalizados do relacionamento da sociedade civil com os poderes governamentais, compõem um cenário do qual o exame do processo de trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde privada não se pode distanciar. Essas alterações, indistintamente, engendram requisições para os assistentes sociais e encerram novas determinações na própria organização e dinâmica do seu processo de trabalho (ALMEIDA, 1996).

Em suma, a análise do trabalho do Serviço Social nesta área não só nos remete a considerá-lo na dinâmica do setor de serviços e, particularmente, nos serviços privados de saúde, como também no processo de ampliação sofrido por esse setor nos últimos anos, dentro da própria fase monopolista de expansão do capital.

Destarte, não podemos deixar de analisar tal processo de trabalho no bojo das ofensivas neoliberais que redefinem para um patamar mínimo a atuação do Estado junto às políticas sociais, assim como do processo de globalização da economia que vem alterando e estabelecendo novas relações e processos de trabalho, seja no setor produtivo, seja no de serviços (ALMEIDA, 1996).

No Capítulo 2 desta dissertação, intitulado “Serviço Social, Saúde Suplementar e Reestruturação Produtiva”, buscamos apresentar panoramicamente a inserção/requisição do Serviço Social nos serviços de saúde no Brasil, bem como situar o processo de mercantilização da saúde no âmbito nacional, para podermos “alcançar” a análise do campo da Saúde Suplementar, o qual compõe o nosso campo empírico de pesquisa.

Ademais, objetivamos também analisar as repercussões do processo de reestruturação produtiva, deflagrado, como dissemos, após a irrupção na década de 1970 do atual quadro

crítico do capital, destacando as suas consequências para o âmbito do trabalho nos serviços de saúde, na contemporaneidade.

A esse respeito, pode-se afirmar que a mercantilização da saúde no Brasil, mantém estreita vinculação com a sua formação sócio-histórica que, tradicionalmente, priorizou a saúde privada em detrimento de uma cobertura que abarcasse o conjunto da população. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, embora tenha adquirido o *status* de direito social, o Sistema Único de Saúde (SUS) segue enfrentando forte resistência à sua efetivação, em função da retração estatal no âmbito das políticas sociais, propugnada pelos preceitos neoliberais (NOGUEIRA, 1983).

Nesse contexto, os cidadãos passam a reconhecer o acesso à saúde, não como um direito social concernente à cidadania, mas como mais uma mercadoria disponível no mercado. Torna-se evidente que a saúde se constitui como um dos setores em disputa no mercado, representando, de fato, mais uma das estratégias de expansão das fronteiras para obtenção de lucro do capital (NITÃO, 2004).

Registra-se que o mercado de serviços privados de assistência à saúde no Brasil, apresenta origem e desenvolvimento interrelacionado com a definição das Políticas Públicas de Saúde, especialmente no que se refere ao financiamento direto — no caso dos convênios-empresa do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) — ou indireto, mediante o mecanismo de renúncia fiscal (NITÃO, 2004).

Como sabemos, o Estado no Brasil, possui a característica de figurar como grande impulsionador e financiador do setor privado de saúde, seja por meio de financiamento direto, ou por formas diversas de atuação, como a concessão de subsídios, isenções fiscais ou incentivos. O Estado, indubitavelmente, desempenhou e segue desempenhando um papel facilitador do setor privado de saúde (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Por fim, no terceiro e último Capítulo, intitulado “O Serviço Social na Saúde Privada no município do Rio de Janeiro”, inicialmente, abordamos a caracterização do nosso *lócus* de pesquisa, com a cautela necessária à devida preservação de quaisquer identificações institucionais.

Nas segunda e terceira seções, respectivamente, apresentamos a caracterização do perfil profissional e os resultados da nossa pesquisa empírica, propriamente. Assim, encerramos os capítulos, tecendo nossas considerações finais, com a clareza de que iniciamos um longo debate, pois sequer pensamos na possibilidade de esgotar uma temática cuja complexidade é evidente.

# 1 CAPITALISMO MONOPOLISTA, QUESTÃO SOCIAL E SAÚDE

## 1.1 Breves considerações acerca do modo de produção capitalista

Tomemos como princípio básico do referencial teórico marxiano a seguinte afirmação: no ato da produção dos meios de vida, os homens firmam laços entre si e, por meio deles, exercem uma ação que visa a transformar a natureza em seu próprio benefício, isto é, para produzir sua própria subsistência. Ou seja, na produção social da própria vida,<sup>4</sup> os homens estabelecem relações necessárias e independentes de sua vontade e que correspondem a uma determinada etapa histórica de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais.<sup>5</sup>

O ato da produção da vida, como afirma Marx (2011, p. 34), “tanto da própria, no trabalho, quanto da alheia, na procriação”, afigura-se como uma relação dupla — respectivamente, como relação natural e relação social. Pode-se dizer social, pois entende-se que ela abrange, necessariamente, a cooperação de vários indivíduos. Temos, então, que um determinado modo de produção ou uma determinada fase industrial estão sempre vinculados a um determinado modo de cooperação ou a uma determinada fase social. Torna-se, assim, imprescindível à análise da história da civilização humana considerar a sua articulação com a história da indústria e das trocas.

Afirma-se que a totalidade das relações de produção conforma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se engendra uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. Nesses termos, entendemos que o modo de produção da vida material condiciona o processo em geral da vida social,<sup>6</sup> político e espiritual (MARX, 2011).

Segundo Lukács (2012), a partir do momento em que Marx faz da produção e da reprodução da vida humana a questão central, emergem, tanto no próprio ser humano como

---

<sup>4</sup> A vida em sociedade é o *locus* onde ocorre a produção, o que de antemão revela-nos que o seu caráter é essencialmente social. Assim, o ponto de partida de nossa análise é a produção de indivíduos socialmente determinada.

<sup>5</sup> Ressalte-se que o grau de desenvolvimento dos meios de produção determina, pois, o modo como se articulam as relações entre os indivíduos no ato da produção, o que se desdobrará de diferentes modos pela vida social em geral. Ou seja, quando nos referimos à produção, sempre nos referimos à produção em um determinado estágio de desenvolvimento social — da produção de indivíduos sociais (MARX, 2011).

<sup>6</sup> Concordamos com Mandel (1985) quanto à afirmação de que as relações de produção abarcam todas as relações fundamentais entre homens e mulheres na produção de sua vida material. Para o autor, é um equívoco, portanto, limitar tais relações somente a um único aspecto das relações capitalistas, como, por exemplo, à subordinação do trabalho vivo ao trabalho morto, ou mesmo às relações dos produtores com seus meios de produção no interior de uma unidade produtiva.

em todos os seus objetos, relações e vínculos, a dupla determinação de uma insuperável base natural e de uma ininterrupta transformação social dessa base.

Desde tempos imemoriais, verifica-se que o indivíduo emerge como dependente e integrado a um todo maior, isto é: na família, na tribo e, posteriormente, nas diversas formas de agrupamentos humanos. Registra-se que é somente a partir do século XVIII, com o advento da sociedade burguesa, que as formas diversificadas de conexão social apreenderão os indivíduos como meros meios de obtenção de fins particulares. É relevante observar como é justamente essa a época — que engendra esse ponto de vista do indivíduo isolado — das relações sociais mais desenvolvidas até o momento. Assim, podemos afirmar que desde os tempos mais remotos, o ser humano é, essencialmente, um animal social e que, nas palavras de Marx, somente pode isolar-se em sociedade (MARX, 2011).

O supracitado autor traz à tona a centralidade do trabalho em face do mundo dos homens, afirmando-a enquanto atividade humana que se diferencia das demais, uma vez que pressupõe teleologia.

Ou seja, o trabalho é por ele pressuposto numa forma que pertence exclusivamente ao homem. Ao tomar o “reino animal” como exemplo, afirma que “a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias” (MARX, 2005, p. 36). Isto é, o autor advoga que o que distingue, de antemão, “o pior arquiteto da melhor abelha”, é que ele construiu o favo em seu intelecto antes de construí-lo em cera. Ou seja, ao findar o processo de trabalho, obtém-se um resultado que já no início deste, existiu na imaginação do trabalhador e, portanto, idealmente (MARX, 2005, p. 36).

Para Marx, assim, o trabalho representa um processo metabólico entre o homem e a natureza, no qual o homem, por sua própria ação, pode intervir e controlar.<sup>7</sup> Desse modo, o homem envida sua força de trabalho a fim de transmutar a matéria natural numa forma útil, como fim para a reprodução de sua própria vida. Vale destacar que, nesse processo, ele tanto altera/modifica a natureza externa a ele, quanto se modifica ao mesmo tempo (MARX, 2005).

Dessa maneira, podemos destacar como os elementos simples que constituem o processo de trabalho: a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios. No processo de trabalho, a atividade do homem efetua, portanto, mediante o meio de trabalho, uma transformação do objeto de trabalho almejada desde o princípio. Tal processo

---

<sup>7</sup>Ou seja, o homem não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo.

extingue-se no produto. Seu produto representa um valor de uso,<sup>8</sup> que constitui uma matéria natural adaptada às necessidades humanas através da transformação de sua forma (MARX, 2005).

Entretanto, no modo de sociabilidade caracterizado pela égide do capital, o trabalhador exerce seu trabalho sob o controle do capitalista, o qual se apropria do produto do seu trabalho. Ou seja, o comprador da força de trabalho se apropria da mesma, na medida em que faz trabalhar o seu vendedor na produção de mercadorias.

O capitalista busca assegurar-se de que o trabalho se realize em ordem e os meios de produção sejam empregados conforme seus fins, e que, portanto, não seja desperdiçada matéria-prima e que o instrumento de trabalho seja preservado, isto é, que apenas seja consumido na medida em que seu uso no trabalho o exija. Como unidade do processo de trabalho e processo de formação de valor, o processo de produção é processo de produção de mercadorias; como unidade de processo de trabalho e processo de valorização, é ele processo de produção capitalista, forma capitalista da produção de mercadorias (MARX, 2005).

Ao capitalista interessa produzir um valor de uso que possua um valor de troca, um artigo destinado à venda, isto é, uma mercadoria. Além disso, ele tem por objetivo produzir uma mercadoria cujo valor seja mais alto que a soma dos valores das mercadorias exigidas para produzi-la, os meios de produção e a força de trabalho, para as quais adiantou seu dinheiro no mercado. O capitalista deseja “produzir não só um valor de uso, mas uma mercadoria, não só valor de uso, mas valor e não só valor, mas também mais-valia” (MARX, 2005, p. 49).

O valor de toda a mercadoria é determinado pelo *quantum*<sup>9</sup> de trabalho materializado em seu valor de uso, pelo tempo<sup>10</sup> de trabalho socialmente necessário à sua produção. Isto é, os valores das mercadorias estão na razão direta do tempo de trabalho investido em sua produção e na razão inversa das forças produtivas do trabalho empregado (MARX, 2005).

Assim sendo, temos que o que o operário vende não é propriamente o seu trabalho, mas a sua força de trabalho, possibilitando temporariamente ao capitalista o direito de usufruir

---

<sup>8</sup>Entendemos que para que o trabalhador represente o seu trabalho em mercadorias, tem de representá-lo, sobretudo, em valores de uso, isto é, em coisas que sirvam para satisfazer necessidades de qualquer gênero: a produção de valores de uso ou bens não altera a sua natureza universal por se processar a favor do capitalista e sob o seu controle (MARX, 2005).

<sup>9</sup>Do latim, significa quantidade.

<sup>10</sup>Ressalte-se que ao se aumentar a quantidade de trabalho necessária para produzir uma mercadoria, amplia-se necessariamente o seu valor e vice-versa.

dela.<sup>11</sup> Como o de qualquer outra mercadoria, o valor da força de trabalho é determinado pela quantidade de trabalho necessária para sua produção. Ou seja, o valor da força de trabalho é determinado pelo valor dos meios de subsistência necessários para a sua reprodução:

O valor da força de trabalho se determina pela quantidade de trabalho necessário para a sua conservação, ou reprodução, mas o uso desta força só é limitado pela energia vital e a força física do operário. O valor diário ou semanal da força de trabalho difere completamente do funcionamento diário ou semanal desta mesma força de trabalho, são duas coisas completamente distintas, como a ração consumida por um cavalo e o tempo em que este pode carregar o cavaleiro. A quantidade de trabalho que serve de limite ao valor da força de trabalho do operário não limita de modo algum a quantidade de trabalho que sua força de trabalho pode executar (MARX, 2004, p. 89).

Segundo Marx (2004) à produção de uma mercadoria, é necessário mais do que a criação de um artigo que satisfaça a uma necessidade social: o trabalho nele incorporado deverá representar uma parte componente da soma global de trabalho invertido pela sociedade. Deve-se, necessariamente, estar subordinado à divisão de trabalho dentro da sociedade: “não é nada sem os demais setores do trabalho e, por sua vez, é chamado a integrá-los” (MARX, 2004, p. 73-74).

Destarte, pode-se dizer que a substância social comum a todas as mercadorias é o trabalho. Ou seja, para produzir uma mercadoria, tem-se que inverter nela ou a ela incorporar uma determinada quantidade de trabalho. E, não “simplesmente” trabalho, mas trabalho social. Nesse sentido, temos que aquele que produz um objeto para seu uso pessoal e direto, para consumi-lo, cria um produto, mas não uma mercadoria.

Como a finalidade imediata e o produto por excelência da produção capitalista é a mais-valia, temos que só é produtivo aquele trabalho que diretamente produza mais-valia; portanto, só o trabalho que seja consumido diretamente no processo de produção com vistas à valorização do capital.

Assim, como assevera Kowarick (1994), ainda que a apropriação privada de meios e instrumentos de produção se constitua condição necessária para o surgimento do capitalismo, para que ele se concretize, pois, é necessário que esses processos de produção estejam articulados de modo a criar excedentes mediante uma modalidade específica de subjugar o trabalhador: esse deve ser livre e expropriado, de forma que sua liberdade não encontre alternativa a não ser submeter-se ao capital. Em síntese: é necessário que haja a reprodução ampliada de uma relação social de produção baseada na exploração da força de trabalho.

---

<sup>11</sup>Esse tipo de intercâmbio entre o capital e o trabalho é o que serve de base à produção capitalista, ou ao sistema do salariado, e tem que conduzir, sem cessar, à constante reprodução do operário como operário e do capitalista como capitalista (MARX, 2004).

Observa-se que, nas relações sociais capitalistas, o caráter social do trabalho afigura-se como “relação” entre os produtos do trabalho, isto é, entre coisas, independentes de seus produtores: afigurando-se como relação entre objetos materiais, eliminada sua historicidade. Dessa maneira, as relações sociais concretas entre os homens ocultam-se por trás das “coisas” (IAMAMOTO, 1998).

Cabe destacar que o processo de reprodução das relações sociais capitalistas repõe, concomitantemente, tanto o núcleo básico que estrutura a organização dessa sociedade — isto é, a criação e apropriação da mais-valia, proveniente do trabalho expropriado — como os conflitos entre as classes sociais (IAMAMOTO, 1998).

Segundo Singer (1977), a reprodução capitalista da força de trabalho é o resultado do seu próprio movimento, combinado, contraditoriamente, com a luta do proletariado pela expansão do elemento histórico do seu padrão de vida.

A despeito disso, podemos afirmar que a conversão do trabalho em mercadoria significa a conversão de sua essência genérica e a produção de uma categoria alheia que o submete e controla — o capital: “de modo que todas as relações com o mundo se realizam a partir dessa comercialização do ser estranho” (MARX, 2004, p. 80).

Nesse contexto, o trabalhador baixa a condição da mais miserável mercadoria, o que se contrasta com a potência e a amplitude da sua produção:

A economia nacional oculta o estranhamento na essência do trabalho porque não considera a relação imediata entre o trabalhador (o trabalho) e a produção. Sem dúvida, o trabalho produz maravilhas para os ricos, mas produz privação para o trabalhador. Produz palácios, mas cavernas para o trabalhador. Produz beleza, mas deformação para o trabalhador. Substitui o trabalho por máquinas, mas lança uma parte dos trabalhadores de volta a um trabalho bárbaro e faz da outra parte máquinas. Produz espírito, mas produz imbecilidade, cretinismo para o trabalhador (MARX, 2004, p. 82).

Outrossim, naturalmente, no interior da lógica capitalista, os salários não podem exceder os valores das mercadorias por eles produzidas, não podem ser maiores que essas, mas podem, sim, serem inferiores em todos os graus possíveis. Destarte, compreendemos que a produção capitalista produz o homem não somente como uma mercadoria, a mercadoria humana, ela o produz, precisamente, como um ser desumanizado (MARX, 2004).

Assim sendo, o capitalismo — tanto na atualidade quanto no passado — necessita do exército industrial de reserva para evitar uma ampliação “excessiva” dos salários reais, ou para conservar a taxa de mais-valia e a taxa de lucros num nível alto:

Grosso modo, os movimentos gerais do salário são regulados exclusivamente pela expansão e pela contração do exército industrial de reserva, as quais correspondem aos períodos de alternância do ciclo industrial. Eles não são, pois, determinados pelo movimento do número absoluto da população operária, mas pela relação alterna em que a classe operária se divide em exército ativo e exército de reserva, pelo aumento

e diminuição do volume relativo da sobrepopulação, pelo grau em que é ora absorvida ora de novo libertada (MARX, 1996, p. 267-268).

Nesse contexto, quanto maior for a riqueza social, o capital em operação, o volume e a potência do seu crescimento, tanto maior é o exército industrial de reserva. Entretanto, quanto maior for esse exército de reserva em relação ao exército operário ativo, tanto maior será a superpopulação consolidada e, portanto, a sua própria miséria: “finalmente, quanto maior for a camada lazariana da classe operária e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial. Essa é a lei geral absoluta da acumulação capitalista” (MARX, 1996, p. 274).

Ou seja, a acumulação capitalista produz antes — e certamente na proporção da sua energia e de sua amplitude — constantemente uma população operária relativa, ou seja, excessiva para as necessidades de valorização do capital e, portanto, supérflua:

Mas, se uma população trabalhadora excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza com base no capitalismo, essa superpopulação torna-se, por sua vez, a alavanca da acumulação capitalista, até uma condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta, como se ele o tivesse criado à sua própria custa. Ela proporciona às suas mutáveis necessidades de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independente dos limites do verdadeiro acréscimo populacional (MARX, 1996, p.262-263).

Destarte, em caráter de síntese, podemos afirmar que o modo de produção capitalista é, essencialmente, uma forma de economia de mercado, constituindo o único exemplo histórico de uma economia de mercado generalizada. A totalidade dos elementos da vida econômica transformam-se em mercadorias: não somente a terra, os instrumentos de trabalho, as máquinas, o capital-dinheiro, mas também, como buscamos demonstrar, a própria força de trabalho (MANDEL, 1985). A seguir, veremos como o referido processo de expropriação da classe trabalhadora se recrudescer e provoca alterações significativas na reprodução da vida social na fase hodierna do capitalismo monopolista.

## 1.2 A era dos monopólios

Segundo Mandel (1985), devido a sua própria natureza, o capital não tolera limites geográficos à sua expansão. Pode-se dizer que a assunção histórica desse modo de produção engendrou a demolição das fronteiras regionais e a constituição de grandes mercados nacionais, que serviram de alicerce para a criação do Estado nacional moderno. Entrementes,

a penetração do capital na esfera da produção foi ínfima antes de sua expansão dissolver também esses limites nacionais.<sup>12</sup>

Segundo o referido autor, o capitalismo buscou constituir um genuíno mercado mundial para todas as suas mercadorias, ao invés de apenas utilizar-se do mercado de artigos de luxo que eram comercializados internacionalmente no período pré-capitalista. Temos que a produção em massa a baixo custo, viabilizada pela grande indústria capitalista, representou o instrumento mais importante desse processo, mas não o único. O Estado, acionado pela burguesia, teve de lançar mão de aparato coercitivo político e muitas vezes militar, para ultrapassar os obstáculos à expansão ilimitada da exportação capitalista de mercadorias (MANDEL, 1985).

Assim sendo, pode-se dizer que é geralmente aceita a premissa de que a fase do capitalismo monopolista teve início nas últimas duas ou três décadas do século XIX, quando os primeiros trustes<sup>13</sup> e cartéis<sup>14</sup> começaram a consolidar-se, trazendo em seu bojo uma modernização da estrutura industrial e financeira do capital (NETTO, 1992).

Dessa maneira, afirma-se que o capitalismo, no final do século XIX, experimentou profundas alterações no seu ordenamento e dinâmica econômicos, com fortes repercussões sob a estrutura social e política das nações que abrangia. Esse período histórico refere-se à transição entre o capitalismo concorrencial e o capitalismo monopolista, caracterizado como o estágio imperialista do capital:<sup>15</sup> a conjuntura mundial era marcada pela rápida propagação da colonização no mundo, as rivalidades internacionais e os conflitos armados pela divisão do globo em esferas de influência econômica, inaugurando, assim, a moderna era imperialista (MANDEL, 1985).

Como prossegue o supracitado autor, a referida etapa<sup>16</sup> de desenvolvimento do modo de produção capitalista, caracteriza-se por um aumento exponencial da concentração<sup>17</sup> e

---

<sup>12</sup>Mandel (1985) sinaliza que a relação entre expansão nacional e a expansão internacional do capital determinou, portanto, desde o começo uma estrutura combinada que se refletiu nas atitudes contraditórias da burguesia quando a mesma lançava mão de força coercitiva no plano internacional. Afirma-se que essa relação era uma expressão da lei do desenvolvimento desigual e combinado que é inerente ao modo de produção capitalista. O capital tem a tendência inata de combinar a expansão internacional com a formação e a consolidação de mercados nacionais. Por isso, dependendo do desenvolvimento das forças produtivas e das condições sociais, as relações capitalistas de troca em nível mundial aglutinam relações de produção capitalistas, semicapitalistas e pré-capitalistas numa unidade orgânica. Ver mais em Trotsky, 1977.

<sup>13</sup>Truste é a fusão de várias empresas de modo a formar um monopólio com o intuito de dominar determinada oferta de produtos e/ou serviços.

<sup>14</sup>Constitui um acordo comercial entre empresas, visando à distribuição entre elas das cotas de produção e do mercado com a finalidade de determinar os preços e limitar a concorrência.

<sup>15</sup>Segundo Mandel (1985), o período que corresponde ao imperialismo “clássico” compreende os anos de 1890 a 1940.

<sup>16</sup>Braverman (1987) sinaliza o emprego de diversas denominações para esse novo estágio do capitalismo, desde o seu aparecimento: “capitalismo financeiro”, “imperialismo”, “neocapitalismo” e “capitalismo recente”.

centralização do capital<sup>18</sup> que leva à eliminação da concorrência dos preços de toda uma série de setores-chave da indústria, em que são feitos acordos monopolistas, nos quais umas poucas empresas exercem o domínio completo de um mercado após o outro.

Nesse contexto, o capital bancário se funde cada vez mais com o capital industrial, formando o capital financeiro,<sup>19</sup> onde uns poucos e grandes oligopólios financeiros dominam a economia de cada país capitalista; esses monopólios gigantescos partilham entre si os mercados mundiais de mercadorias-chave e as potências imperialistas dividem o mundo em impérios coloniais ou áreas de influência semicoloniais (MANDEL, 1985).

Mandel (1985) salienta que uma tendência a “regular”, isto é, limitar, os investimentos e a produção nos setores monopolizados vigora, a partir daí, a despeito do surgimento dos superlucros monopolistas,<sup>20</sup> de modo que o excesso de acumulação leva a uma busca desenfreada por novos mercados para o investimento de capital, e daí ao crescimento das exportações de capital.

Em suma, pode-se afirmar que o capitalismo monopolista é caracterizado pelo aumento de organizações monopolistas no bojo de cada país capitalista, a internacionalização do capital, a divisão internacional do trabalho, o imperialismo, o mercado mundial, bem como as mudanças na estrutura do poder estatal:

Já terá sido observado que o desenvolvimento decisivo no processo de produção data precisamente do mesmo período que o capitalismo monopolista. A gerência científica e todo o “movimento” para a organização da produção em sua base moderna têm seus inícios nas últimas duas décadas do século passado. E a revolução técnico-científica, baseada na utilização sistemática da ciência para a mais rápida transformação da força de trabalho em capital, começa também, como já vimos, ao mesmo tempo. Ao relatar essas duas facetas da atividade do capital, estivemos, portanto, mencionando dois dos principais aspectos do capital monopolista. Tanto cronológica como funcionalmente, elas são parte do novo estágio do desenvolvimento capitalista, decorrem do capitalismo monopolista e o tornam possível (BRAVERMAN, 1987, p. 216).

De acordo com Netto (1992), o capitalismo monopolista reproduz, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que atribui à ordem burguesa os seus traços estruturais de exploração, alienação e transitoriedade histórica, todos eles desvelados pela crítica marxiana.

---

<sup>17</sup>Aumento de valor do capital em toda empresa capitalista importante, em consequência da acumulação e da concorrência (eliminação de empresas menores e menos competitivas).

<sup>18</sup>Fusão de diversos capitais sob um único controle comum.

<sup>19</sup>É o capital representado por títulos, obrigações, certificados e outros papéis negociáveis e que podem ser convertidos em dinheiro com rapidez.

<sup>20</sup>Dizem respeito às formas específicas de mais-valia originadas pelos obstáculos à entrada em determinados setores da produção.

Ao elevar esses elementos em nível econômico-social e histórico-político distinto, porém, a idade do monopólio produz alterações significativas na dinâmica da sociedade burguesa. Potencializando, concomitantemente, as contradições fundamentais do capitalismo já explicitadas no estágio concorrencial e as combinando com novas contradições e antagonismos, deflagrando complexos processos:

Com efeito, o ingresso do capitalismo no estágio imperialista assinala uma inflexão em que a totalidade concreta que é a sociedade burguesa ascende à sua maturidade histórica, realizando as possibilidades de desenvolvimento que, objetivadas, tornam mais amplos e complicados os sistemas de mediação que garantem a sua dinâmica. Donde, simultaneamente, a contínua reafirmação das suas tendências e regularidades imanentes — as suas “leis” de desenvolvimento gerais, capitalistas — e a concreta alteração delas — as “leis” particulares do estágio imperialista (NETTO, 1992, p. 15-16).

Na etapa de desenvolvimento imperialista e monopolista do modo de produção capitalista, estabeleceu-se uma nova dimensão tanto à relação entre expansão nacional e expansão internacional quanto à relação entre as leis de desenvolvimento capitalista e o uso deliberado da coerção estatal para fins econômicos (MANDEL, 1985).

Entendemos que a tendência resultante da concorrência e, por conseguinte, também a tendência à restrição da expansão do mercado interno engendraram, uma supercapitalização geral, uma exportação crescente de capital e a um impulso capitalista cada vez mais exacerbado que não restringiu-se à expedições militares episódicas para assegurar a livre exportação de mercadorias, mas em uma ocupação e controle militares permanentes para garantir novos campos de investimento para as exportações de capital (MANDEL, 1985).

Isto é, a divisão completa do mundo, perpetrada pelas grandes forças imperialistas, resultantes elas mesmas da contração da concorrência capitalista no mercado interno, resultou em uma intensificação da concorrência capitalista internacional no mercado mundial, inclusive, por meio das forças armadas, efetivada por meio das guerras imperialistas (MANDEL, 1985).

Segundo Netto (1992), a constituição da organização monopólica representa a premência do capitalismo em viabilizar seu objetivo primordial: o acréscimo dos lucros capitalistas através do controle dos mercados. Essa organização — na qual, o sistema bancário e creditício tem o seu papel econômico-financeiro significativamente reconfigurado — abrange níveis e formas diferenciadas que vão desde “acordos de cavalheiros” à fusão de empresas, passando pelo *pool*,<sup>21</sup> cartel e truste:

---

<sup>21</sup>O *pool* constitui um acordo entre empresas para a manutenção compartilhada de uma atividade ou serviço comum.

Na prossecução da sua finalidade central, a organização monopólica introduz na dinâmica da economia capitalista um leque de fenômenos que deve ser sumariado: a) os preços das mercadorias (e serviços) produzidas pelos monopólios tendem a crescer progressivamente; b) as taxas de lucro tendem a ser mais altas nos setores monopolizados; c) a taxa de acumulação se eleva, acentuando a tendência descendente da taxa média do lucro e a tendência ao subconsumo; d) o investimento se concentra nos setores de maior concorrência, uma vez que a inversão nos monopolizados torna-se progressivamente mais difícil (logo, a taxa de lucro que determina a opção de investimento se reduz); e) cresce a tendência a economizar trabalho “vivo”, com a introdução de novas tecnologias; f) os custos de vendas sobem, com um sistema de distribuição e apoio hipertrofiado — o que, por outra parte, diminui os lucros adicionais dos monopólios e aumenta o contingente de consumidores improdutivos (contrarrestando, pois, a tendência ao subconsumo) (NETTO, 1992, p. 16-17).

A economia de trabalho vivo, que estimula a inovação tecnológica, subordina-se diretamente à depreciação do capital fixo<sup>22</sup> existente, onde podemos reiterar um traço específico da idade do monopólio que é de primordial importância para a compreensão global do capitalismo monopolista: o monopólio faz aumentar a taxa de concentração de trabalhadores no exército industrial de reserva (NETTO, 1992).

Netto (1992) sinaliza que, no período clássico do capitalismo monopolista, dois outros elementos típicos da monopolização fazem seu ingresso notório no cenário social. O primeiro deles diz respeito ao fenômeno da supercapitalização: o montante de capital acumulado que encontra crescentes dificuldades de valorização. Desse modo, em um primeiro momento, o referido montante de capital é utilizado como forma de autofinanciamento dos grupos monopolistas; em seguida, porém, a sua amplitude excede largamente as condições imediatas de valorização, posto que o monopólio restringe, pela sua própria natureza, o espaço capitalista de inversões.

O crescimento exponencial desses capitais excedentes — que se tornam tanto mais exacerbados quanto mais se agudiza a tendência descendente da taxa média de lucro —, é próprio da dinâmica do capitalismo monopolista. As dificuldades paulatinas para a valorização são contornadas por inúmeros mecanismos, nenhum dos quais suficientes para “solucionar” o fenômeno da supercapitalização. Destarte, de um lado, temos a emergência da indústria bélica, que constitui elemento central na dinâmica imperialista, e, de outro, “a contínua migração dos capitais excedentes por cima dos marcos estatais e nacionais; e, enfim, a ‘queima’ do excedente em atividades que não criam valor” (NETTO, 1992, p. 18).

---

<sup>22</sup>A redução do tempo de rotação do capital fixo constitui uma das características fundamentais do capitalismo tardio. A origem imediata da redução prende-se à aceleração da inovação tecnológica, o que, por sua vez, é um resultado da realocação do capital industrial, investido não apenas na atividade direta de produção, mas também, em escala crescente, nas esferas pré-produtivas — Pesquisa e Desenvolvimento (MANDEL, 1985).

Deve-se observar, contudo, que a solução monopolista — a maximização dos lucros pelo controle dos mercados — é intrinsecamente contraditória: pelos próprios mecanismos novos que deflagra, ao cabo de certo nível de desenvolvimento, é alvo dos efeitos colaterais inerentes à acumulação e à valorização capitalistas. Dessa maneira, para efetivar-se com chances de êxito, ela demanda mecanismo de intervenção extraeconômicos. Assim, urge a refuncionalização e o redimensionamento da instância por excelência do poder extraeconômico, o Estado (NETTO, 1992).

Essa fase do capitalismo caracteriza-se também por abarcar a totalidade do indivíduo, da família e das necessidades sociais e, ao subordiná-los ao mercado, também os condiciona para servirem às necessidades do capital. Anteriormente a esse estágio — numa fase mais primitiva do capital —, o papel da família permanecia fulcral nos processos produtivos da sociedade, já que todas as necessidades dela eram supridas por seus membros. Ou seja, a produção e o consumo eram realizados no interior do núcleo familiar. A família, de fato, configurava a unidade econômica, e todo o sistema de produção centrava-se nela (BRAVERMAN, 1987).

Segundo Braverman (1987), antes da fase hodierna do capitalismo, a produção de alimentos era responsabilidade da “granja familiar” e, depois, da dona de casa, tendo a participação do capital, um caráter subsidiário:

Esta conquista dos processos de trabalho, antigamente executados pelas granjas familiares, ou em lares de todo o tipo, naturalmente deu nova energia ao capital pelo crescente escopo de suas operações e tamanho da “força de trabalho” sujeita a sua exploração. Os trabalhadores, para o novo processamento e indústrias fabris, eram retirados dos locais anteriores desses processos de trabalho: das fazendas e dos lares, em grande parte mulheres progressivamente transformadas, em número cada vez maior, de donas-de-casa em operárias. E com a industrialização da fazenda e das tarefas domésticas, veio a sujeição desses novos trabalhadores a todas as condições do modo capitalista de produção, a principal das quais é que eles agora pagam tributo ao capital e servem assim para ampliá-lo (BRAVERMAN, 1987, p. 234).

Assim sendo, como vimos discutindo, além de suas funções biológicas, a família serviu como uma instituição fundamental da vida social, da produção e do consumo. Das três funções, o capitalismo mantém apenas a do consumo, ainda que, mesmo como unidade consumidora, a família tenda a romper-se em partes componentes que efetuam o consumo separadamente. O papel da família configura-se, assim, como uma empresa cooperativa, operando a produção conjunta de um modo de vida, e com isso as suas demais funções são paulatinamente enfraquecidas (BRAVERMAN, 1987).

No estágio mais primitivo do capitalismo industrial, o papel da família permanecia essencial nos processos produtivos da sociedade. Entrementes, o capitalismo não havia ainda

penetrado na vida diária da família e da comunidade; tanto que o referido estágio era caracterizado como um:

estágio familiar, no qual a fabricação domiciliar dominava. Praticamente todas as necessidades da família eram supridas por seus membros. O produtor e consumidor eram virtualmente idênticos. A família era a unidade econômica, e todo o sistema de produção baseava-se nela (BRAVERMAN, 1987, p. 232).

Entre os fatores que propiciaram esta transição, podemos destacar o condicionamento urbano mais apertado que inviabilizava as condições sob as quais é possível levar a vida antiga.

Assim, no dizer de Braverman (1987), “o anel urbano” fecha-se em torno do trabalhador e do agricultor expulso da terra e os confina nas circunstâncias que impedem as antigas práticas de autossuprimento dos lares. De modo geral, a industrialização dos alimentos proporcionava a base indispensável do tipo de vida urbana que estava sendo criada; e foi na indústria alimentícia que a estrutura de mercado da empresa — abrangendo vendas, distribuição e intensa promoção ao consumo e publicidade —, veio a desenvolver-se plenamente.

A industrialização do alimento e outros utensílios domésticos elementares é apenas a primeira etapa em um processo que de fato leva à vinculação de toda a vida social e as interrelações da humanidade, ao mercado. Como dissemos, com a fragilização dos laços familiares e comunitários, os indivíduos devem buscar no mercado a satisfação de suas necessidades, não somente alimentícias, de vestuário e habitação, como também de entretenimento, segurança, assistência à saúde, dentre outros (BRAVERMAN, 1987).

Concomitantemente, a renda proveniente do trabalho torna possível a aquisição dos meios de subsistência fabricados pela indústria, e assim, exceto em períodos de desemprego, a coação da necessidade que compelia a trabalhos domésticos é debelada. Verifica-se que o trabalho domiciliar se tornara antieconômico, em comparação com o trabalho assalariado, pelo barateamento dos artigos manufaturados, e isso, juntamente com todas as demais pressões sobre as famílias trabalhadoras, contribuíram para impelir a mulher do lar para indústria (BRAVERMAN, 1987).

Como prossegue o supracitado autor, o desmoronamento das “habilidades da família” (e da própria família), assim como dos “sentimentos de comunidade” — dos quais o desempenho de muitas funções dependia antigamente —, deixam uma lacuna. À medida que os membros da família, muitos deles agora trabalhando externamente, tornam-se cada vez menos disponíveis para o cuidado mútuo em caso de necessidade, e à medida que os vínculos de vizinhança, comunidade e amizade são ressignificados em uma escala mais estreita para

excluir responsabilidades onerosas, a tarefa do “cuidado” se torna cada vez mais institucionalizada.

O massivo aumento das instituições que se ampliam nos mais diversos formatos: das escolas e hospitais de um lado, a prisões e instituições psiquiátricas de outro, representa não precisamente o progresso da medicina, da educação ou da “prevenção” do crime, mas a abertura do mercado apenas para os “economicamente ativos” e em “funcionamento” na sociedade, em geral à custa pública e para um vultuoso lucro para as empresas fabris e de serviços que, em geral, possuem e invariavelmente patrocinam essas instituições (BRAVERMAN, 1987).

A ampliação dessas instituições produz um enorme volume de “serviços”, mais inflado ainda pela reorganização da hospitalidade sob um viés mercantil, na forma de hotéis, restaurantes, estabelecimentos voltados ao entretenimento, dentre outros. O aumento dessas instituições, como também de imensos espaços de supermercados, lojas, escritórios e unidades habitacionais, fomenta o surgimento de imenso pessoal especializado para nelas atuar (BRAVERMAN, 1987).

Os fatores disparadores do rápido aumento da prestação de serviços estão vinculados não só à conquista completa das atividades industriais, correspondendo à acumulação de capital nelas, e a união dessas reservas de trabalho e capital no âmbito de novas indústrias, mas ao inexorável crescimento das necessidades de serviços à medida que a nova forma de sociedade destrói as antigas formas de cooperação mútua social, comunitária e familiar:

A ampliação dessas funções intermediárias tende a levar a uma independência crescente das mesmas. A separação entre agricultura e produção artesanal leva, em última instância, à inserção do comércio independente entre elas. Quanto mais generalizada a produção de mercadorias e quanto mais adiantada a divisão de trabalho, tanto mais essas funções intermediárias precisam ser sistematizadas e racionalizadas, a fim de assegurar produção e venda contínuas. A tendência à redução do tempo de giro do capital, inerente ao modo de produção capitalista, só pode tornar-se realidade se o capital (comercial e financeiro) se apossar cada vez mais dessas funções intermediárias (MANDEL, 1985, p. 269-270)

Nota-se que, na medida em que a vida familiar e comunitária é fragilizada, multiplicam-se os ramos da produção para preencher tal lacuna, e, “à medida que novos serviços e mercadorias proporcionam sucedâneos para relações humanas sob a forma de relações de mercado, a vida social e familiar são ainda mais debilitadas” (BRAVERMAN, 1987, p. 235-236).

Evidentemente, esse é um processo que, além de suas implicações econômicas e sociais, traz em seu bojo profundas mudanças nos padrões psicológicos e afetivos dos indivíduos. Nesse sentido, entende-se que o movimento da sociedade capitalista, relaciona-se,

no aspecto econômico, ao impulso capitalista de inovar novos produtos, novos serviços e novas indústrias. O capital encontra o trabalho “liberado” no mercado de trabalho, no terreno dos novos produtos e indústrias. A resultante desse processo, como objetivamos assinalar na seção anterior, constitui a conversão de todo o produto do trabalho humano em mercadoria, de todo modo que o trabalho produtor de bens é efetuado apenas em sua forma capitalista, com a exclusão de todas as demais (MANDEL, 1985).

Cabe salientar que o preenchimento do tempo ocioso, também se torna dependente do mercado, que cria continuamente entretenimentos e espetáculos que se ajustam às restritas circunstâncias da cidade e da vida dos trabalhadores. Uma vez que se tornam meios de preencher as horas “livres”, eles afluem em profusão das instituições empresariais que transformaram todos os meios de entretenimento e esporte em um processo de produção para a ampliação do capital (MANDEL, 1985).

Assim sendo, conforme Mandel (1985), uma divisão crescente do trabalho só pode combinar-se com uma socialização crescente e objetiva do trabalho por meio da expansão das funções intermediárias: deriva daí a ampliação sem precedentes dos setores de comércio, transporte e serviços, de forma geral. Em termos econômicos, o processo de centralização só pode efetivar-se através de uma centralização crescente de capital, entre outras, sob a forma de uma integração vertical de grandes empresas multinacionais e conglomerados:

Na fase do capitalismo monopolista, o primeiro passo na criação do mercado universal é a conquista de toda a produção de bens sob a forma de mercadoria; o segundo passo é a conquista de uma gama crescente de serviços e sua conversão em mercadorias; e o terceiro é um “ciclo de produto”, que inventa novos produtos e serviços, alguns dos quais tornam-se indispensáveis à medida que as condições da vida moderna mudam para destruir alternativas. Desse modo, o habitante da sociedade capitalista é enlaçado na teia trançada de bens-mercadoria e serviços-mercadoria da qual há pouca possibilidade de escapar mediante parcial ou total abstenção da vida social tal como existe (BRAVERMAN, 1987, p. 239).

Como afirma o supracitado autor, o mercado universal é amplamente propalado como uma generosa “economia de serviço”, e louvado por sua “conveniência”, “oportunidades culturais”, “instituições modernas destinadas ao cuidado”, dentre outros. Entretanto, chamamos a atenção para os efeitos perversos que esse modo de sociabilidade gera sob os indivíduos, destacando que é o outro lado do mercado universal, isto é, seus aspectos desumanos, a reclusão de amplo segmento da população ao trabalho precário, que interessa fundamentalmente à nossa análise:

Assim como na fábrica, não é nas máquinas que está o erro, mas nas condições do modo capitalista de produção sob as quais elas são utilizadas; do mesmo modo, não é na existência dos serviços que está o erro, mas nos efeitos de um mercado todo-poderoso que, dominado pelo capital e seu investimento lucrativo, tanto é caótico quanto profundamente hostil aos sentimentos de comunidade. Assim os próprios

serviços sociais que deveriam facilitar a vida social e a solidariedade têm o efeito contrário. À medida que os avanços da indústria de utilidades domésticas e de serviços aliviam o trabalho da família, aumentam a futilidade da vida familiar; à medida que removem os fardos das relações pessoais, esvaziam-as de sentimentos; à medida que criam uma intrincada vida social, despem-na dos vestígios da comunidade e deixam em seu lugar um vínculo monetário (BRAVERMAN, 1987, p. 239-240).

Assim, temos que enquanto o trabalho tende a estagnar ou encolher no setor fabril, ele amplia-se nos serviços e encontra uma renovação das formas tradicionais de concorrência anterior ao monopólio, entre as diversas empresas que se proliferam em âmbitos que exigem pequeno capital. Essas indústrias, recorrendo à força de trabalho amplamente não sindicalizada e convocada das camadas mais pauperizadas da sociedade, criam novos setores de baixa remuneração, e esses trabalhadores são mais intensamente explorados e oprimidos do que os empregados nos setores mecanizados da produção (BRAVERMAN, 1987).

Dessa maneira, como prossegue o supracitado autor, trata-se do campo de emprego, juntamente com as funções burocráticas, no qual se ocupam as mulheres removidas dos serviços “do lar”. Como sabemos, a conversão do trabalho “do lar” em trabalho nas fábricas, escritórios, hospitais, lavanderias, lojas de varejo e restaurantes, representa um vasto número do Produto Nacional Bruto (PNB) das economias capitalistas.

Sendo assim, torna-se evidente que os bens e serviços produzidos pelo trabalho não pago “do lar” não são absolutamente computados, mas, quando os mesmos bens e serviços são produzidos por trabalho “fora do lar”, entram nas estatísticas econômicas.

Ou seja, o trabalho da dona-de-casa, embora detenha o mesmo efeito material ou de serviço que o da camareira, da garçonete, faxineira, atendente, porteira ou lavadeira, está fora do alcance do capital, mas, quando ela assume uma dessas funções “fora de casa”, torna-se uma trabalhadora produtiva: o trabalho dela agora enriquece o capital e assim obtém um lugar no Produto Nacional Bruto (PNB). Esta constitui a lógica do mercado universal (BRAVERMAN, 1987).

### **1.3 Capitalismo monopolista e a expansão do setor de serviços**

No dizer de Marx (2005, p.59-60), “um serviço”,<sup>23</sup> “é nada mais que o efeito útil de um valor de uso, seja mercadoria, seja do trabalho.” Como resultado do serviço prestado pelo trabalhador empregado na produção de bens ao capitalista, temos um objeto tangível e

---

<sup>23</sup>Os serviços não são, em geral, senão a expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que esse não é útil como coisa, mas como atividade (MARX, 2004).

comerciável como mercadoria. Entretanto, o que decorre no caso de os efeitos úteis do trabalho configurarem-se de um modo que não tomem a forma de um objeto? Nesse sentido, o trabalho desse tipo deve ser oferecido diretamente ao consumidor, uma vez que produção e consumo são simultâneos:

Os efeitos úteis do trabalho, em tais casos, não servem para constituir um objeto vendável que encerre seus efeitos úteis como parte de sua existência na forma de mercadoria. Ao invés, os próprios efeitos do trabalho transformam-se em mercadoria. Quando o trabalhador não oferece esse trabalho diretamente ao usuário de seus efeitos, mas, ao invés, vende-o ao capitalista, que o revende no mercado de bens, temos então o modo de produção capitalista no setor dos serviços. Essa definição estrita ou científica de serviços é muito mais limitada que o emprego usual do termo pelos departamentos estatísticos, tais como os departamentos do censo e de estatística do trabalho nos Estados Unidos (BRAVERMAN, 1987, p. 303-304).

Concordamos com Braverman (1987, p.305) quanto à premissa de que “para o capitalismo o que importa não é determinada forma de trabalho, mas sua forma social, sua capacidade de produzir, como trabalho assalariado, um lucro para o capitalista.”

Ou seja, com base no pensamento do referido autor, pode-se afirmar que a distinção entre mercadorias sob a forma de bens e mercadorias sob a forma de serviços só é importante para o economista ou estatístico, mas não para o capitalista. Para esse último, o que importa não é determinada forma de trabalho, mas se esse foi obtido na rede de relações sociais capitalistas, através da exploração de um trabalhador assalariado e que, a partir de seu trabalho, gerou lucro ao seu negócio.

Desse modo, reiteramos a premissa de que o estágio do capitalismo tardio representa uma industrialização generalizada universal sem precedentes na história. Características como a mecanização, a padronização, a superespecialização e a fragmentação do trabalho, que marcavam anteriormente apenas o âmbito da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, agora se espriam para todos os setores da vida social. Um exemplo relevante desse processo é a paulatina industrialização da agricultura e da esfera de circulação, que passam a assemelhar-se à própria indústria e à esfera da produção. Mandel (1985) destaca que a industrialização da esfera de reprodução representa o auge desse processo:

Os computadores calculam o pacote de ações “ideal” para o acionista particular e a localização “ideal” para a nova fábrica da grande empresa. A televisão mecaniza a escola, isto é, a reprodução da mercadoria força de trabalho. Filmes de documentários de televisão tomam o lugar dos livros e dos jornais. A “lucratividade” das universidades, academias de música e museus começa a ser calculada da mesma forma que a das fábricas de tijolos ou de parafusos (MANDEL, 1985, p. 271-272).

Ressalte-se que, em última instância, todas essas tendências correspondem, como assinalamos na seção anterior deste trabalho, à característica básica do capitalismo tardio: o

fenômeno da supercapitalização, ou capitais excedentes não investidos, acionados pela queda secular da taxa de lucros e acelerando a transição para o capitalismo monopolista.

Mandel (1985) esclarece-nos que, enquanto o capital era relativamente exíguo, concentrava-se normalmente na produção direta de mais-valia nos âmbitos tradicionais da produção de mercadorias. Todavia, com a acumulação cada vez maior de capital e, conseqüentemente, com a estagnação de uma parcela significativa do capital social que não consegue nenhuma valorização, as novas massas de capital penetrarão cada vez mais em áreas não produtivas:

O capital monopolista não se opõe, portanto, de forma alguma, à penetração de capital no chamado setor de serviços, mesmo que isso incontestavelmente reduza a taxa média de lucros, porque uma massa maior de mais-valia deve somar-se à massa de capital social investido, que aumentou ainda mais do que a quantidade de mais-valia. Além disso, a acumulação de uma massa de capital ocioso que cresce constantemente ameaça as empresas gigantes com a perspectiva de que, a longo prazo esse capital talvez não se contente com os juros médios e possa tentar penetrar à força nos setores monopolizados, reativando assim a concorrência e ameaçando os superlucros dos monopólios (MANDEL, 1985, p.273).

Assim sendo, entendemos que a existência de grandes quantidades de capital que não podem valorizar-se mais na indústria é um elemento precípuo para a ampliação do chamado setor de serviços. Sublinha-se, assim, que o crescimento do referido setor, que caracteriza o capitalismo tardio, sintetiza, de modo peculiar, todas as principais contradições do modo de produção capitalista.

Assim sendo, a lógica do capitalismo tardio consiste em converter necessariamente o capital ocioso em capital de serviços e, ao mesmo tempo, substituir o capital de serviços por capital produtivo ou, em outras palavras, substituir serviços por mercadorias: serviços de transporte por automóveis particulares; serviços de teatro e cinema por aparelhos de televisão; programas de televisão e instrução educacional por recursos audiovisuais. Tornam-se nítidas as implicações que o crescimento imensurável dessa montanha de mercadorias representa para o meio ambiente (MANDEL, 1985).

Dessa maneira, apreendemos o papel do setor de serviços na esfera econômica em sua imprescindibilidade no que se relaciona à lógica das transformações que se operam na esfera produtiva:

Offe (1991) também observa essa capacidade de extensão da racionalização do trabalho, típica do capitalismo moderno, à esfera dos serviços, classificando-a a partir de três estratégias básicas: 1) mecanização, quando se utiliza menos trabalho em serviços pelo uso de equipamentos poupadores de mão de obra; 2) racionalização organizacional com a utilização máxima da capacidade de trabalho existente dirigindo a demanda à um lócus de trabalho centralizado — como *pool* de datilografia ou lojas de departamento — ou induzindo o aumento da demanda por meio de vantagens promocionais em determinados horários ou espaçando o horário de entrada no trabalho e de oferta dos serviços; 3) racionalização de externalização,

transferência do trabalho em serviços para outros agentes, em geral, os demandantes e consumidores, como ocorre com os autosserviços e transportes pessoais. Tendências de racionalização do trabalho, segundo o autor, encontráveis em diferentes atividades de serviços. Todavia, de que modo as atividades de serviços participam do processo de acumulação capitalista e quais os efeitos do acelerado crescimento do setor sobre o padrão produtivo contemporâneo? (ALMEIDA *et alii*, 1998, p. 120-122).

Dessa maneira, como objetivamos sinalizar na seção anterior da presente pesquisa, o capitalismo monopolista conduz ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada do lucro.

Nesse contexto, a dialética forças produtivas/relações de produção é tensionada, ainda, pela necessidade de desenvolvimento e incremento tecnológico, requisitando, em virtude da exigência da maximização de lucros, mecanismos de intervenção extraeconômicos. Desse modo, “refuncionaliza-se” e “redimensiona-se” a instância por excelência do poder extraeconômico: o Estado (NETTO, 1992).

Reiteramos a premissa de que o papel do Estado “redefine-se” à medida que sua intervenção esporádica/pontual na fase concorrencial do capitalismo transmuta-se em uma intervenção sistemática e contínua que age intensivamente sob a organização e dinâmica econômica. Em síntese, no capitalismo monopolista, verifica-se que as funções políticas e econômicas do Estado se imbricam organicamente (NETTO, 1992).

Nesse sentido, afirma-se que durante a etapa do capitalismo concorrencial, a intervenção estatal sobre as sequelas da questão social, respondia básica e coercitivamente às lutas das massas oprimidas ou à necessidade de manutenção das relações sociais que balizavam o sistema capitalista.

Todavia, no capitalismo monopolista, a preservação e o controle contínuos da força de trabalho, ocupada e excedente, tornam-se uma função estatal precípua. Contraditoriamente, o Estado, ao buscar legitimação política através do jogo democrático, torna-se “permeável” às demandas da classe trabalhadora, isto é, de seus interesses e reivindicações imediatas. De fato, esse é um processo denso de contradições e interesses conflitantes, que reverberam por toda a estrutura societária (NETTO, 1992).

É nessa conjuntura que se gestam as condições necessárias onde as sequelas da denominada questão social, tornam-se alvo de uma intervenção contínua e sistemática por parte do poder estatal:

É a política social do Estado burguês no capitalismo monopolista (e, como se infere desta argumentação, só é possível pensar-se em política social pública na sociedade burguesa com a emergência do capitalismo monopolista), configurando a sua intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da “questão social”, que oferece o mais canônico paradigma dessa indissociabilidade de funções econômicas e políticas que é própria do sistema estatal da sociedade burguesa

madura e consolidada. Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica, conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes (NETTO, 1992, p.26-27).

Sendo assim, como assevera o supracitado autor, temos que o enfrentamento sistemático das mazelas provenientes da questão social resultou do “redimensionamento” do Estado burguês, que se “amplia” e torna mais complexa a estrutura e o significado de sua ação. É nesse contexto que se expande a implementação dos serviços sociais e o bojo da intervenção estatal no âmbito das sequelas da questão social; fenômeno que na próxima seção deste trabalho, objetivaremos analisar.

#### **1.4 A emergência da questão social e o papel do Estado na era dos monopólios: a emergência dos serviços sociais**

Como buscamos demonstrar nas seções precedentes, o desenvolvimento do capitalismo conduz a que, com a acumulação do capital, concentrem-se imensas riquezas em um polo da sociedade; e a que, no outro polo da sociedade, acentue-se cada vez mais a superexploração, cresça o desemprego e decline o nível de vida daqueles que, com o seu trabalho, constroem toda a riqueza.

Ou seja, é inerente ao regime capitalista uma profunda contradição: a produção assume cada vez mais um caráter social, ao mesmo tempo em que a propriedade sobre os meios de produção permanece como propriedade privada capitalista, incompatível com o caráter social da produção. Assim, a referida contradição capital x trabalho dá origem a denominada questão social.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a questão social corresponde, essencialmente, às expressões do processo de gênese e desenvolvimento do proletariado e de seu ingresso na cena política da sociedade, requerendo seu reconhecimento enquanto classe pelo Estado e a burguesia. Portanto, a questão social configura-se como a expressão, experimentada cotidianamente pelos sujeitos sociais, da contradição entre o proletariado e a burguesia, que passará a demandar outras formas de intervenção, além do binômio caridade-repressão (IAMAMOTO, 1998).

Particularmente, registra-se que a expressão questão social surgiu na Europa Ocidental, na segunda metade do século XIX, para designar o fenômeno do pauperismo. Netto (2001) afirma que, pela primeira vez, a pobreza crescia na proporção em que aumentava

a capacidade produtiva do capitalismo. Nesse contexto, os trabalhadores reagiam à exploração extenuante, passando a protestar e, portanto, a se constituir como uma real ameaça às instituições sociais existentes.

Segundo Behring e Boschetti (2008), a luta de classes eclode contundentemente em todas as suas formas, publicizando a questão social: a luta trabalhista através de greves e mobilizações em torno da jornada de trabalho, dos salários, bem como as estratégias burguesas para lidar com a pressão do emergente movimento operário:

A questão social que eclodiu na segunda metade do século XIX, no rastro da Revolução Industrial, impôs-se como um fato perturbador da ordem e das instituições liberal-burguesas. Com efeito, a questão social, constituída em torno do pauperismo e da miséria das massas, representou o fim de uma concepção idealista de que a sociedade, por si só ou, quando muito, acossada pela polícia, pudesse encontrar soluções para os problemas sociais. Constatada a falácia dessa concepção, impôs-se outra, apoiada na necessidade do sistema liberal-burguês de responder, por meio da regulação estatal efetiva e ampliada, aos efeitos disruptivos da questão social (PEREIRA, 2002, p. 31).

Dessa forma, pode-se afirmar que a questão social só toma características de “problema” e passa a ser enfrentada pela sociedade burguesa — principalmente através de políticas sociais — porque é publicizada, denunciada pela classe trabalhadora, ou seja, porque retrata uma resistência por parte dessa classe: “ao mesmo tempo em que a questão social é desigualdade, é também rebeldia, pois envolve sujeitos que vivenciam estas desigualdades e a ela resistem e se opõem” (IAMAMOTO, 1999, p. 28).

Ou seja, ao voltarmos para o trajeto histórico de consolidação dos direitos sociais e das políticas sociais, observamos que esses surgem no marco do enfrentamento da questão social, demarcado pela presença do movimento operário e de suas organizações. É somente a partir da luta organizada dos trabalhadores, por direitos e melhores condições de trabalho, que a classe dominante envida ações de enfrentamento da questão social, através de legislações e de algumas reformas sociais (MOTA, 1998).

Desse modo, temos que as primeiras lutas trabalhistas relacionam-se à jornada de trabalho, passando pela formação das caixas de mutualidades, as quais se constituirão as origens da Previdência Social. A ampliação da publicização das necessidades sociais da classe trabalhadora originou, num determinado contexto econômico-social e geopolítico, o denominado Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), que se expandiu a partir da Segunda Guerra Mundial nos países desenvolvidos, configurando uma vitória do movimento operário (MOTA, 2008).

Deve-se destacar a inexistência de arranjos econômico-sociais e políticos do tipo *Welfare State* nos países periféricos. Ressalte-se que, no Brasil, originalmente as respostas

públicas às necessidades dos trabalhadores foram encaradas como uma “questão de polícia”, em virtude do caráter repressor e tacanho da burguesia brasileira. Dessa forma, é apenas com a promulgação da Constituição de 1988, que se instituem as bases formais e legais do que poderia se denominar um “Estado de Bem-Estar” no Brasil. Todavia, a ofensiva neoliberal que se abateu pelo país a partir dos anos de 1990, resultou na fragilização de tais recentes conquistas sociais, expressando-se na retração das políticas públicas de proteção social (MOTA, 2008).

Assim sendo, considerando o que discutimos até aqui, podemos afirmar que os serviços sociais são uma manifestação concreta dos direitos sociais dos cidadãos. Tais serviços são direitos de todos os membros da sociedade, todavia, são serviços dirigidos fundamentalmente àqueles que não possuem meios suficientes para o atendimento de suas necessidades básicas. Nesse sentido, ao refletirmos sobre o significado dos serviços sociais e de sua funcionalidade no conjunto da sociedade, ressaltamos que:

A riqueza social existente, fruto do trabalho humano, é redistribuída entre os diversos grupos sociais sob a forma de rendimentos distintos: o salário da classe trabalhadora, a renda daqueles que detêm a propriedade da terra, o lucro em suas distintas modalidades (industrial, comercial) e os juros daqueles que detêm o capital. Parte da riqueza socialmente gerada é canalizada para o Estado, principalmente sob a forma de impostos até aqui e taxas pagos por toda a população. Assim, parte do valor criado pela classe trabalhadora e apropriado pelo Estado e pelas classes dominantes é redistribuído à população sob a forma de serviços, entre os quais os serviços assistenciais, previdenciários ou “sociais”, no sentido amplo. Assim é que tais serviços nada mais são, na sua realidade substancial, do que uma forma transfigurada de parcela do valor criado pelos trabalhadores e apropriado pelos capitalistas e pelo Estado, que é devolvido à toda a sociedade (e em especial aos trabalhadores, que deles mais fazem uso) sob a forma transmutada de serviços sociais. Reafirmando: tais serviços, públicos ou privados, nada mais são do que a devolução à classe trabalhadora de parcela mínima do produto por ela criado, mas não apropriado, sob uma nova roupagem: a de serviços ou benefícios sociais. Porém, ao assumirem esta forma, aparecem como sendo doados ou fornecidos ao trabalhador pelo poder político diretamente ou pelo capital, como expressão da face humanitária do Estado ou da empresa privada (IAMAMOTO, 1998, p.91-92).

A implantação dos serviços sociais significa, portanto, não apenas o êxito da classe operária na luta pelo reconhecimento de sua cidadania na sociedade burguesa, pois, mais do que mera manifestação de uma faceta “humanitária” do Estado, representa uma estratégia do mesmo e da burguesia no sentido de incorporar como suas, uma série de reivindicações da classe trabalhadora em sua luta de resistência face ao capital e de afirmação de seu papel como classe na sociedade, defesa dos salários, direito à educação, saúde, cultura, dentre outros (IAMAMOTO, 1998).

Se tais serviços, de um lado, favorecem os trabalhadores, como resultante de suas próprias conquistas, por outro lado, sua implementação, ao ser mediatizada e gerida pela classe capitalista, passa a se constituir um dos instrumentos políticos de reforço do seu poder,

diante do conjunto da sociedade. Astuciosamente, essa estratégia serve tanto à conservação da força de trabalho em condições adequadas para ser explorada, como um mecanismo de controle e prevenção de eventuais insubordinações dos trabalhadores de grandes proporções (IAMAMOTO, 1998).

Segundo Costa (1998), a expansão dos serviços sociais dirigidos à reprodução dos trabalhadores e das suas famílias no capitalismo tardio, é expressão da complexa e contraditória tensão entre a sua existência como um serviço que tem um valor de uso social e coletivo e a possibilidade de serem transformados em um serviço cuja utilidade social passa a depender da geração de lucros, isto é, da sua mercantilização.

Afirma-se que o reconhecimento da existência de necessidades sociais é resultado da pujança que tiveram as lutas trabalhistas, todavia, tal reconhecimento não passa ao largo das necessidades do próprio capital. Exemplo disso, como dissemos, é exatamente o processo de mercantilização que atravessa o atendimento das necessidades sociais dos trabalhadores, uma vez que os serviços dirigidos a eles se transformam em objeto de consumo mercantil, vinculado à produtividade do trabalho e ao tempo de trabalho socialmente necessário:

Historicamente, os serviços têm transitado do campo do desenvolvimento de “serviços pessoais” (trabalhos domésticos), para a estruturação de serviços coletivos enquanto resultantes de necessidades subsidiárias, ligadas à produção (transporte ou distribuição), para alcançar expressividade máxima na sociedade contemporânea através da expansão das atividades como as de saúde, ensino, de pesquisa e de administração. Esse processo de transição não se refere a uma mera evolução das atividades de serviços, mas, antes, está vinculado ao desenvolvimento das forças produtivas e ao processo de constituição de novas necessidades coletivas, necessidades estas que passam a ser de interesse do capital, transformando o seu atendimento em atividades lucrativas (COSTA, 1998, p. 101).

Como prossegue a supracitada autora, quando as necessidades de reprodução migram do âmbito das necessidades individuais para o âmbito das necessidades coletivas é que emergem os chamados serviços de consumo coletivo, ultrapassando a esfera das práticas privadas.

Vale destacar que, no capitalismo tardio, o referido processo de publicização representa uma peculiar fusão entre o público e o privado, o que nos ajuda a compreender, em parte, porque a ampliação das funções do Estado, no sentido político, e não no sentido administrativo territorial, também é uma das faces da “explosão do terciário” (COSTA, 1998).

Conclui-se que, contraditoriamente, a incorporação pelo capital das necessidades de reprodução da força de trabalho, foi o fator determinante da ampliação da oferta mercantil de serviços sociais e que passaram a ser indispensáveis ao processo de reprodução da força de trabalho e do próprio capital.

Ressaltem-se as novas formas de combinação entre produção e serviços e a migração da cultura do trabalho industrial para o setor de serviços. Observa-se a grande compatibilidade entre a lucratividade capitalista e o campo de prestação de serviços e que intervém de modo decisivo no crescimento e na produtividade global do trabalho:

Tais considerações já nos indicam que, para compreendermos o trabalho nos serviços, é necessário particularizar a natureza dos serviços (privados ou públicos), suas vinculações com a esfera da produção material, suas finalidades e o conjunto das mediações que conectam o trabalhador, o usuário e a instituição provedora destes (COSTA, 1998, p. 112).

Assim sendo, temos que a participação estatal no desenvolvimento capitalista, como se sabe, não é um fenômeno atual peculiar à fase monopolista do último século, tendo o Estado nos países capitalistas desempenhado esse papel desde os primórdios do capitalismo. Como afirma Braverman (1987, p. 242), “no sentido mais elementar, o Estado é o penhor das condições, das relações sociais, do capitalismo, e o protetor da distribuição cada vez mais desigual da propriedade que esse sistema enseja.”

Com a expansão da economia mercantil e a correspondente afirmação da denominada “liberdade individual” como condição de funcionamento da nova organização da sociedade, adquire forma a noção de “igualdade” de todos os homens perante a lei, com direitos e obrigações derivados de sua condição de cidadãos. Primeiro, afirmam-se os direitos civis e políticos, tendo sido os direitos sociais alçados ao patamar de direitos apenas no século XX (BRAVERMAN, 1987).

Por fim, pode-se afirmar que a expansão dos serviços sociais no século XX está estreitamente vinculada ao desenvolvimento da noção de cidadania. A implantação da escola primária pública é um marco principal da incorporação dos direitos sociais à noção de cidadania, que se expande, fundamentalmente, em virtude da ampliação do Estado que passa a assumir paulatinamente os encargos sociais ante a sociedade civil (BRAVERMAN, 1987). Na próxima seção, discutiremos acerca de como este processo se operacionaliza, no que concerne às Políticas de Saúde, no seio do capitalismo monopolista.

### **1.5 Capitalismo monopolista e Políticas de Saúde**

De acordo com Donnagelo e Pereira (1976), os estudos sobre a organização atual das Políticas de Saúde, quaisquer que sejam as suas orientações metodológicas, dificilmente deixam de referir-se à demarcada expansão da produção de serviços — que objetivamos

sinteticamente resgatar nas seções anteriores —, bem como à generalização do consumo por contingentes sempre mais amplos da população.

Outrossim, raramente conseguem furtar-se à identificação do papel central desempenhado pelo Estado na ocorrência dessa generalização, quer o analisem como expressão da representatividade, ao nível do Estado, de interesses comuns à coletividade social, quer o identifiquem com o desempenho da função de reprodução das classes sociais:

Ao se consolidarem as relações de produção capitalistas aparecem, tanto para o capital quanto para o trabalhador, o problema dos “corpos sociais”, pois, a reprodução do portador da força de trabalho passa a ser agora elemento vital, para que o capital possa encontrar no mercado, em quantidades economicamente viáveis, força de trabalho a ser comprada (MERHY, 2014, p. 34).

O processo de “aplicação” da medicina ao corpo, enquanto elemento funcional da produção econômica fundamenta, entre outras, uma perspectiva de análise que apreende a participação dos serviços de saúde no processo de acumulação através de sua imediata articulação com a estrutura econômica, em particular, com o momento da produção (MERHY, 2014).

De modo geral, a perspectiva aludida acentua o papel da Política de Saúde no processo de produção da mais-valia e, particularmente, da mais-valia relativa através, basicamente, do aumento da produtividade do trabalho, dado que a melhoria das condições de saúde do trabalhador possibilita a obtenção de maior produtividade de trabalho em menor tempo e, por conseguinte, o barateamento da produção de mercadorias. Isto é, compreendemos que ao dirigir-se à força de trabalho ocupada na produção, os serviços de saúde podem contribuir para o aumento da mais-valia (DONNAGELO; PEREIRA, 1976).

Assim sendo, podemos afirmar que a questão saúde, nos séculos XVIII e XIX, nos países europeus centrais, adquire uma nova dimensão no capitalismo e possibilita desvelar formas de enfrentamento decorrentes da relação Estado/sociedade por meio do princípio da expansão de serviços e incorporação de segmentos da classe trabalhadora ao cuidado com a saúde.

A maior ênfase foi com a saúde pública, enfocada enquanto controle ambiental, com a adoção do modelo multifatorial, embora já se inicie de forma incipiente a ação individual que se consolidará no início do século XX (BRAVO, 1998).

Na etapa do capitalismo industrial, verifica-se a ocorrência de um quadro “novo”, no que tange as condições de saúde da população, em que predominavam as doenças infecciosas que precisavam ser combatidas. Nos séculos XVIII e XIX, a ênfase fora na prevenção e medidas de saúde pública; no século XX, com as descobertas bacteriológicas e das ciências

naturais, foi possível fomentar a possibilidade de tratamento de tais doenças. A medicina científica tem seu ápice nesse momento. Afirma-se que os serviços de saúde, que exerciam uma atuação de forma coletiva nos séculos anteriores, começam a exercê-lo sobre o indivíduo e sobre o cidadão. Este processo representa o poder e a normatização do Estado manifestando-se no âmbito microssocial, sobre os corpos e o cotidiano (BRAVO, 1998).

A referida medicalização e a particularidade de suas relações com a estrutura econômica e político-ideológica, identificam-se por intermédio da emergência de novos conceitos referentes à saúde e à assistência médica, além de novas “formas” e “usos” da medicina no “controle e organização social”:

O processo de trabalho médico seria então permeado, em todos os seus momentos, pela necessidade basicamente econômica de reprodução da força de trabalho. É ainda nesse sentido, embora no quadro de uma problemática mais restrita que se orienta Dreitzel ao desenvolver a análise do que designa “atitude instrumentalista para com o corpo” como base do processo de obtenção da produtividade e do lucro e como elemento explicativo de aspectos da organização dos serviços médicos nos Estados Unidos: “Em nossas sociedades capitalistas a saúde é institucionalmente definida como a capacidade de produzir o excedente apropriado pelos proprietários dos meios de produção. Isto explica porque, na sociedade americana dificilmente se proporciona mais do que serviços desprezíveis para os pobres e os velhos que nos vendem sua força de trabalho no mercado. Por outro lado, muitas indústrias empregam seus próprios médicos não por razões altruístas, mas a fim de manter sua força de trabalho em boas condições físicas e impedir que os ‘*malingers*’ decidam adoecer — o que representa frequentemente a última defesa contra o ‘stress’ e a alienação do trabalho industrial” (DONNAGELO; PEREIRA, 1976, p. 35-36).

A extensão dos serviços de saúde ao conjunto da população, processo iniciado nos fins do século XIX, se amplia após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) nos países europeus centrais. Nesta etapa, assiste-se à consolidação da Política de Saúde resultante da intervenção do Estado (BRAVO, 1998).

Isto é, referimo-nos à ampliação mais demarcada da assistência médica sob a forma de consumo individual, que diz respeito, necessariamente, à estrutura de produção de serviços já no século XX, quando se verifica que na maior parte das sociedades capitalistas, desenvolveram-se os esquemas de Seguro Social, como mecanismos institucionalizados pelo Estado, gestados sob as condições específicas do capitalismo monopolista (BRAVO, 1998).

Segundo Bravo (1998), considera-se que a instauração do Seguro Social e, com ele, da ampliação do consumo dos serviços de saúde pela população, refere-se a um processo cujas origens remontam à especificidade do papel assumido pela Política de Saúde na estrutura social monopolista e que se relaciona ao processo de acumulação do capital ou, melhor dizendo, à necessária subordinação do trabalho ao capital nas condições mais adequadas possíveis à obtenção e apropriação da mais-valia:

A continuidade do processo de acumulação capitalista ou da reprodução das condições — econômicas e político-ideológicas — da produção constitui, portanto, o ponto de referência mais amplo para a análise da medicina como prática social na estrutura capitalista. O fato de que ele encontre na reprodução da força de trabalho um de seus componentes fundamentais, aponta imediatamente para uma das formas possíveis de participação da medicina em tal processo, uma vez que o corpo representa, por excelência, o seu objeto. Dado, porém, que esse objeto só se define no conjunto das relações sociais, ao exercer-se sobre o corpo, definindo os limites de sua capacidade física e normatizando as formas de sua utilização, a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica, mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além de seus objetivos tecnicamente definidos (DONNAGELO; PEREIRA, 1976, p. 34).

Afirma-se que com o avanço das forças produtivas, ocorreram mudanças no âmbito do trabalho, que dizem respeito ao aumento do ritmo de trabalho e da produtividade, exigindo um trabalhador “apto” à sua realização.

A esse respeito, Merhy (2014) sinaliza que em um dado contexto social, com a sua dinâmica econômica e política específicas, é que se definirá como e qual coletivo será objeto da Política de Saúde, e será possível captar, dada uma conjuntura social concreta, as finalidades dos serviços de saúde. Com efeito, o objetivo e o objeto da Política de Saúde se definiram, historicamente, no modo de produção capitalista, em torno do processo de acumulação de capital, no plano econômico e político:

O conhecimento produzido nesse campo de práticas se orientou no sentido de permitir a realização de um específico tipo de apropriação dos objetos de sua ação. Isto é, as teorias sanitárias, seja a miasmática, a bacteriológica ou a médico-sanitária, instrumentalizaram as ações de saúde, que incidem sobre o coletivo, tendo em vista a reprodução das relações sociais capitalistas de produção. Assim, a dinâmica social é que imprime as diferentes facetas adquiridas pelas Políticas de Saúde, de tal forma que a passagem para a utilização de outros meios é ditada pela maior presença, no cenário social, de forças sociais que se contrapõem a determinados modos de se realizar a produção social capitalista, exigindo uma resposta por parte da sociedade que as absorva e/ou neutralize (MERHY, 2014, p.50).

Destarte, é válido salientar que a concepção de saúde e as suas ações modificam-se a partir da dinâmica das relações sociais. O movimento operário, na Europa, no início do século XX, passou a lutar pelo direito à saúde para toda a classe trabalhadora. Deve-se destacar que essa exigência compunha um programa mais amplo de Previdência Social para os trabalhadores.

O primeiro país em que o Estado instaurou um sistema de Previdência Social foi a Alemanha, em 1883, seguido da Áustria em 1888, Grã-Bretanha e Rússia, em 1911, România, em 1912, Holanda, em 1913, Suíça, em 1914/1916, Bulgária, em 1918, Portugal, em 1919, Grécia, em 1922, União Soviética, em 1923, e França, em 1928 (BRAVO, 1998).

Bravo (1998, p.119) pontua que a implementação da Previdência Social na Alemanha sob a égide do Estado, possui um nítido caráter político: “o de assegurar a lealdade da classe

operária à ordem constituída, pois, nesse período, o movimento operário de cunho socialista estava sendo fortemente perseguido e era preciso evitar outros conflitos com o operariado”. A autora refere que tal componente, encontra-se presente também em outros países, onde se fazia necessário atender às aspirações do proletariado — reivindicadas no plano político por partidos e sindicatos de trabalhadores —, com o intuito de desautorizar essas instituições, apresentando-se o Estado capitalista como “provedor” de serviços de assistência à saúde.

Neste cenário, o caso dos Estados Unidos da América (EUA) constituía grande exceção, pois o Estado não institui, nessa época, qualquer esquema de seguro de saúde para o conjunto da população.

Ainda, no ano de 1910, fora publicado neste país, o Relatório *Flexner*,<sup>24</sup> documento-marco na transformação da medicina moderna, enfatizando as experiências de laboratório, orientadas pelos conceitos e métodos da bacteriologia (BRAVO, 1998).

Desse modo, o flexnerianismo advogava que a causa da enfermidade é basicamente individual e a resposta terapêutica deveria também ser orientada para o indivíduo (BRAVO, 1998).

Nesse contexto, no dizer de Merhy (2014, p.55) as instituições médicas se tornam “o único e legítimo lugar para ‘falar e atuar’ sobre ‘os corpos’, adquirindo a forma dos aparelhos de hegemonia no desempenho de sua atividade”, donde são erigidos determinados agentes sociais — a exemplo dos médicos —, enquanto os detentores dos instrumentais necessários à realização e efetivação daquela atividade.

É digno de nota que com a expansão da assistência médica pelo Estado, emergiu a medicina assalariada, quando os profissionais foram reconhecidos ainda em 1920. A medicina liberal, que havia predominado desde então, era caracterizada pela liberdade de instalação, propriedade do consultório e pagamento direto pelos serviços médicos. A medicina assalariada, diversamente, caracterizou-se pela não propriedade das instalações profissionais, contrato de trabalho com um empregador ou coletividade e subordinação administrativa (BRAVO, 1998).

Sendo assim, registra-se que a institucionalização dos serviços de saúde se estendeu a partir de 1930, ainda que particularmente em cada formação social, no sentido de abranger o

---

<sup>24</sup>Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada — A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório *Flexner* (*Flexner Report*) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial.

conjunto da população nos países da Europa e América do Norte, verificando-se, também, sua emergência na América Latina.

Já na década de 1940, assiste-se a consolidação de uma concepção mais ampliada do processo de saúde/doença, emergindo a concepção de causalidade múltipla para análise do fenômeno, em lugar de um enfoque eminentemente biológico que dominou o período anterior. No ano de 1946, há a estruturação do projeto que serviu de base para aprovação da constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Nova York (EUA), organismo vinculado à Organização das Nações Unidas (ONU) (BRAVO, 1998).

A partir da década de 1950, constata-se que nos países capitalistas centrais, envidam-se ações no sentido da institucionalização dos serviços de saúde, de modo a abranger o conjunto da população. Observa-se que nesse período, as principais causas de morte passam a se relacionar às doenças degenerativas, por exemplo, doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e neoplasias malignas.

Os avanços tecnológicos nas áreas de apoio, diagnóstico e terapêutica, ocorridos nos países desenvolvidos, a partir da década de 1950, engendram um novo ramo na economia: a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos (BRAVO, 1998).

Tal fato traz implicações significativas no que tange à assistência médica que passa a incorporar, crescentemente, recursos tecnológicos sofisticados. Neste processo, o médico é separado de seus instrumentos de trabalho, as atividades concentram-se cada vez mais nas instituições hospitalares, tendendo-se ao assalariamento e há a elevação dos custos dos serviços médicos (BRAVO, 1998).

Nesse contexto, emerge a ideia de racionalização administrativa, ou seja, contenção dos gastos com a maximização dos resultados. Elementos como o caráter especializado e fragmentado da assistência médica, o questionamento de sua eficácia e a elevação de seus custos, permearam os serviços de saúde nesse momento. Tornou-se, assim, premente fomentar meios de conciliar tais impasses por intermédio de propostas como as denominadas “reformas médicas”.

De acordo com Bravo (1998), propostas nesse sentido, surgiram, basicamente, em formações sociais em que a produção de serviços era caracterizada essencialmente pela privatização, como estratégia de compatibilização da preservação da estrutura dominante de atenção à saúde. Justamente por isso, os Estados Unidos da América (EUA) constituem o *locus* do surgimento dessas propostas reformistas.

A proposta de Medicina Integral repercutiu essencialmente no ato médico individual, através da recomposição de elementos internos à intervenção profissional, e não produziu alterações substantivas na Política de Saúde.

Assim, a Medicina Integral instaurou o confronto entre o caráter fragmentário do trabalho médico, correspondente ao desenvolvimento das especialidades e da segmentação entre as ações terapêuticas e preventivas e uma concepção globalizadora — isto é, biopsicossocial — do objeto na prática.

Desse modo, a eficiência técnica poderia resolver-se através da superação do confronto citado, como também a redução dos custos médicos e o melhor desempenho da medicina frente às necessidades sociais (BRAVO, 1998).

Deve-se ressaltar que a supracitada proposta, considerava que a alteração dos atos médicos individuais poderia modificar a totalidade da atenção médica e das necessidades de saúde. Segundo essa proposição, o profissional médico, deveria atuar como “agente de mudança”, que “transcenderia” os limites do ato médico individual atingindo o âmbito social.

Já a proposta de Medicina Preventiva, emerge pouco tempo após a da Medicina Integral e propugna um projeto de mudança do trabalho médico, com uma leitura liberal da problemática relativa ao crescente custo de atenção médica nos Estados Unidos da América (EUA), assim como uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo, todavia, intocada a organização liberal da prática e o poder médico (BRAVO, 1998).

No que se refere à década de 1960, no âmbito das propostas de “reformas médicas”, surge a proposição de Medicina Comunitária, que se origina como uma forma de prestação de serviços em lugar de um âmbito sistematizado de princípios. Segundo Donnagelo e Pereira (1976), a proposta de Medicina Comunitária surge para ocupar as lacunas deixadas pelo processo de medicalização, particularmente, nas sociedades cuja estrutura de produção de serviços médicos, torna-se problemática em termos da capacidade para ampliar e manter os níveis por ele atingidos:

Desenvolvendo-se na sequência de outras propostas de recomposição da prática médica, tais como a Medicina Integral e a Medicina Preventiva, a Medicina Comunitária não se introduz como um novo campo conceitual frente a uma nova problemática. Antes assenta-se, em princípios já elaborados no interior daquelas propostas, o seu projeto nuclear: uma estratégia de prestação de serviços à população. Os elementos a serem manipulados através do projeto da Medicina Comunitária assumem configurações distintas em diferentes formações sociais, mas os fundamentos dessa estratégia radicam no conjunto de processos que convergiram para a constituição da estrutura problemática da prática médica atual e que serão, a seguir, sumariamente retomados (DONNAGELO; PEREIRA, 1976, p. 75).

Dessa maneira, a proposta de Medicina Comunitária, surgida nesse período, pode ser considerada um desdobramento dos programas de “Desenvolvimento de Comunidade”. Pode-

se dizer que ela incorporou às proposições anteriores uma nova dimensão de prestar serviços a categorias excluídas do cuidado médico, emergindo como forma paralela à organização predominante da assistência médica:

Representando um projeto de extensão da assistência médica a categorias sociais cuja significação é sobretudo política, e cuja produtividade não impõe o recurso a formas determinadas de cuidado, a medicina comunitária comporta formas e tentativas de recomposição dos meios de trabalho, configurando uma nova modalidade de organização interna da prática, potencialmente capaz de compatibilizar o aumento do consumo de serviços e a questão dos custos médicos. Constitui-se, assim, em seu conjunto, como prática médica alternativa frente a outras modalidades de prática que tomam como objeto distintas categorias sociais, revelando um aspecto da diferenciação interna ao campo médico articulado à estrutura da produção (DONNAGELO; PEREIRA, 1976, p. 94).

Por possuírem inspiração funcionalista, os trabalhos norte-americanos de Medicina Comunitária abordavam a “comunidade” como uma unidade constituída de partes interdependentes que deveriam “colaborar” para o equilíbrio do todo. Torna-se nítida a razão pela qual as propostas da Medicina Comunitária se efetivam obscurecendo os interesses de classes em jogo. Entrementes, devemos salientar que houveram tentativas de desenvolvimento em outras direções da Medicina Comunitária, de maneira distinta dessa tendência, tratando-se de enfoques em que se considera os determinantes sociais, a mobilização, a organização e a participação efetiva da população no processo (DONNAGELO; PEREIRA, 1976).

No que se refere às décadas de 1960 e 1970, as funções do Estado na saúde se ampliaram em termos de complexidade, em decorrência das alterações societárias e das lutas democráticas e populares. Destarte, as propostas que emergem nas décadas de 1970 e 1980 podem, ainda, ser visualizadas como proposições racionalizadoras ou ações mais transformadoras, enfatizando os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 1998).

A Integração Docente-Assistencial (IDA) destaca-se como proposta racionalizadora, tendo emergido também nos Estados Unidos da América (EUA), em 1970. Tal proposição de natureza reformista, considerando a conjuntura sócio-sanitária em que surge, não se dirigia aos reais determinantes do referido quadro sanitário, propugnando tão somente uma “nova” lógica de planejamento integrado, com caráter mais “compreensivo”, globalizador, integrando muitos princípios das postulações anteriores (BRAVO, 1998).

Afirma-se que a outra perspectiva, transformadora, ainda não claramente estruturada, é a da saúde articulada aos movimentos sociais, pautada na concepção de saúde enquanto “questão social”, constituindo-se uma das principais reivindicações dos movimentos sociais urbanos pelo seu potencial de gerar novas propostas políticas:

Uma característica da perspectiva de saúde articulada aos movimentos sociais é a melhoria das condições de vida e saúde, tendo como pontos significativos da conquista pela população: o controle dos organismos decisórios das instituições de

saúde, programas nacionais e locais de saúde, saúde ocupacional e segurança no trabalho, entre outros (BRAVO, 1998, p.131).

De acordo com Vasconcelos (1989), a crise do *Welfare State*, a partir dos anos 1980, tem apresentado como resultante um retrocesso das conquistas dos trabalhadores, fruto de suas reivindicações e lutas políticas por mais de cinquenta anos, que pareciam “irreversíveis” e “inquestionáveis”, após um longo período de crescimento econômico, aliado a uma política protecionista de Estado.

Segundo o supracitado autor, no bojo desse processo, emergem propostas com um sentido político social inverso, com o avanço do neoliberalismo. Os ritmos e alcance desse processo se diferenciarão de acordo com as condições: os efeitos são mais profundos nos países em que os trabalhadores estão débeis em sua organização política e têm avançado mais lentamente nos países onde existem organizações sociais e políticas sólidas e unitárias. Tal crise inicia-se nas décadas de 1960 e 1970, se acentuando nos anos 1980.

Os neoliberais, assim, apresentam “soluções” para a crise, que incorporam políticas cujos conteúdos podem ser analisados em três dimensões: a) econômica: cortes orçamentários e medidas de restrição ao consumo; b) sanitária: de redução de medidas preventivas, concentrando-as na doença e nos aspectos técnicos-administrativos); e c) sociocultural: atribuição de responsabilidade individual no processo de adoecimento e de tratamento (VASCONCELOS, 1989).

Enfim, reiteramos a premissa de que para que possamos compreender apropriadamente as especificidades das Políticas de Saúde que se institucionalizarão em países periféricos como o Brasil, dever-se-á considerar que o processo de “importação” das teorias que instrumentalizaram as “práticas sanitárias” — que aqui objetivamos resgatar brevemente —, que se desenvolveram nos países centrais, se dá através de uma descontextualização/recontextualização, conforme os padrões próprios de desenvolvimento das relações sociais capitalistas em seus contextos particulares.

A seguir, analisaremos a emergência das Políticas de Saúde no Brasil, a inserção/requisição do Serviço Social nos serviços de saúde nesse contexto, bem como situaremos o processo de mercantilização da saúde e a emergência da Saúde Suplementar no âmbito nacional, a qual compõe o nosso campo empírico de pesquisa. Outrossim, discutiremos, ainda, as repercussões do processo de reestruturação produtiva, no que tange, especificamente, as suas consequências para o trabalho nos referidos serviços na contemporaneidade.

## 2 SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE SUPLEMENTAR E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

### 2.1 A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde no Brasil: breve retrospecto histórico

Antes de iniciarmos esta seção, cabe-nos ressaltar algumas particularidades acerca do nosso objeto de pesquisa — o trabalho profissional de assistentes sociais na esfera privada de saúde — e das repercussões dessa escolha, para a construção desse estudo. Dada a exiguidade de produção bibliográfica acerca da inserção/requisição de profissionais de Serviço Social no setor privado de saúde — uma vez que os estudos e publicações científicas existentes centram-se, essencialmente, na saúde pública — apresentaremos um panorama geral da inserção/requisição do Serviço Social na saúde, como é habitual, aliado ao esforço de buscarmos aludir (ainda que de forma célere) à inserção profissional no âmbito da saúde privada.

Dessa forma, como objetivamos discorrer no capítulo anterior, com a industrialização nos países capitalistas centrais, a assistência à saúde dos trabalhadores fora paulatinamente assumida pelo Estado, concomitantemente a emersão da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. Assim, como buscamos referir, no final do século XIX e início do século XX, a questão do direito à saúde já figurava no âmbito das reivindicações do então emergente movimento operário e culminou com o surgimento de algumas iniciativas de estruturação do setor, especialmente a partir de 1930, quando essas medidas são complexificadas (BRAVO, 2009).

Entre as iniciativas estatais de ampliação e organização do setor da saúde no Brasil, no início do século XX, destacam-se a Reforma Carlos Chagas em 1923 — que objetivou a extensão da atenção à saúde da população —, e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs),<sup>25</sup> também em 1923 — que se refere mais especificamente à higiene e à saúde do trabalhador —, sendo esta medida comumente identificada como os germes do sistema previdenciário brasileiro (BRAVO, 2009).

A partir da década de 1930, como anteriormente mencionado, a intervenção do Estado na saúde se torna mais efetiva, tendo a sociedade brasileira apresentado importantes alterações, como o processo de industrialização e a emersão das políticas sociais.

---

<sup>25</sup>Através da lei Eloy Chaves, promulgada em 24 de janeiro de 1923.

Destarte, esta conjuntura, com seus traços políticos e econômicos específicos, viabilizou o surgimento das políticas sociais nacionais, implementadas com o intuito de proporcionar respostas de forma orgânica e sistemática às expressões da questão social que incidiam sobre a classe trabalhadora. Ou seja, as demandas dos trabalhadores em geral e as de saúde em particular, já evidenciadas na década de 1920, necessitavam ser enfrentadas de forma mais elaborada, isto é:

A questão social neste período precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão de política e não de polícia, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional (BRAVO, 2009, p.3-4).

Segundo Bravo (2009), a Política Nacional de Saúde — que se esboçava desde a década de 1930 e fora consolidada no período de 1945-1950 —, elaborada nessa conjuntura, era de caráter nacional e fora estruturada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será preponderante até meados de 1960 e caracterizou-se por criar condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, de forma restrita, para as do campo. Posteriormente, em 1966, o subsetor de medicina previdenciária sobrepujará o de saúde pública.

Todavia, cabe sinalizar que a partir de 1950, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava estruturada e acenava na direção da formação das empresas médicas. Estas corporações vinculadas aos interesses privados do setor pressionavam o financiamento através do Estado, da produção privada.

Em face do regime ditatorial — que fora deflagrado a partir de 1964 — a medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na Previdência Social. Nessa conjuntura, a Política de Saúde ficou caracterizada pelo “modelo de privilegiamento do produtor privado”, isto é, ela progressivamente assumiu feições capitalistas, com a assimilação das mudanças tecnológicas ocorridas no plano internacional — via indústrias de equipamentos hospitalares e farmacêuticos —; ênfase nas práticas médicas curativas, individuais, assistencialistas e especializadas (BRAVO, 2009).

Assim sendo, até o presente momento vimos traçando um panorama mais geral acerca da saúde no Brasil e da intervenção estatal na área — abrangendo desde os seus antecedentes até o período que demarca a ditadura do grande capital,<sup>26</sup> e suas repercussões no setor. Assim, a partir de agora, nos voltaremos à explicitação dos aspectos mais gerais que conformam a inserção do Serviço Social na área da saúde.

---

<sup>26</sup>Ianni, 1981. A ditadura do grande capital.

No que tange à inserção do Serviço Social no bojo desse processo, isto é, à atuação profissional no âmbito da Política de Saúde, anunciamos que, embora as resoluções que formalizam o reconhecimento dos assistentes sociais como profissionais da saúde sejam recentes, como já mencionado neste estudo, a ação profissional nesta área é requisitada desde meados da década de 1940, e se transformou progressivamente em um dos setores que mais absorve os profissionais de Serviço Social no Brasil.

Os assistentes sociais demarcaram seu ingresso na área da saúde, através do desenvolvimento de atividades educativas junto à população, que visavam intervir normativamente nos seus hábitos de higiene e saúde aplicados à vida privada. Além disso, havia o desenvolvimento de ações prioritárias em programas estabelecidos pela Política de Saúde, com o incentivo ao controle de natalidade e de doenças pueris, higiene bucal, pois, supostamente: “esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condição de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo” (SODRÉ, 2010, p.456).

Segundo Bravo e Matos (2009), um dos fatores que engendraram a ampliação do contingente profissional na área da saúde, além das condições gerais que determinaram a expansão profissional nesta conjuntura, refere-se ao “novo” conceito de saúde, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, e que determinou a requisição de outros profissionais para atuar na área e, dentre os quais, o assistente social.

A consolidação da Política Nacional de Saúde no país, ocorrida no período de 1945-1950, com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela Previdência Social, também pode ser sinalizada como fator responsável pela expansão do contingente de profissionais de Serviço Social na área. Ademais,

As contradições geradas pelo formato contributivo que caracterizavam os serviços de saúde no Brasil, também influenciaram o exercício profissional do assistente social nesta área. Como o acesso a saúde não era universal — nem nos termos da lei —, seu caráter seletivo e excludente colocou estes profissionais entre a instituição hospitalar e a população, desenvolvendo atividades que tinham a finalidade de viabilizar a utilização dos serviços e benefícios, mas que, devido ao caráter seletivo dos mesmos, cristalizavam práticas que mais excluíaam do que incluíaam (LANZA; CAMPANUCCI; BALDOW, 2012, p.215).

A partir da década de 1950, registra-se a emersão de propostas racionalizadoras na saúde, especialmente nos Estados Unidos da América (EUA) — como objetivamos assinalar no capítulo anterior deste estudo — tais como a Medicina Integral, a Medicina Preventiva e seus desdobramentos a partir de 1960, como a Medicina Comunitária, e que não produziram repercussões significativas no trabalho dos assistentes sociais na saúde no Brasil. Em

contrapartida, o Serviço Social sofreu profundas transformações após o golpe de 1964, que evocaram repercussões no trabalho profissional na área (BRAVO; MATOS, 2009).

Até os anos de 1960, desde a sua gênese, a profissão não havia atravessado um processo de questionamento do seu próprio conservadorismo. Todavia, no referido período, emergiu o debate<sup>27</sup> que suscitou críticas ao lastro conservador do Serviço Social brasileiro.

Entretanto, pode-se afirmar que esse processo de crítica fora abortado pelo golpe militar de 1964, com a grande repressão perpetrada contra as forças progressivas da sociedade. Ademais, a modernização conservadora<sup>28</sup> implantada no país à época, exigiu a adequação do Serviço Social aos “novos tempos”, haja vista as novas estratégias de controle da classe trabalhadora, efetivadas pelo Estado e pelo grande capital:

Para o Serviço Social, isso representou a necessidade de criação de práticas “modernas”, a exigência de uma racionalidade burocrática-administrativa e a inserção do seu trabalho em estruturas institucionais complexas do ponto de vista organizacional. O embate de tendências estruturalistas retomadas no Serviço Social e confrontadas com referenciais da psicologia e da sociologia caracterizam a chegada da “modernidade” à profissão (SODRÉ, 2010, p.455).

Ressalte-se que o Serviço Social, enquanto profissão histórica e socialmente determinada, sofreu profundas repercussões no período correspondente ao pós-1964, que exerceram influência no trabalho profissional na área da saúde, com novas exigências advindas da Política de Saúde e da conjuntura em questão.

Assim sendo, pode-se dizer que o Serviço Social na “autocracia burguesa”<sup>29</sup> sofreu uma renovação significativa e que pode ser apreendida através da alteração das demandas a ele dirigidas, que modificaram as condições do exercício profissional; do redimensionamento da formação de seus quadros técnicos e da incorporação de novos referenciais teórico-culturais e ideológicos (BRAVO, 1996).

Ademais, o processo de modernização conservadora<sup>30</sup> engendrou um mercado nacional de trabalho para os assistentes sociais, com a reestruturação do Estado, racionalizado para gerenciar o desenvolvimento em proveito dos monopólios, com a elaboração de políticas setoriais e toda a estrutura organizacional encarregada de planejá-las e executá-las, que sofreu uma série de reformas, atingindo, inicialmente, o sistema previdenciário (NETTO, 1991).

---

<sup>27</sup>No contexto latino-americano, o Movimento de Reconceituação, surgido em meados dos anos 1960, expressou a contestação e o desejo de ruptura com o Serviço Social tradicional, que se pautava em práticas assistencialistas e “ajustadoras”.

<sup>28</sup>O termo modernização conservadora foi utilizado para designar os rumos tomados pelo desenvolvimento econômico do Brasil após 1964, sendo compreendido como um processo de modernização “pelo alto” e que, portanto, não destruiu os elementos tradicionais, provenientes da antiga sociedade pré-industrial e que compunham a conjuntura da sociedade brasileira (NETTO, 1991).

<sup>29</sup>Fernandes, 1981. A revolução burguesa no Brasil.

<sup>30</sup>Fernandes, 1973. Capitalismo Dependente e Classes Sociais na América Latina.

A supracitada reformulação propiciou a extensão quantitativa da demanda dos quadros técnicos do Serviço Social e um novo padrão de exigências para o seu desempenho, compatível com a burocratização das estruturas organizacionais mais complexas e com interconexões múltiplas (NETTO, 1991).

Depreende-se, a partir dessa premissa, a exigência de um profissional especializado e qualificado ao “trato” da burocracia de tais aparatos e à sua operacionalização. Desse modo, o aparato burocrático-administrativo gestado nesse período demandou requisições aos assistentes sociais, que necessitaram responder à eficiência e eficácia exigidas pelo novo padrão de racionalidade (BRAVO, 1996).

Segundo Bravo (1996), é válido salientar que as alterações atinentes ao processo de formação deste profissional “moderno” neste período, referem-se ao rompimento das agências formadoras com o “confissionalismo”, o “paroquialismo” e o “provincianismo”, que historicamente marcaram o surgimento e o desenvolvimento do ensino da profissão, ocorrendo a incorporação da maioria das escolas isoladas pela universidade e a ampliação dos cursos de Serviço Social.

Assim, o Serviço Social na saúde, sendo também afetado pela referida modernização operada no âmbito das políticas sociais, consolidou sua atuação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária, se configurando este campo, o maior empregador dos assistentes sociais:

foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país (BRAVO; MATOS, 2009, p.6).

Dessa forma, o Serviço Social adentrou a década de 1970, sem substantivas alterações em sua atuação na saúde, mesmo após algumas modificações terem ocorrido, como o processo organizativo da categoria, o surgimento de outras direções para a profissão e o aprofundamento teórico dos docentes. Observou-se a continuidade da orientação do trabalho profissional pela denominada vertente “modernizadora”, até mesmo no âmbito das produções teóricas da área, que também não romperam com essa direção (BRAVO; MATOS, 2009).

O referido quadro sofre alterações na década de 1980, período de intensa mobilização política na sociedade brasileira, como também de aprofundamento da crise econômica engendrada no período ditatorial. Nessa conjuntura, há um movimento<sup>31</sup> significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a

---

<sup>31</sup>O Movimento pela Reforma Sanitária, construído desde meados dos anos 1970, conseguiu avançar na elaboração de suas proposições de fortalecimento da saúde pública em detrimento da saúde privada, tendo como expoente a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986 em Brasília.

incorporação de temáticas como o Estado e as políticas sociais inspiradas por uma perspectiva crítica marxista (BRAVO; MATOS, 2009).

Não obstante o Serviço Social estivesse sendo afetado por tal conjuntura, isto é, da crise do Estado, do questionamento do modelo de saúde vigente e do movimento que almejava seu rompimento e construção de uma Reforma Sanitária Brasileira, a profissão atravessava um processo endógeno de revisão, ou seja, de contestação do Serviço Social tradicional.

Assim sendo, nesse contexto, o Serviço Social iniciava uma fase de amadurecimento da tendência comumente dita como hegemônica na profissão — a intenção de ruptura, segundo Netto (1991) —, que conseqüentemente possibilitou a sua efetiva interlocução com o marxismo. Contudo, cabe frisar que os profissionais que partilhavam ideais de tal vertente, estavam inseridos essencialmente nas universidades, não possuindo tal iniciativa, portanto, impacto significativo nos serviços, isto é, no trabalho profissional.<sup>32</sup>

Nesse sentido, afirma-se que se o Serviço Social avançou na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar em sua intervenção profissional.

Entrementes, os estudos de Bravo (1996) sinalizam a existência de algumas alterações do Serviço Social na saúde na década de 1980, as quais podemos elencar: a postura crítica dos trabalhos em saúde, apresentados nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva entre os anos 1985 e 1989; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) com outros conselhos federais da área da saúde.

Os avanços supracitados, indubitavelmente são relevantes, porém insuficientes, pois verifica-se que o Serviço Social na área da saúde adentra à década de 1990, ainda com incipiente alteração do trabalho institucional, por permanecer enquanto categoria, desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária e pela parca produção científica acerca das requisições dirigidas aos assistentes sociais na área da saúde.

Os anos de 1990 foram caracterizados pelo redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal. A contrarreforma do Estado ocorreu de forma efetiva, representando o “marco da ruptura com a possibilidade de avanços socioculturais e

---

<sup>32</sup>Quanto à hegemonia de tal vertente e, portanto, seu espraiamento para o campo dos serviços, consideramos a relevância das pesquisas a respeito, uma vez que muito pouco realizadas até então.

ideopolíticos obtidos na Constituição de 1988, ou seja, quebra do pacto entre as classes sociais, com muitos retrocessos para os trabalhadores” (TEIXEIRA, 2012, p.58).

Este panorama engendrou o progressivo sucateamento do conjunto das políticas sociais e dentre elas, a própria saúde pública, com a racionalização e focalização da oferta de serviços, apresentando como traço marcante, a seletividade da atenção. Em contrapartida, este processo favoreceu a implementação e a expansão da rede privada de saúde, por intermédio da terceirização da atenção à saúde nos níveis secundário e terciário, isenções tributárias e a concessão de subsídios para os planos e seguros privados de saúde (BRAVO, 2009).

Em síntese, este processo engendrou (e segue engendrando) a desconstrução da proposta da Política de Saúde formulada na década de 1980, em benefício do setor privado, predominando a lógica mercantil dos serviços e das “parcerias com a sociedade civil”. O aspecto da universalidade do acesso à saúde, um dos princípios fundantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Sanitária, tem sofrido fortes ataques dos defensores do projeto de saúde articulado ao mercado, já que este possui como premissa, concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico (BRAVO, 2009).

Diante do exposto, anunciamos que, segundo Bravo (2009), já nos anos 1990, se constatou a existência de dois<sup>33</sup> projetos políticos em disputa na área saúde: o Projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista. E, evidentemente, ambos apresentam diferentes requisições para o Serviço Social.

O Projeto da Reforma Sanitária vem requisitando aos assistentes sociais o trabalho na seguinte direção: a busca pela democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação da população na gestão dos serviços.

Todavia, o projeto privatista requisitou, e segue requisitando aos assistentes sociais, entre outras demandas: atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (BRAVO; MATOS, 2009).

Como mencionado no parágrafo inicial desta seção, as produções científicas que abordem a inserção de assistentes sociais no âmbito privado de saúde, se mostram ainda bastante exíguas. No entanto, como constatado no presente estudo, observou-se a presença de determinado contingente de assistentes sociais nesta esfera — aqui focado,

---

<sup>33</sup>Embora na atualidade, segundo Bravo (2013), se admita a existência de um terceiro projeto na área da saúde: “Projeto da Reforma Sanitária flexibilizada”.

especificamente, o município do Rio de Janeiro —, repercutindo, inclusive, na abertura de campos de estágio curriculares, o que vem possibilitando a interação de acadêmicos com estes espaços sócio-ocupacionais e, portanto, a viabilidade de produções científicas sobre a área.

Nesse sentido, o presente estudo é também fruto de indagações provenientes da nossa própria experiência no campo privado da saúde, isto é, configura o aprofundamento da nossa pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso, o qual discuti, como já citado anteriormente neste estudo, a nossa inserção em uma ouvidoria de um hospital privado, na Zona Sul do Rio de Janeiro. Dessa forma, salientamos a proficuidade da presente pesquisa, pois entendemos que possa contribuir para desvendar a direção que vem tomando o trabalho profissional em tal espaço sócio-ocupacional.

Assim sendo, dando prosseguimento à nossa explanação, discorreremos, a seguir, acerca do fenômeno da mercantilização da saúde no Brasil, haja vista a sua imprescindibilidade no que tange a compreensão das nuances específicas que conformam o exercício profissional na referida esfera privada.

## **2.2 A mercantilização da saúde no Brasil**

A partir de meados da década de 1970, os “anos dourados” da expansão capitalista demonstraram sinais de esgotamento, ingressando o capitalismo global em um período de forte recessão. Inicialmente, o que aparentava ser uma crise passageira, revela-se, nos termos de Mandel (1985), numa “onda longa de estagnação”, trazendo sérios problemas ao processo de acumulação capitalista. Assim, com o objetivo de retomar as altas taxas de lucro, o capital empreende uma acirrada luta, a partir das décadas de 1980 e 1990, no terreno das lutas de classes para jogar por terra as barreiras que limitavam a sua expansão.

No dizer de Netto (1993), tal quadro crítico global tem como manifestação real os profundos retrocessos sociais e a barbárie. Manifestações importantes dessa crise se expressam na crise do chamado Estado de Bem-Estar e na crise do denominado socialismo real — propostas que, cada uma com suas especificidades, buscaram soluções para os antagonismos próprios à ordem do capital.

Mészáros (2002) aclara-nos que as raízes da referida crise do capitalismo global assentam-se em sua necessidade vital de valorizar-se. A busca desenfreada por superlucros e superacumulação produz novas e revigoradas formas de produção, fundamentadas na redução dos custos do trabalho, o que pressupõe aumentar a superexploração da classe trabalhadora. Nesse sentido, observa-se que a busca ilimitada pelo aumento dos lucros e da acumulação de

capital tem produzido a destruição sem precedentes da natureza e da própria força humana de trabalho.

Pode-se afirmar que ingressamos em uma fase predatória do capital, na qual esse, para seguir acumulando, deve estruturar permanentemente mecanismos de expansão financeira e de espoliação do trabalho e dos bens públicos. A hegemonia do capital financeiro mundializado tem desenvolvido transformações tão intensas no âmbito do trabalho, que não raro, o período atual tem sido comparado com a etapa da acumulação primitiva ou originária (MARANHÃO, 2008).

Depreendemos que, o que tem ocorrido nos últimos tempos, é que o complexo sistema de reprodução ampliada do capital desenvolveu uma estratégia renovada de expropriação, espraiando-a em escala mundial e com mais vigor nos países periféricos (MARANHÃO, 2008).

Segundo Maranhão (2008), nota-se que a cada nova crise capitalista, as medidas do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial são empreendidas pelos Estados nacionais mais fortemente, “liberalizando” a economia dos países, reforçando a dependência financeira através da dívida interna e externa, com o auxílio de juros exorbitantes, restringindo os investimentos governamentais no serviço público, privatizando os bens, serviços e fundos públicos, transferindo, assim, o fundo público ao capital (MARANHÃO, 2008).

Nesse contexto, se a política social constituiu um elemento importante na economia-política do pós Segunda Guerra Mundial, orientada pelo intervencionismo *keynesiano*, generalizando-se pelo âmbito do capitalismo, sua condição, certamente, não é a mesma na referida onda longa de estagnação, quando fazem parte da reação burguesa, como dissemos, a busca da retomada das taxas de lucro, iniciativas como a flexibilização das relações de trabalho e dos direitos sociais conquistados no período anterior. Nesse processo, verifica-se o redirecionamento do fundo público como um “pressuposto geral das condições de produção e reprodução do capital, diminuindo sua alocação e impacto junto às demandas do trabalho, ainda que isso implique em desproteção e barbarização da vida social” (BEHRING, 2008, p. 48).

É válido destacar que, nessa conjuntura de intensivas transformações e crises no âmbito nacional e mundial, considera-se que exista atualmente no Brasil, em articulação com a dinâmica sociopolítica e econômica internacional, dois grandes projetos societários antagônicos: o da sociedade sustentada em uma democracia restrita, que propala a diminuição

dos direitos sociais e políticos, e o de uma sociedade fundada na democracia de massas, com ampla participação social (NETTO, 1990).

Torna-se evidente a constatação de que esses dois grandes projetos societários têm repercussões nas diversas áreas das políticas sociais. Na saúde, destacam-se o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (BRAVO, 2009).

Como pontuamos na seção anterior deste trabalho, o Projeto da Reforma Sanitária, construído na década de 1980, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS), e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de Saúde, articulados ao movimento popular.

Sua proposta nuclear é assegurar que o Estado se pautar por uma perspectiva democrática e de direito, responsável pelas políticas sociais e, portanto, pela saúde. Como elementos fundantes dessa concepção, destacam-se: a democratização do Estado, a criação de uma esfera pública com controle social, além da democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com vistas à integralidade e equidade das ações. Sua premissa basilar consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 2009).

Em contraposição a esta proposta democrática, temos o projeto de saúde articulada ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização do atendimento (BRAVO, 2009).

A atribuição do Estado, na perspectiva desse projeto, consiste em “garantir” um mínimo aos que não podem pagar, ficando a cargo do setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado, por intermédio dos planos de saúde.

Assiste-se uma tendência crescente da privatização da saúde pública brasileira, observando-se a interrelação dos setores público e privado no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação do mercado da Saúde Suplementar, processos esses que estão em consonância com a mercantilização e o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAVO, 2009).

Em suma, as propostas para o campo da saúde, na direção referida, têm apresentado como características: a ampliação da privatização, a focalização, o incentivo ao seguro privado, a descentralização dos serviços em nível local, dentre outras. Verifica-se que a universalidade do direito — um dos fundamentos centrais do Sistema Único de Saúde (SUS)

e contido no Projeto de Reforma Sanitária —, é um dos aspectos que tem provocado significativa tensão e oposição dos defensores do projeto de saúde voltado para o mercado.

A esse respeito, pode-se afirmar que a mercantilização da saúde no Brasil, mantém estreita vinculação com a sua formação sócio-histórica que, como buscamos sinalizar anteriormente no presente estudo, historicamente priorizou a saúde privada em detrimento de uma cobertura que abarcasse o conjunto da população. Com a implementação da Constituição Federal de 1988, embora tenha adquirido o *status* de direito social, o Sistema Único de Saúde (SUS) segue enfrentando forte resistência à sua efetivação, em função da retração estatal no âmbito das políticas sociais, propugnada pelos preceitos neoliberais (NOGUEIRA, 1983).

A contrarreforma implementada no Brasil, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1990, em consonância com as recomendações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), aponta a suposta premência da limitação das funções do Estado — que não deveria mais responsabilizar-se pela execução direta das políticas sociais, mas, apenas, coordená-las e “financiá-las” — e o fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde. Nesse sentido, o setor privado da saúde tem se expandido no livre mercado e no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) (NOGUEIRA, 1983).

Nesse contexto, os cidadãos passam a reconhecer o acesso à saúde, não como um direito social concernente à cidadania, mas como mais uma mercadoria disponível no mercado. Torna-se evidente que a saúde se constitui como um dos setores em disputa no mercado, representando, de fato, mais uma das estratégias de expansão das fronteiras para obtenção de lucro do capital. De acordo com Nogueira (1983), os serviços de saúde, resumidamente, contribuem à acumulação capitalista da seguinte maneira:

- 1) Promovem a circulação de valores, possibilitando à realização da mais-valia para o setor industrial e a mais rápida conversão da forma M à forma D, importando, em consequência, numa diminuição do tempo de circulação e de rotação desse capital (função semelhante à do comércio de bens de saúde; 2) Propiciam uma relativamente discreta acumulação em seu próprio setor através das empresas capitalistas de serviços de saúde; 3) Ampliam o mercado de bens de saúde, atuando em forma auxiliar e complementar à circulação simples desses bens que se verifica pelo comércio; 4) Criam necessidades de novos bens de saúde (tecnologias) e, portanto, fazem surgir novas alternativas de investimentos produtivos (NOGUEIRA, 1983, p.38).

Dessa forma, as referidas alterações ocorridas no campo da saúde estão em consonância com as propostas de ajuste estrutural neoliberais, que têm como eixo a atuação do Estado em articulação com o setor privado. Manifesta-se a opção por um Estado essencialmente regulador das relações contratuais ou das concessões aos agentes não estatais de atividades de interesse de relevância pública — entidades privadas ou Organizações

Sociais (OSs), apontando para um padrão flexível de destinação de recursos estatais a partir das denominadas parcerias “público-privadas” (CORREIA; OMENA, 2013).

Montaño (2001) sinaliza que não casualmente, o setor empresarial se apressa em “atender” as demandas das áreas da Previdência Social e da Saúde, enquanto o denominado “terceiro setor” dirige-se fundamentalmente à Assistência Social.

Segundo Correia e Omena (2013), a expansão do setor privado no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) é o que podemos denominar de privatização. Tal processo vem se operacionalizando em duas direções: por intermédio da compra de serviços privados de saúde “complementares” aos serviços públicos e, mais recentemente, através do repasse da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para entidades privadas e/ou de direito privado, por meio dos denominados “novos modelos de gestão”:

A complementariedade do setor privado ao setor público, assegurada legalmente, foi invertida. A brecha constitucional que estabelece a complementariedade do setor privado ao setor público “mediante contrato de direito público ou convênio” (artigo nº 199, § 1º da CF/1988), quando as disponibilidades do SUS “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” (arts. 24 a 26 da Lei nº 8080/1990), permitiu a ampliação dos serviços privados de saúde no interior do SUS, principalmente nas áreas mais lucrativas — média e alta complexidade —, distorcendo essa complementariedade na prática (CORREIA; OMENA, 2013, p. 15).

As supracitadas autoras afirmam que a denominada complementariedade se encontra invertida, pois estima-se que cerca de 60% dos recursos públicos da saúde são alocados na rede privada, através de convênios/compra de serviços privados de média e alta complexidade. A segunda direção que podemos aludir, tem se dado através do repasse da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para outras modalidades de gestão não-estatais, através dos contratos de gestão e parcerias, mediante transferências de recursos públicos, viabilizadas pelas Organizações Sociais (OSs).

Salienta-se que tais entidades foram criadas em 1998, pela Lei 9.637/98, enquanto as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999 pela Lei Federal nº 9.790; as Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar nº 92/2007); e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada pela Lei 12.550/2011 (CORREIA; OMENA, 2013).

Nesse sentido, as referidas fundações e organizações sociais de “interesse público”, resultantes de modificações na estrutura jurídica, são alguns dos novos arranjos flexíveis existentes, atuando como administradoras privadas de unidades prestadoras de serviços de saúde. Articuladas à terceirização de alguns conjuntos de atividades nessas unidades e à

contratação de prestadores individualizados, atualmente, são inúmeras as modalidades de vínculo aos serviços públicos de saúde (MARTINS; MOLLINARO, 2013).

Vale destacar os impactos que vêm sendo produzidos no âmbito da saúde a partir da implementação do Projeto de Lei 4.302/1998, — transformado na Lei Ordinária n. 13.429/2017 e aprovado em março do presente ano — que permite que todas as atividades, inclusive as atividades-fim, de empresas, empresas públicas, sociedades de economia mista, produtores rurais e profissionais liberais, possam ser terceirizadas para outras empresas contratantes. Torna-se evidente que tal lei agudiza ainda mais as medidas de flexibilização das relações trabalhistas em curso, por meio dos chamados “novos modelos de gestão” na saúde.

Segundo Cislaghi (2015), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que é legalmente uma empresa pública a serviço, entre outras formas de privatização, do fim do Regime Jurídico Único (RJU) nos hospitais universitários federais, passará a poder contratar todos os trabalhadores, inclusive médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros profissionais de saúde responsáveis por atividades-fim, via terceirização. Ou seja, os profissionais serão contratados por empresas privadas, para trabalhar nos hospitais geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (CISLAGHI, 2015).

É válido salientar, como assevera a supracitada autora, que desde 1997, a Lei nº 9504/97 permite que empresas possam financiar candidatos e campanhas eleitorais. Isto é, pode-se dizer que no sistema político brasileiro atual, sem o apoio econômico das empresas, é quase impossível eleger-se para qualquer cargo, e os planos privados de saúde, indubitavelmente, compõem o grupo de financiadores.

No que tange ao livre mercado, Correia (2007) refere que essa expansão se revela no crescimento do sistema de Saúde Suplementar, resultante da universalização excludente,<sup>34</sup> em que os trabalhadores melhor remunerados vêm, cada vez mais, consumindo esses serviços.

Observa-se que desde os anos 1980, a compra de serviços privados de saúde tornou-se pauta de reivindicação dos sindicatos dos trabalhadores nas negociações com o empresariado. O crescimento vertiginoso do setor privado de saúde aprofunda cada vez mais a divisão do sistema de saúde, supostamente entre pobres e ricos, e a transformação das necessidades de saúde em mercadoria.

Desse modo, torna-se nítido que ao contrário do assegurado legalmente na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, ao invés de acesso universal aos serviços de saúde, consagra-se um processo de universalização excludente, no qual, ao mesmo

---

<sup>34</sup>Faveret Filho, P; Oliveira, P. J. 1990. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde.

tempo em que o acesso a esses serviços fora universalizado legalmente, abrangendo os desempregados e os trabalhadores do setor informal, simultaneamente, os trabalhadores melhor remunerados foram impulsionados à compra de serviços no mercado privado devido a precariedade e a baixa qualidade dos serviços públicos de saúde (CORREIA, 2007).

Ademais, opostamente a premissa propagada de que a saúde privada significa maior qualidade da assistência, quase metade dos planos de saúde oferece serviços considerados abaixo do satisfatório pela Agência Nacional de Saúde (ANS), se utilizando dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo os mais caros e complexos, de forma complementar para seus usuários, sem os devidos ressarcimentos legais. Com a expansão massiva e obrigatória dos planos de saúde, a qualidade (muitas vezes duvidável) se tornaria, objetivamente, pior (CISLAGHI, 2015).

Nesse sentido, Cislighi (2015) ressalta o conteúdo da Proposta de Emenda à Constituição (PEC), número 451, que no momento aguarda parecer do relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), de autoria do deputado cassado Eduardo Cunha (PMDB/RJ). A referida Proposta de Emenda à Constituição (PEC) inclui, entre os direitos constitucionais de trabalhadores urbanos e rurais, um plano privado de assistência à saúde oferecido pelos empregadores. Na justificativa da citada Proposta de Emenda à Constituição (PEC), ironicamente, está o artigo 196 da Constituição, que afirma a saúde como direito de todos e dever do Estado, desconsiderando, completamente, a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) (CISLAGHI, 2015).

A Lei nº 13097/2015 — que propugna a entrada de capital estrangeiro na saúde —, também figura como um profundo retrocesso à saúde pública, tendo em vista que a mesma se contrapõe a Lei nº 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), e o artigo 199 da Constituição Federal, visto que vedam o investimento direto de capital estrangeiro na assistência à saúde, isto é, em hospitais e unidades de saúde no Brasil.

Sendo assim, após essa célere digressão acerca do processo de mercantilização da saúde no Brasil, consideramos premente a realização de uma análise mais pormenorizada do setor da Saúde Suplementar a seguir, haja vista a complexidade do seu processo de desenvolvimento histórico em nosso país.

### **2.3. Breve panorama da Saúde Suplementar no contexto nacional**

A Saúde Suplementar pode ser caracterizada como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por intermédio de um convênio com um plano de saúde. Integram o cenário

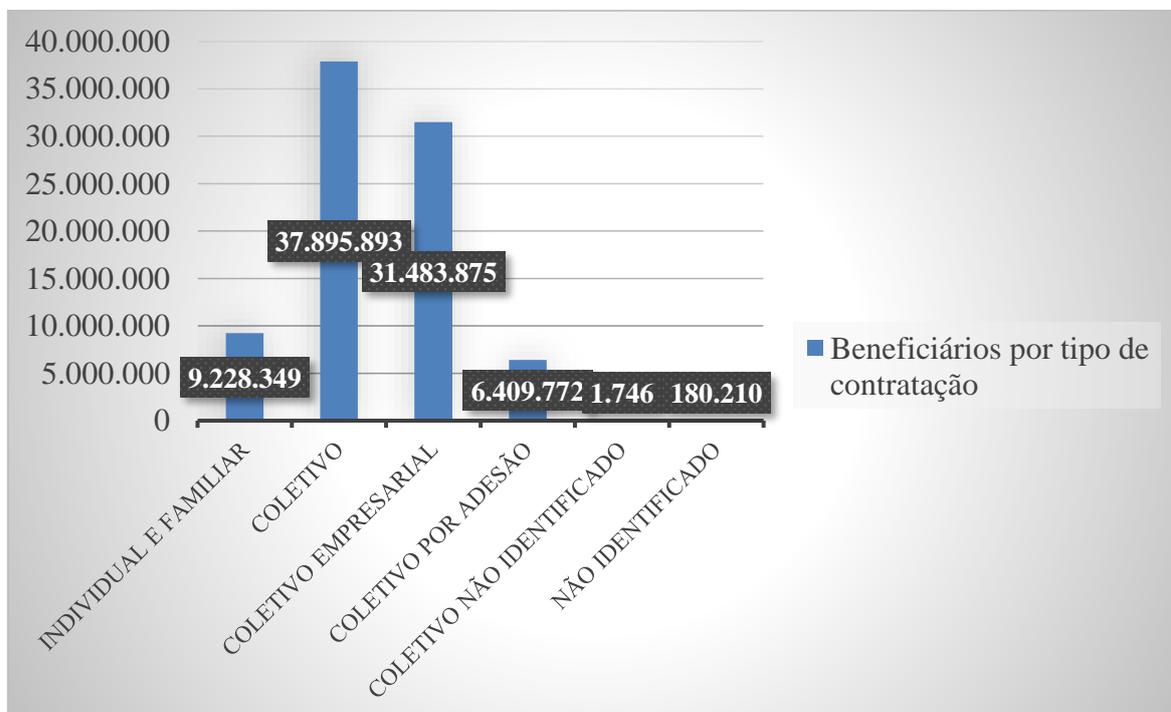
da Saúde Suplementar no Brasil: o governo, representado pelo Ministério da Saúde (MS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além das operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência à saúde (ANS, 2017).

O mercado de planos de saúde caracteriza-se pela atuação das seguradoras de saúde, das empresas de medicina de grupo, das cooperativas médicas e das entidades de autogestão (ANS, 2017).

Atualmente, a taxa de cobertura de beneficiários de planos de saúde no Brasil, segundo informações coletadas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), gira em torno de 24,39% da população, representando cerca de 47.303.952 milhões de beneficiários (ANS, 2017).

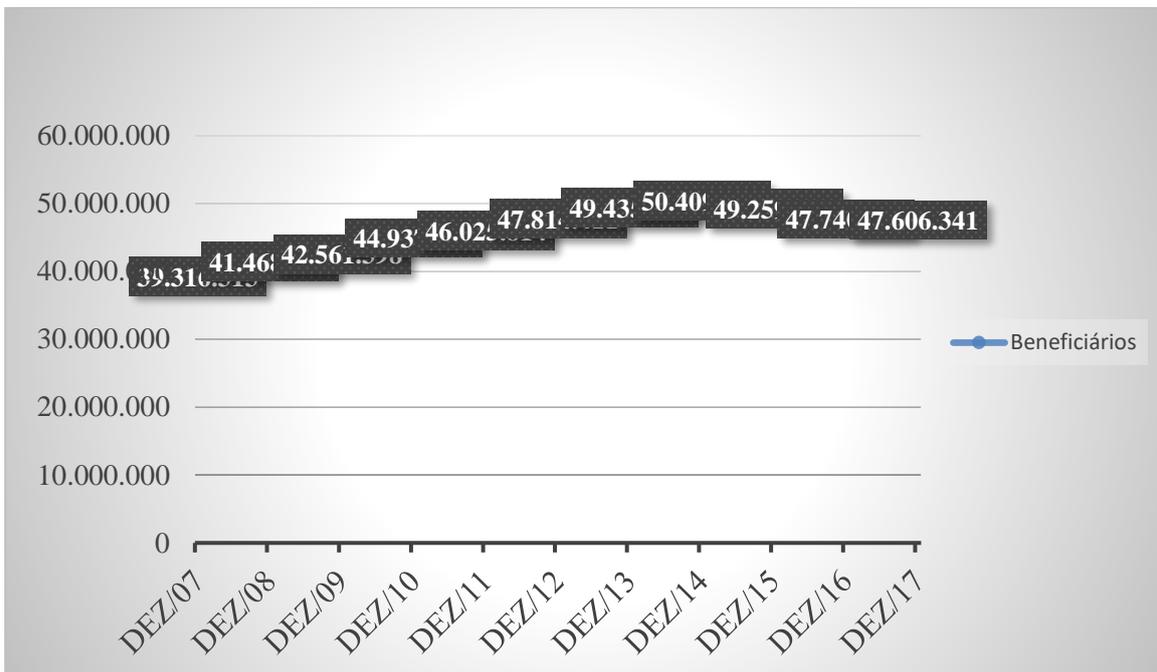
As operadoras em atividade correspondem ao quantitativo de 794; enquanto as operadoras ativas com beneficiários, são 769; contando com cerca de 18.163 de planos ativos. As operadoras com planos ativos por tipo de contratação: individual ou familiar, são 489; coletivo empresarial: 627; e coletivo por adesão: 548. O contingente dos beneficiários dos referidos planos de saúde assim se subdivide:

Gráfico 1 – Beneficiários por tipo de contratação



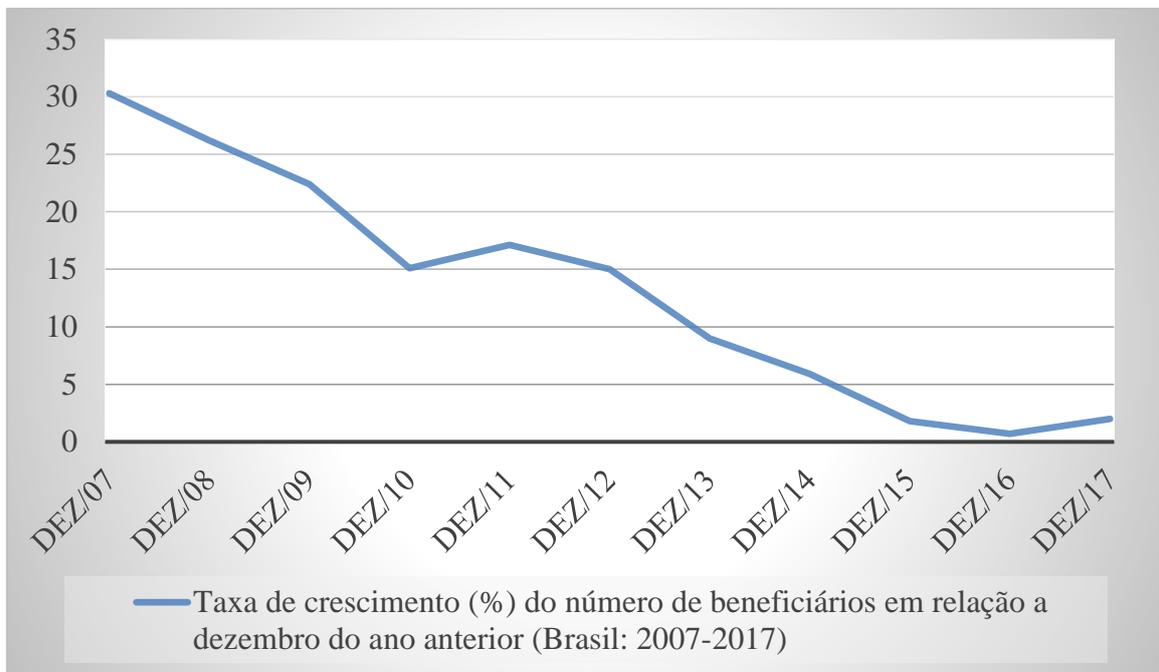
Fonte: Sistema de informações de beneficiários ANS/MS. 2017.

Gráfico 2 – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2007-2017)



Fonte: Sistema de informações de beneficiários ANS/MS. 2017.

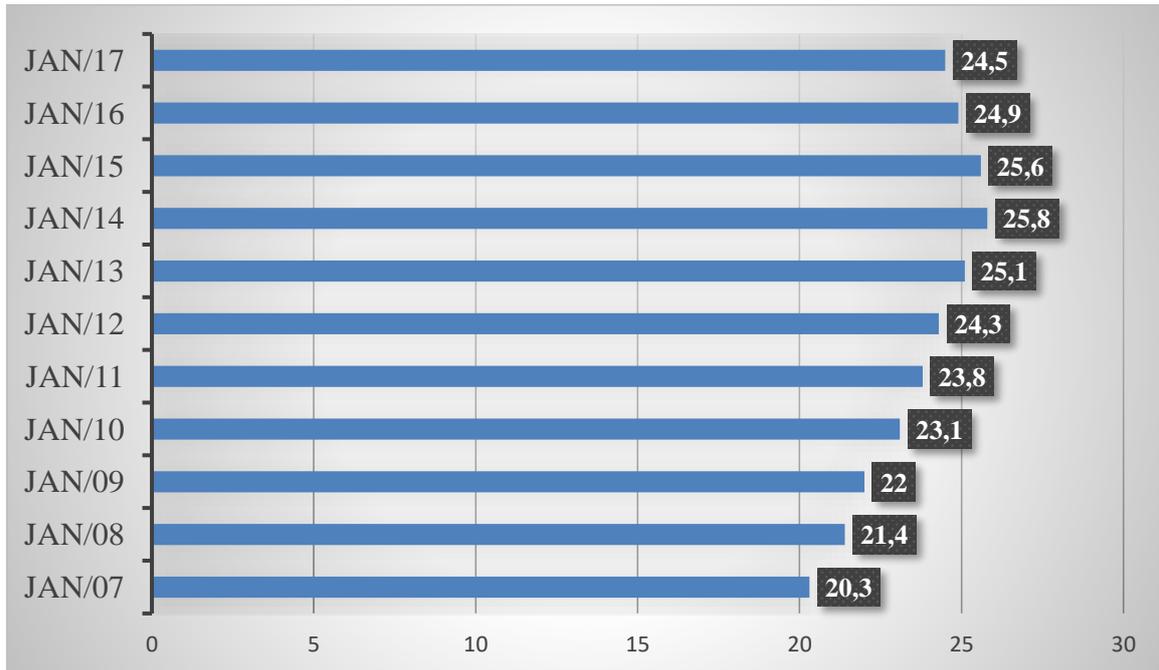
Gráfico 3 – Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do ano anterior (Brasil: 2007-2017)



1. Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia e beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos.

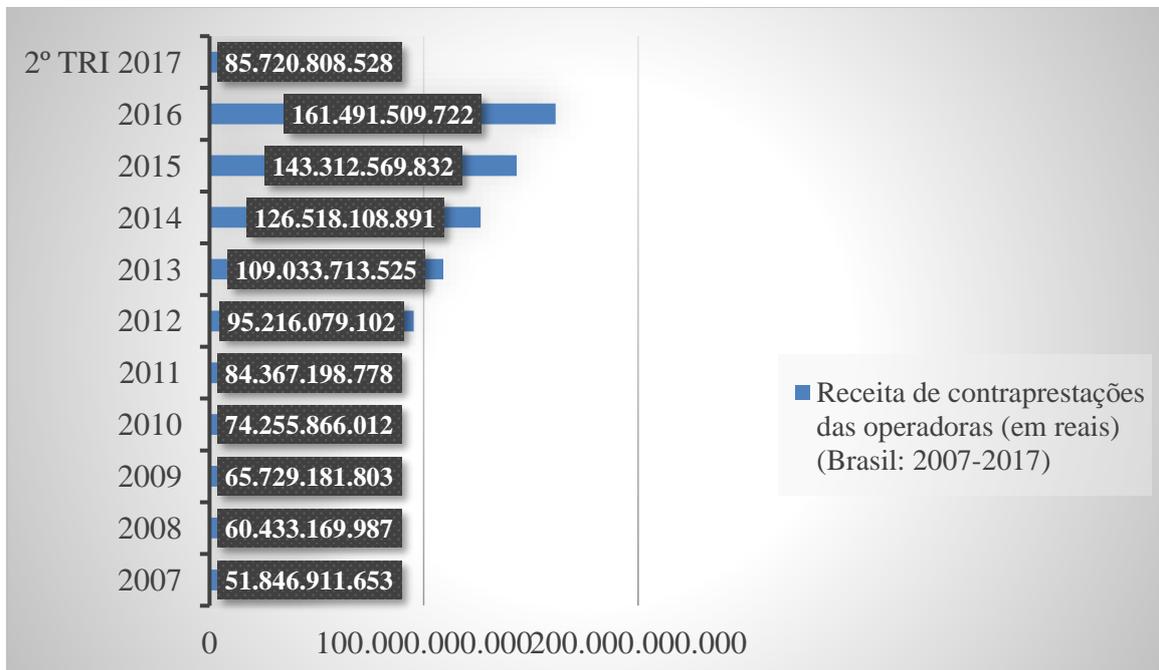
Fonte: Sistema de informações de beneficiários ANS/MS. 2017.

Gráfico 4 – Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde (Brasil: 2007-2017)



Fonte: Sistema de informações de beneficiários ANS/MS. 2017.

Gráfico 5 – Receita de contraprestações das operadoras (em reais) (Brasil: 2007 –2017)



Fonte: Sistema de informações de beneficiários ANS/MS. 2017.

Registra-se que o mercado de serviços privados de assistência à saúde no Brasil, como objetivamos sinalizar nas seções precedentes, apresenta origem e desenvolvimento interrelacionado com a definição das Políticas Públicas de Saúde, especialmente, no que se refere ao financiamento direto — no caso dos convênios-empresa do extinto Instituto

Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) — ou indireto, mediante o mecanismo de renúncia fiscal (NITÃO, 2004).

Podemos afirmar que desde o final da década de 1960, observa-se que uma gama cada vez crescente de trabalhadores se encontrava coberta por planos de saúde, seja por intermédio de contratos individuais, ou pela adesão a um contrato empresarial ou associativo. Nesse contexto, paulatinamente a assistência à saúde tornava-se em um bem de consumo no âmbito do mercado de trabalho (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Entretantes, cabe ressaltar que anos mais tarde, esperava-se que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pudesse reverter em parte esse quadro, tendo em vista a premissa de acesso universal aos serviços de saúde. Contudo, dada a incompletude e limites estruturais à efetiva implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o mesmo não fora capaz de abranger a totalidade dos cidadãos, caracterizando mesmo, como já referido, uma verdadeira universalização excludente (RIBEIRO, 2009).

Como sabemos, o Estado no Brasil, possui a característica de figurar como grande impulsionador e financiador do setor privado de saúde, seja por meio de financiamento direto, ou por formas diversas de atuação, como a concessão de subsídios, isenções fiscais ou incentivos. O Estado, indubitavelmente, desempenhou e segue desempenhando um papel facilitador do setor privado de saúde (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Desse modo, pode-se sinalizar que a ampliação de custos crescentes e compostos do mercado de planos de saúde, exigiu o apoio do Estado para garantir sua expansão e consolidação, na ausência da hegemonia do setor público de saúde e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Salientamos a contradição estabelecida entre o padrão de financiamento público e o mercado, em especial, quando se observa que na atualidade, os subsídios patrocinados ao consumo de planos de saúde, via renúncia de arrecadação fiscal, poderiam ser destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), para o provimento de assistência médica à população (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Cordeiro (1984) assinala que, no Brasil, o funcionamento de planos de saúde coincidiu com a instalação das indústrias automobilísticas no período do Governo Kubitschek (1956-1961). Este quadro resultou da inclusão de mecanismos de financiamento desvinculados da Previdência Social, em que empresários e trabalhadores custearam a assistência médica sob o intermédio das empresas de medicina de grupo ou dos serviços próprios de saúde das empresas empregadoras.

Após o golpe militar de 1964, as alterações ocorridas no contexto da medicina previdenciária, acabaram viabilizando o exponenciamento dos planos privados de saúde. No ano de 1966, a implementação concomitante do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e do Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP) sinalizou nitidamente essa nova orientação.

Pode-se afirmar que a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), expandiu a cobertura aos trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada, não incorporados aos antigos institutos. Entretanto, essa ampliação se deu privilegiando a demanda por serviços privados, uma vez que não houve uma expansão da rede pública condizente ao processo de inclusão dos novos grupos sociais, ou mesmo uma determinada melhoria da qualidade da atenção médica dos serviços previdenciários (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Afirma-se, ainda, que a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) engendrou a eliminação paulatina da gestão tripartite entre União, empregadores e empregados das instituições previdenciárias. Fomentou, também, uma acentuada centralização financeira no âmbito do governo federal, ampliada com o aumento da contribuição previdenciária, além de embarreirar a participação dos trabalhadores no processo decisório acerca da sua assistência médica (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Neste panorama, a reforma administrativa, implementada através do Decreto-Lei 200, de 1967, sedimentou o terreno no campo legislativo à contratação de empresas privadas na execução de programas e projetos sob a responsabilidade do Estado. Um marco advindo desta inflexão fora a criação do convênio INPS/empresa, articulado entre Estado e empresas empregadoras, que possibilitou a generalização da contratação dos planos de saúde (VIANNA, 1989).

Já no ano de 1974, demarcou-se a criação do Plano de Pronta Ação (PPA) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que propugnava a universalização do atendimento de emergência, inaugurando um novo nicho de acumulação para os planos de saúde (VIANNA, 1989).

É relevante salientar que o referido Plano promoveu a expansão do acesso aos serviços de saúde pela população das áreas metropolitanas, tornando economicamente viáveis as empresas médicas emergentes. A concorrência dos interesses de grupos médicos com os das grandes empresas industriais e comerciais, facilitou o desenvolvimento dos convênios-empresa e das organizações de medicina de grupo, que não paravam de crescer (VIANNA, 1989).

Neste mesmo período, registra-se o financiamento direto promovido pela Caixa Econômica Federal (CEF), a juros negativos para a construção de hospitais privados e de equipamentos, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que acabou beneficiando as empresas de medicina de grupo, as políticas de compra de serviços de saúde à iniciativa privada e o acesso a financiamentos subsidiados junto ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), permitiram uma acelerada expansão da capacidade instalada da AMIL (OCKÉ-REIS, 2005).

Com a abertura da década de 1980, observam-se os primeiros indicativos da recessão econômica que juntamente à crise financeira da Previdência, anunciaram um processo que irá agudizar-se no final da referida década do desaparecimento progressivo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), enquanto financiador e prestador da assistência médica dos trabalhadores, devido à redução da qualidade dos serviços pelo esmagamento dos preços pagos ao setor privado contratado e à extinção dos convênios INAMPS/empresa e INAMPS/sindicato (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Ou seja, a deterioração dos valores dos serviços custeados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) — que não representa surpresa diante do período de alta inflação — permitiu uma ruptura unilateral de vários convênios e contratos de hospitais (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Em suma, no Brasil, nos últimos 40 anos, pode-se afirmar que os planos de saúde se expandiram contando com o apoio do padrão de financiamento público, por meio dos incentivos governamentais. Subsistem, atualmente, os subsídios fiscais, que poderiam representar um aumento de recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS):

O mercado de planos de saúde se reproduziu gozando de incentivos governamentais e das benesses oriundas da ausência de um quadro regulatório. A rigor, não houve um processo prévio de privatização, pois o sistema de saúde brasileiro nunca se constituiu em um *single player*, nem o Estado foi o único proprietário da rede assistencial, tampouco o responsável pela concessão de serviços públicos na área de saúde. Pelo contrário, os planos atuaram sem nenhuma norma específica que fornecesse parâmetros econômicos e assistenciais para o seu funcionamento — exceto, pontualmente, as modalidades de autogestão e de seguro saúde (OCKÉ-REIS, 2005, p. 8-9).

Ao fim dos anos 1990, o processo de fiscalização e legalização do setor em questão, tornou-se premente. Entretanto, embora esse processo ocorresse atrelado ao Código de Defesa do Consumidor, sua ocorrência deu-se em paralelo ao processo de reforma liberal do Estado. Tal trâmite era possível, já que, segundo o artigo 199 da Constituição Federal e o artigo 21 da Lei 8.080, a assistência à saúde é considerada livre à iniciativa privada (OCKÉ-REIS, 2005).

Dentre as atribuições da Agência Nacional de Saúde (ANS), estão previstos o controle de preços dos planos individuais e o monitoramento do reajuste dos planos coletivos. Deste modo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, criada no ano 2000, com a finalidade de regular o setor de planos privados de assistência à saúde. A sua responsabilidade é a normatização, controle e fiscalização das atividades das empresas vendedoras de planos de saúde, com o escopo de garantir a qualidade da assistência aos beneficiários e a sustentabilidade do referido setor (NITÃO, 2004).

A primeira grande tarefa desse grupo, fora normatizar um setor com desenvolvimento de aproximadamente quarenta anos e que sofreu com pouquíssima intervenção estatal, pois somente as seguradoras eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). Nesse cenário, o mercado cresceu e tornou-se competitivo, sem regras que garantissem os direitos dos beneficiários. A década de 1990 teve, portanto, dois marcos fundamentais para o setor: a publicação do Código de Defesa do Consumidor, em 1990, e a da Lei nº 9.656, em 1998. Já em 2000, a Lei nº 9.961 criou a referida Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (NITÃO, 2004).

Dessa maneira, é papel da Agência Nacional de Saúde (ANS) zelar pela defesa do consumidor e da concorrência regulada, visando reconstruir o mercado com foco na redução de práticas oligopolistas e em cessar os abusos econômicos. Vale ressaltar que, já que as ações e os serviços de saúde são definidos como de relevância pública no artigo 197 da Constituição, a Agência foi estruturada para ser voltada à defesa do “interesse público”, com respaldo na tradição das legislações antitruste. É uma missão complexa, visto que a regulamentação é capaz de determinar o padrão competitivo do mercado e de influenciar no lucro das operadoras (OCKÉ-REIS, 2005).

Por fim, pode-se dizer que as consequências a respeito da regulamentação dos planos de saúde ocorreram, porque, por um lado, os princípios normativos em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público são sistematicamente afrontados, e, por outro, o mercado que se quer promover não está explicitamente delineado. Ademais, marcado por um determinado grau de despolitização, nota-se a presença de um estilo de gestão tecnocrático, cuja expressão mais inquietante é a defesa de uma concentração do mercado em favor dos grandes *players*<sup>35</sup> (OCKÉ-REIS, 2005).

---

<sup>35</sup>Os *players* de mercado constituem grupos de forte expressão e que atuam com nome de outras empresas, realizando investimentos.

#### 2.4. Reestruturação produtiva e o trabalho no setor dos serviços de saúde

Como explicitamos nas seções precedentes, a contemporaneidade é marcada pela crise do capital, a qual é resultado da sua própria dinâmica, uma vez que as contradições que lhes são intrínsecas, ciclicamente, resultam em crises.

Segundo Mendes (2015), a “solução” que o sistema capitalista fornece a essa problemática advém da própria crise, decorrendo, especialmente, a partir de três estratégias: o exponenciamento da taxa de exploração, impelindo os trabalhadores a aceitarem o rebaixamento dos salários e a precarização das condições de trabalho; a reorganização de novas linhas de produção; e a desvalorização e destruição de parte da reserva acumulada de capital.

Destarte, para que se viabilizasse um novo ciclo de expansão do capital, tornou-se necessário investir em novos processos e produtos, além de estimular a maior concorrência entre os capitalistas.

Foram difundidos, então, os conceitos de “reestruturação produtiva”, “qualidade”, “flexibilidade”, “produtividade”, que, incorporando ou não inovações tecnológicas na base produtiva, repercutiram nas formas de gestão do processo de trabalho, inclusive, no setor de serviços (NOGUEIRA, 1983).

Segundo Braverman (1987), pode-se dizer que os trabalhadores do supracitado setor, se distinguem amplamente entre si no que se refere ao prestígio, níveis salariais e tipos de atividades desenvolvidas, mas unificam-se por executarem atividades diferentes da produção material do tipo industrial.

Integram este contingente de trabalhadores, desde o office-boy até o gerente, os funcionários públicos, profissionais liberais, trabalhadores dos serviços privados, do setor financeiro, do comércio e dos serviços das chamadas organizações do terceiro setor. Na sua composição, destaca-se a significativa participação de mulheres e de jovens (BRAVERMAN, 1987).

No que tange à assistência à saúde, deve-se salientar que a mesma recebe usualmente a designação de serviço ou de prestação de serviços, na tentativa de demarcar sua posição dentro dos grandes segmentos que compõem a divisão social do trabalho. Nos recenseamentos oficiais, ela afigura-se enquadrada no setor terciário da economia. Ou seja, “a própria linguagem comum já consagrou esta denominação: fala-se de serviços de saúde para indicar tanto os atos de saúde em si, quanto às instituições encarregadas de realizá-los” (NOGUEIRA, 1983, p.57).

Dessa maneira, os serviços de saúde integram o amplo leque dos denominados serviços de consumo coletivo — dos quais fazem parte a educação, as formas organizadas de lazer, dentre outras atividades dependentes da existência de equipamentos sociais — e, censitariamente, estão incluídas no setor terciário da economia (NOGUEIRA, 1983).

Ademais, como prestação de serviços, o trabalho em saúde traz a característica específica da presença da força de trabalho humana em todos os componentes do seu processo (NOGUEIRA, 1983).

Nas condições hodiernas, uma das características mais proeminentes do trabalho nos serviços de saúde é a crescente coletivização dos agentes prestadores desses serviços, o que redundará na emersão do trabalho coletivo, realizado por diferentes categorias profissionais em regime de cooperação técnica, seja numa unidade isolada (clínica, hospital), seja numa rede hierarquizada de unidades:

A coletivização dos produtores de serviços de saúde assinala a superação, através da intervenção estatal e da entrada do capital no setor, da fase histórica em que praticamente a totalidade da assistência à saúde era assumida por profissionais autônomos (organização liberal das práticas de saúde). Reflete, da mesma maneira, mudanças definitivas na estrutura global da sociedade, em que as pressões de consumo das classes subalternas e o desenvolvimento capitalista como um todo fazem dos serviços de saúde, principalmente das mercadorias que eles veiculam, um dos itens mais importantes para a manutenção e ampliação da escala de produção capitalista (NOGUEIRA, 1983, p.63).

Segundo o supracitado autor, esse tipo de organismo de trabalho coletivo detém uma divisão técnica de trabalho não do tipo fabril, mas manufatureiro: a decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas e sua integração por intermédio de uma hierarquia de profissionais é o fundamento da produtividade do setor, que, nesse sentido, ainda depende substancialmente de conhecimento e destreza do trabalhador (NOGUEIRA, 1983).

O seu princípio consiste, sinteticamente, na atribuição das operações mais “difíceis” ou “complexas” ao grupo de maior nível de qualificação, e a concessão das mais “simples” ao menos qualificado, cuja força de trabalho, portanto, pode ser comprada a um custo menor. Obtém-se, assim, uma “economia” de trabalho qualificado, assim, teoricamente, uma determinada quantidade de serviços pode ser oferecida a um preço menor ou com uma margem de lucro maior:

É este o princípio que preside a racionalização do trabalho em saúde e que no movimento de extensão de cobertura está ideologicamente encoberto sob o rótulo de delegação de funções. No manejo de um aparelho de radiodiagnóstico, por exemplo, o uso mais rentável, mais racionalizado, consiste em atribuir ao pessoal auxiliar as funções de impressão e revelação do filme, cabendo ao radiologista apenas os encargos de interpretá-lo. Presta-se, assim, o mesmo serviço a um preço menor do que se o radiologista se visse obrigado a executar todos esses atos. O trabalho passa a dar-se com base na gerência técnico-administrativa de certos profissionais de nível superior, que cumprem funções de maior complexidade, ao mesmo tempo que

controlam, pela prescrição de normas e supervisão, o desempenho dos agentes subalternos (NOGUEIRA, 1983, p.63).

Assim, cabe salientar que as alterações ocorridas nos setores mais dinâmicos da economia, seja na indústria ou nos serviços, exercem influência sobre o setor da saúde. Na atualidade, majoritariamente, a atenção à saúde prestada à população urbana desenvolve-se em serviços de saúde institucionalizados, que organizam o seu funcionamento e processo de produção sob influências diversas: seja a correlação de forças do jogo político em voga, os modelos administrativo-gerenciais hegemônicos adotados, a tecnologia disponível e aplicável na área, dentre outras (PIRES, 2000).

Segundo Pires (2000), as inovações tecnológicas, no contexto da reestruturação produtiva, caracterizam-se, principalmente, pelo seu aspecto microeletrônico, informacional e telemático, tendo emergido no interior da Terceira Revolução Industrial.<sup>36</sup> Nesse sentido, a área da saúde, constitui uma das indústrias mais dinâmicas. O incremento tecnológico — diagnóstico e terapêutico —, fora uma das áreas da assistência que sofreu as maiores transformações:

O setor em questão usa intensivamente as chamadas novas tecnologias. Equipamentos de tecnologia de ponta, os chamados novos materiais e os avanços da bioengenharia e da engenharia genética estão presentes no setor, logo, alteram-se os instrumentos de trabalho e as tecnologias empregadas para exames diagnósticos e, também para tratamentos. Encontra-se, por exemplo, bombas de infusão, tomógrafo computadorizado, laser em cirurgias, experiências para aplicação de medicamentos por meio de adesivos elétricos, terapias genéticas e tantos outros. A disponibilidade desses equipamentos e o uso de tecnologia diagnóstica e terapêutica, no caso brasileiro, têm uma distribuição absolutamente desigual, se considerarmos o conjunto dos serviços de saúde (PIRES, 2000, p.257).

Nogueira (1983) pontua que, ao longo do tempo, o custo médio de diagnóstico e tratamento de algumas afecções vem crescendo regularmente, comprovando que não há, nesse ponto, ganhos de produtividade objetivamente mensuráveis.

Contudo, há inovações tecnológicas, como os antibióticos, os equipamentos de análise do perfil bioquímico do sangue, a revelação automática de filmes radiográficos, entre outras, que possibilitam o aumento da produtividade do trabalho em saúde, fazendo com que uma mesma quantidade de força de trabalho possa produzir uma quantidade maior de serviço (NOGUEIRA, 1983).

Considerando-se que as unidades de saúde são organizações peculiares, é cabível inferir que a adoção de novas tecnologias e formas de gestão e produção, tenham ocorrido de formas e graus diferentes de outras organizações:

---

<sup>36</sup>A Terceira Revolução Industrial, também denominada de Revolução Técnico-Científica-Informacional, refere-se ao período após a Segunda Guerra Mundial, no qual os avanços no âmbito tecnológico, passaram a abranger o campo da ciência, integrando-o ao sistema produtivo.

a) as inovações tecnológicas consistiram em atividades de diagnóstico, terapias minimamente invasivas e manutenção da vida, enquanto que as organizacionais concentraram-se em círculos de controle da qualidade, *just in time* e terceirização; b) a adoção de inovações tecnológicas, guiada pela lógica do lucro, foi muito intensa, repercutindo em maior demanda de pacientes de planos de saúde e particulares e no aumento do número de trabalhadores; c) a implementação das inovações organizacionais deu-se de forma mais diretiva, com foco na redução dos custos e com participação dos trabalhadores em decisões de pouca relevância, repercutindo na intensificação da exploração do trabalho (MACHADO *et alii*, 2012, p.66).

Ademais, como ressalta Nogueira (1983), a crescente demanda de pessoal auxiliar tem origem nas características já mencionadas do trabalho em saúde: de um lado, na incorporação maciça de determinadas tecnologias aplicadas ao tratamento, diagnóstico e prevenção das doenças, o que exige uma ampliação da divisão técnica do trabalho em sentido horizontal; de outro lado, no incremento da produtividade por intermédio da ampliação da divisão técnica do trabalho em sentido vertical, graças à redistribuição das tarefas entre o pessoal de distintos níveis de qualificação, atribuindo-se as mais simples e, assim, mais numerosas, ao grupo de nível educacional médio e elementar.

Ressalte-se que todas essas especificidades do trabalho na área da saúde, são imprescindíveis para a compreensão da capacidade particular que revela o referido setor, junto com outros serviços de consumo coletivo, no que se refere à absorção da força de trabalho:

a) a despeito do acentuado dinamismo tecnológico, o setor é essencialmente de trabalho intensivo; b) muitas das inovações tecnológicas implicam não mudanças no método de prestação de um dado serviço, mas a introdução de um novo serviço que se soma aos anteriores e exige pessoal adicional para sua prestação; c) o incremento da produtividade do trabalho depende, sobretudo, de uma combinação adequada entre os vários tipos profissionais; d) ao pessoal de nível superior e, principalmente, aos médicos são atribuídas as funções mais complexas, envolvendo a gerência administrativa e o comando técnico do trabalho dos auxiliares, além de sua normalização e supervisão; e) as funções mais fáceis, ou simples, ficam com o pessoal auxiliar, que as executam em cumprimento a normas de trabalho mais ou menos rígidas; f) em algumas áreas, as forças produtivas da ciência e da tecnologia atuam no sentido de elevar a produtividade do processo de trabalho, mas limitados a uns poucos procedimentos terapêuticos e diagnósticos (NOGUEIRA, 1983, p.64-65).

Concordamos com Alves (2015), quanto à premissa de que para analisarmos o setor de serviços na contemporaneidade — e em seu interior, os serviços de saúde —, devemos apreendê-lo numa dinâmica econômica em que se destaca o aumento das modalidades flexíveis de contratação laboral no Brasil.

Na década de 2000, disseminaram-se novas formas atípicas de contratação salarial, como o contrato por prazo determinado, contrato por prazo parcial, suspensão de contrato e, principalmente, as relações de emprego disfarçadas, tais como contratação como pessoa

jurídica (PJ), cooperativas de contratação de trabalho, trabalho-estágio, autônomos, trabalho em domicílio, teletrabalho e a terceirização:

Interessa-nos tratar aqui da terceirização, marca-chave no processo de reestruturação produtiva, o que se prolonga no tempo do toyotismo, que se manifesta de múltiplas formas, incluindo, por exemplo, algumas dessas formas de contratação atípicas (subcontratação por meio de agência de emprego, a pessoa jurídica (PJ), o autônomo proletarizado, o trabalho em domicílio e a cooperativa para empresa). Entretanto, a terceirização não se reduz a elas, tendo em vista que abarca todo o processo de externalização de atividades para outras empresas ou pessoas (ALVES, 2015, p.15-16).

Assim, pode-se dizer que na área da saúde, o mercado de trabalho segue a tendência geral da evolução (ou retrocesso) das relações trabalhistas brasileiras, sobretudo, nos últimos anos. Esse quadro tem gerado desequilíbrio entre a oferta e a demanda de postos de trabalho, por exemplo, no Sistema Único de Saúde (SUS), com impacto direto na quantidade e na qualidade dos mesmos:

A política de enxugamento da máquina pública, evidenciada pela restrição de concursos públicos na década de 1990, aliada às demandas sociais pelos serviços de saúde, em um cenário que já induzia a administração pública a contratar seus recursos humanos de forma não regular, encontrou no setor de saúde um ambiente favorável para a rápida proliferação desta prática, na medida em que os gestores de saúde da época tinham necessidade de implementar e expandir o Sistema Único de Saúde, atendendo os aspectos do direito à saúde (MARTINS; MOLLINARO, 2013, p.1672).

Dedecca (2006) sinaliza a particularidade do processo de flexibilidade da regulação pública do contrato de trabalho no Brasil, demonstrando que esta permitiu que houvesse a migração, nos últimos anos, de um regime “despótico” para um outro, “despótico-hegemônico”.

A desregulação do trabalho afetou também o setor público por meio da flexibilização do Regime Jurídico Único (Emenda Constitucional nº 19/1998), instituído pela Constituição de 1988 e pelo estabelecimento de vínculos precários, gerando desigualdade e precarização do ponto de vista dos direitos trabalhistas (DEDECCA, 2006).

Segundo Alves (2015), a partir da década de 1990, a terceirização passou a representar uma das principais formas de flexibilização da contratação no Brasil. Desde que passou a ser permitida em atividades-meio, em consonância com o Enunciado 363 do Tribunal Superior do Trabalho (TST), a terceirização se tornou a forma mais notória de flexibilização da legislação trabalhista:

A expansão da terceirização na década do neodesenvolvimentismo é o traço candente (e irremediável) da nova ofensiva do capital na produção nas condições históricas do capitalismo flexível. Nesse período, instaurou-se o que denominamos de “nova precariedade salarial” no país, o novo modo de organizar o processo de trabalho e a produção do capital a partir da lógica do trabalho flexível, sendo ela caracterizada pela adoção das novas tecnologias informacionais, gestão toyotista e

relações de trabalho flexíveis (contrato salarial, jornada de trabalho e remuneração flexível). É claro que a terceirização não é um fenômeno novo na produção capitalista (ALVES, 2015, p.16-17).

Deste modo, com relação à terceirização nas áreas hospitalares, identificam-se dois movimentos relativos à terceirização, um mais voltado diretamente aos profissionais, que visa reduzir o valor da força de trabalho; e outro voltado à associação com outras organizações que desenvolvem competência em alguma atividade relevante para o hospital (VECINA NETO; MALIK, 2007).

O primeiro tipo, é habitualmente utilizado nas áreas de baixa especialidade e mão-de-obra intensiva, como nos casos de limpeza, segurança e recepção. O outro modelo se opera quando duas empresas trabalham associadas, com o intuito de realização de uma determinada atividade, como ocorre na área de serviços complementares: laboratórios, imagens, hematologia e outras atividades especializadas (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Neste contexto, podemos mencionar, ainda, o caso do “trabalho autônomo”. Nesta modalidade, o profissional desenvolve suas atividades sem vínculo empregatício ou contrato de prestação de serviços na instituição. A remuneração do trabalho do profissional autônomo, assim, é prestada diretamente pelo consumidor dos seus serviços (PIRES, 2000).

No que tange à modalidade “prestação de serviços”, os profissionais, grupos cooperativos ou empresas podem firmar contratos de prestação de serviços com as instituições. Nesse sentido, o profissional ou grupo de profissionais detêm um contrato com a instituição que o impele a cumprir determinadas regras, horários e prestar serviços específicos (PIRES, 2000).

A remuneração pode ser realizada pela instituição ou por intermédio de uma taxa básica da instituição, acrescida de remuneração direta pelos clientes ou por intermédio das empresas de convênios de saúde (PIRES, 2000).

Na trilha da precarização das relações trabalhistas na área da saúde, é cabível asseverar que, recentemente, em agosto do presente ano, fora elaborada a Cartilha de “Modernização Trabalhista na Saúde”, constituindo fruto da parceria entre a Confederação Nacional de Saúde (CNS) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), através do Grupo de Trabalho designado para desenvolver e implementar estratégias de esclarecimento junto ao empresariado, quanto aos supostos “avanços” da “modernização” trabalhista no setor dos serviços de saúde.

O arcabouço legal que subsidia os referidos “avanços” na supracitada área, relaciona-se à Lei 13.467 de 13 de julho de 2017, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de

janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, representando profundos retrocessos aos direitos da classe trabalhadora no Brasil.

Sinteticamente, tal documento louva a iniciativa da reforma trabalhista, manifestando o posicionamento favorável do setor da saúde privada a tal reforma e, ironicamente, afirmando que este retrocesso poderá, de algum modo, beneficiar os trabalhadores da saúde.

O documento enumera as dez principais alterações que favorecem o setor, a saber: jornada de trabalho de 12x36; afastamento da gestante lactante; acordo coletivo de trabalho x convenção coletiva de trabalho; negociação coletiva — negociado sobre o legislado; negociação coletiva — ultratividade; terceirização; parcelamento de férias; horas *in itinere*; trabalho intermitente; e compensação de jornada. A terceirização ganha destaque especial na retórica de um dos presidentes da citada Confederação, advogando que:

Ao regulamentar as relações do trabalho e a terceirização de atividades-meio ou fim, o Brasil dá um grande passo para o desenvolvimento e o aprimoramento de inúmeras atividades empresariais. Na área da saúde, em que militamos há meio século, colaboradores temporários são convocados de acordo com as necessidades e as sazonalidades das doenças que assolam nosso país. A terceirização é uma necessidade mais que clara na atual conjuntura econômica e agora recebe um tratamento correto e contemporâneo. A utilização de cooperativas e profissionais, além de favorecer a produtividade, garante ao empregador economia de custos, que poderão ser alocados para investimentos até então estagnados. Estudos apontam que, para cada médico contratado pelo regime da CLT, o empregador paga 106% do salário a mais em impostos. A utilização de profissionais terceirizados, além de favorecer a produtividade, é menos custosa ao empregador, contudo, também, oferece ao empregado maior flexibilidade na profissão. A relação custo e qualidade na saúde é um aspecto muito importante, uma vez que a contratação formal como CLT, os tributos em geral, e outros custos dificultam a operação no segmento saúde. Portanto, a reforma trabalhista permite que estas instituições criem incentivos e invistam, ainda mais, em seus profissionais, o que irá refletir em um melhor sistema de saúde para o Brasil (CARTILHA MODERNIZAÇÃO TRABALHISTA NA SAÚDE, 2017, p.5).

Ante ao exposto, inferimos que a ofensiva do capital contra os trabalhadores — e aqui ressaltamos, especificamente, o caso do setor privado de saúde —, se dá também em virtude de o mercado de planos médico-hospitalares, por exemplo, ter completado em dezembro de 2016, exatos dois anos de queda vertiginosa do número de beneficiários (ANS, 2017).

Registra-se que cerca de 2,5 milhões de pessoas perderam o acesso aos planos, em virtude do desemprego, totalizando queda de 4,9% no período. O pior momento da recente queda do número de beneficiários fora registrado no primeiro trimestre de 2016, quando 676 mil beneficiários perderam os planos, registrando um decréscimo de 1,5% em apenas três meses (ANS, 2017).

Em termos anualizados, o pior período foi registrado nos doze meses terminados em junho de 2016, consolidando queda de 3,4%. Nos dois trimestres seguintes o recuo foi menos acentuado, encerrando o ano com retração de 2,8% (ANS, 2017).

Com dois anos de queda do número de beneficiários, a taxa de cobertura de planos de saúde médico-hospitalares já foi reduzida em 1,3 p.p. (pontos percentuais) passando de 26,0% da população para 24,7%. O índice retornou para níveis semelhantes ao verificado cinco anos atrás, em 2012. Em relação ao tipo de contratação, tanto os planos individuais, quanto os coletivos empresariais e coletivos por adesão registraram queda, em magnitude semelhante (ANS, 2017).

Nos dois últimos anos, o número de beneficiários em planos individuais foi reduzido em 4,6%, nos planos coletivos empresariais o decréscimo foi de 4,9% e nos coletivos por adesão foi de 4,2%. O desempenho negativo e nivelado é indicativo de que a crise econômica afetou de forma equivalente as diferentes modalidades de contratação de planos de saúde no país (ANS, 2017).

Diante do exposto, pode-se dizer que o cenário para os trabalhadores de saúde, isto é, para a classe trabalhadora como um todo, é extremamente adverso, complexo, e exige grande capacidade de reflexão teórica para apreendermos as suas implicações e desdobramentos concretos.

Torna-se fundamental, principalmente, a capacitação política dos trabalhadores para estabelecer formas de luta ante as ofensivas do capital, pelo reconhecimento e manutenção dos direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

Torna-se essencial, ainda, a superação da fragmentação e a pulverização das entidades representativas, no sentido do fortalecimento das iniciativas de organização profissional em entidades unitárias, que representem sindicalmente e profissionalmente os diversos grupos especializados de trabalhadores, bem como o desenvolvimento de lutas articuladas que envolvam o conjunto dos trabalhadores e a sociedade de modo geral (PIRES, 2000).

Por fim, consideramos fundamental, portanto, a reflexão acerca do conjunto das profissões de saúde, suas especificidades e a forma como se articulam, contextualizando o debate na complexa realidade política e econômica atual. É necessário atentarmos para as atuais alterações perpetradas pelo processo de reestruturação produtiva e como esse se manifesta no setor da saúde e, sobretudo, as suas consequências para a qualidade da assistência prestada e para as condições/relações de trabalho dos trabalhadores nessa área (PIRES, 2000).

Destarte, considerando o que discutimos até aqui, no capítulo a seguir, apresentaremos os dados coletados em nossa pesquisa empírica, bem como a sua efetiva discussão, a qual será seguida das considerações finais do nosso estudo.

### **3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PRIVADA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Como objetivamos salientar ao longo deste trabalho, analisar a inserção do Serviço Social no âmbito da saúde privada no município do Rio de Janeiro, ao que ficou evidenciado por meio do levantamento que realizamos, é algo pode-se dizer pouco explorado no lastro da produção teórica da profissão. Acredita-se que o tema é pouco debatido na categoria e é, sem dúvida, necessário para a continuidade do amadurecimento teórico e prático da profissão, haja vista o contingente de profissionais da área inseridos nesse espaço sócio-ocupacional.

Desse modo, o presente estudo norteou-se por uma perspectiva crítico - dialética, onde as contradições contidas na realidade em suas tendências, relações e múltiplas determinações foram levadas em conta no ato de se analisar o exercício profissional dos assistentes sociais no âmbito das instituições privadas de saúde selecionadas para a pesquisa.

Objetivamos apreender as demandas/requisições dirigidas ao Serviço Social nestes espaços, em uma perspectiva de totalidade, ou seja, no movimento do real em suas múltiplas dimensões. Entendemos que partindo da base real da história para o desvelamento da realidade, o método materialista histórico-dialético nos possibilita descobrir as relações “entre os processos ocorrentes nas totalidades constitutivas tomadas na sua diversidade e entre elas e a totalidade inclusiva que é a sociedade burguesa” (NETTO, 2011, p.28).

Tal análise, nestes termos, possibilitou-nos captar as estratégias de que lançam mão as profissionais inseridas nesse campo, no seu exercício profissional cotidiano, bem como os desafios presentes à sua atuação. Estas estratégias podem expressar o esforço envidado por estas profissionais em imprimir uma direção social em sua atuação, em um espaço onde as mesmas são conclamadas a envolverem-se nos objetivos da empresa privada de saúde, que tem como objetivo final — como toda empresa capitalista — o lucro advindo da comercialização, no caso específico, de serviços de saúde.

Assim sendo, neste capítulo, apresentaremos os resultados da pesquisa realizada com as profissionais de Serviço Social inseridas em treze instituições de saúde privada (hospitais gerais), no primeiro semestre de 2017. A partir deste estudo, buscamos captar o perfil profissional, as condições/relações em que se processa o trabalho destas profissionais nas instituições, as demandas/requisições que são dirigidas às mesmas, bem como as respostas profissionais, em contrapartida.

O instrumento utilizado para a coleta de dados, constituiu uma entrevista semiestruturada (Apêndice A) composta por perguntas fechadas, que se relacionam ao perfil

profissional das entrevistadas, e abertas, nas quais as participantes poderiam expressar-se livremente.

O número total de profissionais de Serviço Social participantes, representou um montante de dezessete assistentes sociais, distribuídas em treze instituições de saúde privada. O referido montante específico de entrevistadas, foi definido com base na manifestação de interesse das profissionais no que tange à participação na pesquisa.

Dessa maneira, o presente estudo tratou-se de uma pesquisa científica realizada com base em levantamento bibliográfico, documental, na aplicação de entrevistas semiestruturadas e na análise de conteúdo.

Por meio da referida pesquisa, se pretendeu analisar, como exposto desde a introdução desta dissertação, como se processa o trabalho do Serviço Social no âmbito de hospitais gerais privados, as demandas e requisições dirigidas ao Serviço Social e a sua respectiva relação com as competências e atribuições profissionais inscritas na Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8662/1993), o atual Código de Ética do Assistente Social (1993), ou seja, nossa análise considerará como referenciais os elementos que corporificam o atual Projeto Profissional Crítico, chamado no meio profissional de Ético-Político.

Como sabemos, o Projeto Ético-Político do Serviço Social propugna princípios democráticos, progressistas e, portanto, opostos ao ideário neoliberal. Tal Projeto, não obstante polêmicas a esse respeito, é comumente mencionado como hegemônico na profissão e expressa determinados princípios, valores, concepções teóricas, finalidades, que se manifestam, em grande parte, nas referências contidas no atual Código de Ética Profissional, promulgado no ano de 1993 (FORTI, 2010).

Destarte, ressaltamos a relevância desta investigação, em face das alterações por que passa o âmbito do trabalho na contemporaneidade — decorrentes do processo de reestruturação produtiva e contrarreforma do Estado, deflagrado a partir da irrupção na década de 1970 do atual quadro crítico do capital — e, nele, o mercado de trabalho dos assistentes sociais.

Verifica-se que este processo tem repercutido na emersão de requisições dirigidas a estes profissionais, ou seja, no redimensionamento dos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais, suscitando, por conseguinte, a necessidade de sua apreensão à luz da teoria social crítica. Assim, o presente estudo teve por escopo o desvendamento dos rumos que o trabalho profissional tem tomado na atualidade e de suas implicações para a profissão, especificamente, na esfera privada da saúde no município do Rio de Janeiro.

Desse modo, informamos que a pesquisa foi realizada com o consentimento e autorização das direções hospitalares, bem como das chefias de Serviço Social (quando da existência) e que todas as participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo os objetivos da pesquisa, o compromisso da pesquisadora responsável com o sigilo das informações colhidas e a devolução dos resultados obtidos, após analisados. Os referidos termos, depois de lidos, foram assinados pela pesquisadora e pelas profissionais participantes, que receberam uma cópia do documento.

### 3.1. Caracterização do campo de pesquisa

O município do Rio de Janeiro possui importância política e econômica consideráveis, que se manifestam indiscutivelmente na área da saúde. Com uma população estimada em 16.737.367 habitantes em 2017 (IBGE) e uma área de 1.200,278 km<sup>2</sup>, o Rio de Janeiro possui, de acordo com informações coletadas no DataSus (2017), ao todo, 8.357 estabelecimentos de saúde,<sup>37</sup> públicos e privados, a maior concentração em todo o Estado, seguido dos municípios de Niterói (1872); Campos de Goytacazes (974); Nova Iguaçu (859), São Gonçalo (814) e Macaé (741).

No que se relaciona aos estabelecimentos de saúde de tipo “hospital geral”,<sup>38</sup> *locus* de nossa pesquisa, constam com inscrição ativa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualmente, 119 hospitais, dos quais cerca de 70% são privados — 83 estabelecimentos privados para 36 públicos (incluídos Hospitais Municipais, Federais e Universitários).

A seleção desse tipo de estabelecimento para o nosso estudo, se deu, especificamente, a partir de levantamento que realizamos, onde verificamos o expressivo quantitativo de

---

<sup>37</sup>Os quais referem-se, respectivamente a: Posto de saúde (3); Centro de Saúde/Unidade Básica (281); Policlínica (71); Hospital geral (118); Hospital especializado (65); Unidade mista (1); Pronto-socorro geral (8); Pronto-socorro especializado (2); Consultório isolado (5093); Clínica/centro de especialidade (1827); Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado) (551); Unidade móvel terrestre (6); Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência (66); Farmácia (2); Unidade de vigilância em saúde (23); cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores na saúde (2); Centro de parto normal – isolado (1); Hospital/dia – isolado (18); Central de gestão em saúde (12); Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica (9); Centro de atenção psicossocial (34); Pronto atendimento (33); Telessaúde (1); Central de regulação médica das urgências (1); Serviço de atenção domiciliar isolado (*homecare*) (29); Oficina ortopédica (1); Laboratório de saúde pública (11); Central de regulação do acesso (4); Central de notificação (1); Captação e distribuição de órgãos estadual (1); Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde (1) (DATASUS, 2017).

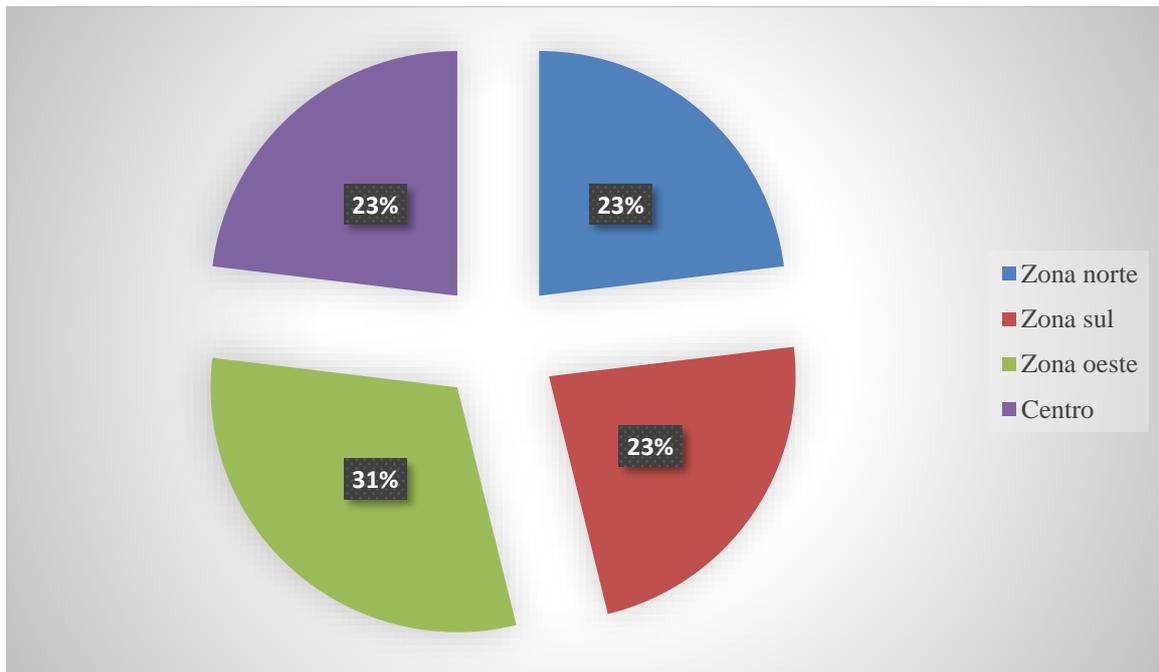
<sup>38</sup>Segundo o DataSus (2017), o tipo de estabelecimento “hospital geral” é aquele destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de Serviço de Apoio à Diagnóstico e Terapia, ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) de média complexidade. Pode possuir ou não um Sistema Integrado de Patrimônio (SIPAC).

assistentes sociais inseridas nesse tipo de estabelecimento — se comparado a outros, como policlínicas, clínicas especializadas e prontos-socorros, por exemplo —, não obstante o importante número de profissionais que atuam também no âmbito de Operadoras de Planos de Saúde, aspecto que temos interesse em aprofundar em pesquisas futuras.

Dessa maneira, a partir do levantamento preliminar que envidamos, aferimos que dos 83 hospitais gerais privados referidos, cerca de 62% possui assistentes sociais em seus quadros funcionais, isto é, 51 instituições. Dentre estes profissionais, dezessete — que se encontram distribuídas em treze instituições hospitalares —, sinalizaram o interesse e efetivamente participaram de nosso estudo.

Destarte, o universo da pesquisa constitui o montante de treze instituições de saúde privada, isto é, treze hospitais gerais situados no município do Rio de Janeiro, nos quais nossas entrevistadas encontram-se inseridas. Com relação à localização das referidas instituições, sua distribuição geográfica se divide da seguinte maneira (Gráfico 06):

Gráfico 06 – Distribuição geográfica das instituições hospitalares selecionadas



Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Em decorrência da exigência de sigilo, relativa a qualquer tipo de identificação das instituições, buscaremos caracterizá-las tendo em vista a sua devida preservação. Destacamos, também, a escassez das informações referentes à rede hospitalar privada no Rio de Janeiro, o que nos impeliu à busca de informações acerca dos hospitais que compõem nosso universo de

pesquisa, sobretudo no sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como nos sítios específicos destas empresas de saúde.

Há um número reduzido de informações acerca das referidas unidades hospitalares, todavia, buscaremos sistematizar a totalidade das informações colhidas.

Desse modo, podemos referir, inicialmente, que das treze instituições (hospitais gerais) privadas estudadas, 38%, segundo a classificação do Ministério da Saúde (MS), são consideradas de pequeno porte, isto é, constituem unidades hospitalares com capacidade de até 50 leitos.

Já o quantitativo de 31% dos hospitais selecionados é considerado de médio porte, apresentando capacidade de 51 a 150 leitos. Apenas 31% das instituições podem ser classificadas como de grande porte, ou seja, que apresentam capacidade operacional de 151 a 500 leitos (Gráfico 07).

As supracitadas instituições, ainda, foram inauguradas em períodos bastante diversos, estando estes compreendidos entre os anos de 1870 a 2011 (Gráfico 08).

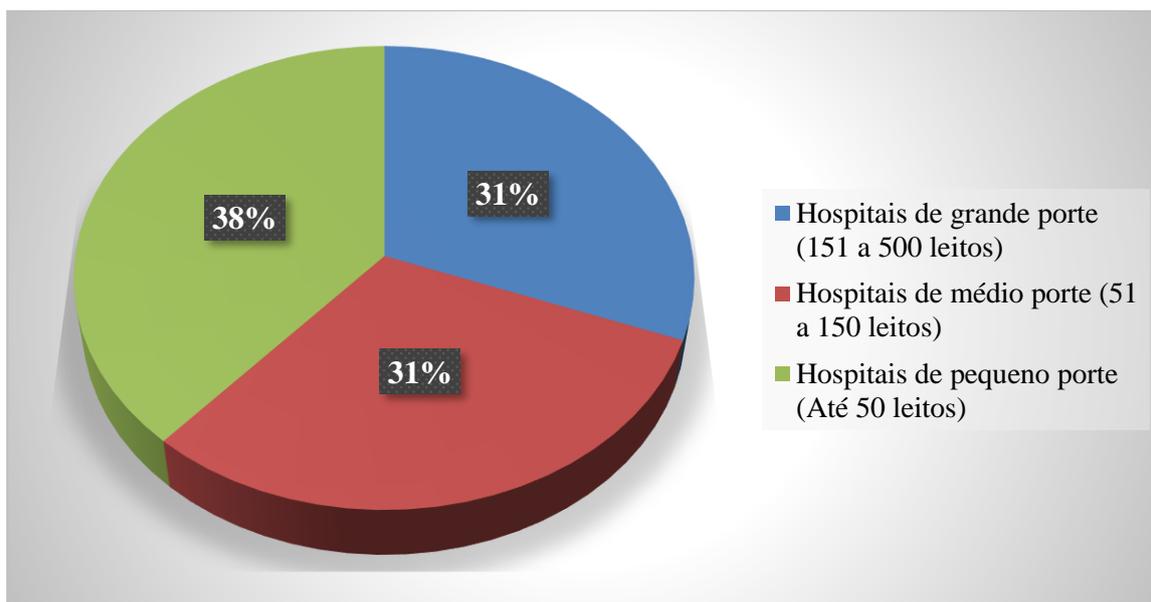
Doze das instituições possuem como esfera administrativa o âmbito municipal e, apenas uma, estadual. Averiguamos, também, que nenhuma das instituições conta com atividades de ensino — isto é, unidade universitária, unidade escolar superior isolada e unidade auxiliar de ensino.

Quanto à natureza jurídica dos referidos estabelecimentos, seis instituições declaram constituírem-se Associações Privadas; duas, Sociedades Anônimas Fechadas; uma, Fundação Privada; três, Sociedades Empresariais Limitadas e uma, Empresa individual de Responsabilidade Limitada (Gráfico 09). Três das instituições prestam atendimento de média complexidade, quatro, de alta complexidade, e seis, respectivamente, de média e alta complexidade.

Com relação à terceirização dos serviços hospitalares das referidas unidades: 24% contam a terceirização do serviço de lavanderia; 21% de manutenção de equipamentos; 13% de ambulância; 13% de laboratório; 11% nutrição e dietética; 5% hemoterapia; 5% centro de esterilização de materiais; 5% serviço de pronto-socorro e 3% de tratamento dialítico (Gráfico 10).

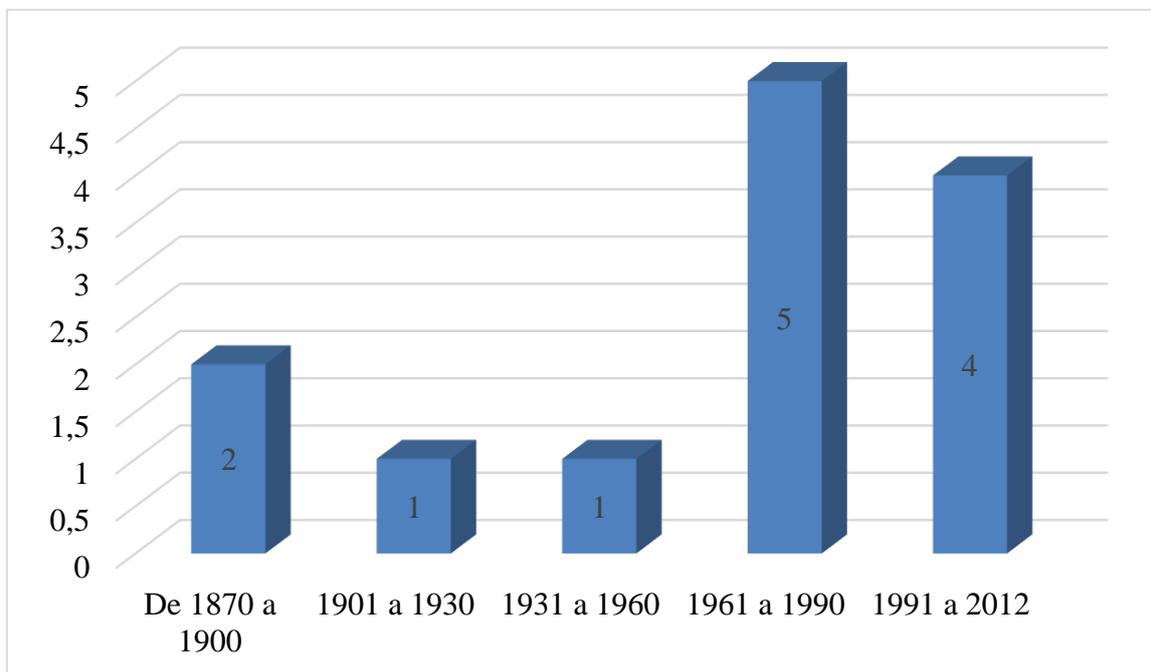
Quanto ao corpo de trabalhadores, quatro das instituições possuem menos de 100 profissionais em seus quadros funcionais; três, até 150 profissionais; duas, de 150 a 200 trabalhadores e quatro hospitais, apresentam corpo profissional que abrange de 400 a 1130 trabalhadores (Gráfico 11).

Gráfico 07 – Capacidade operacional dos hospitais (porte hospitalar)



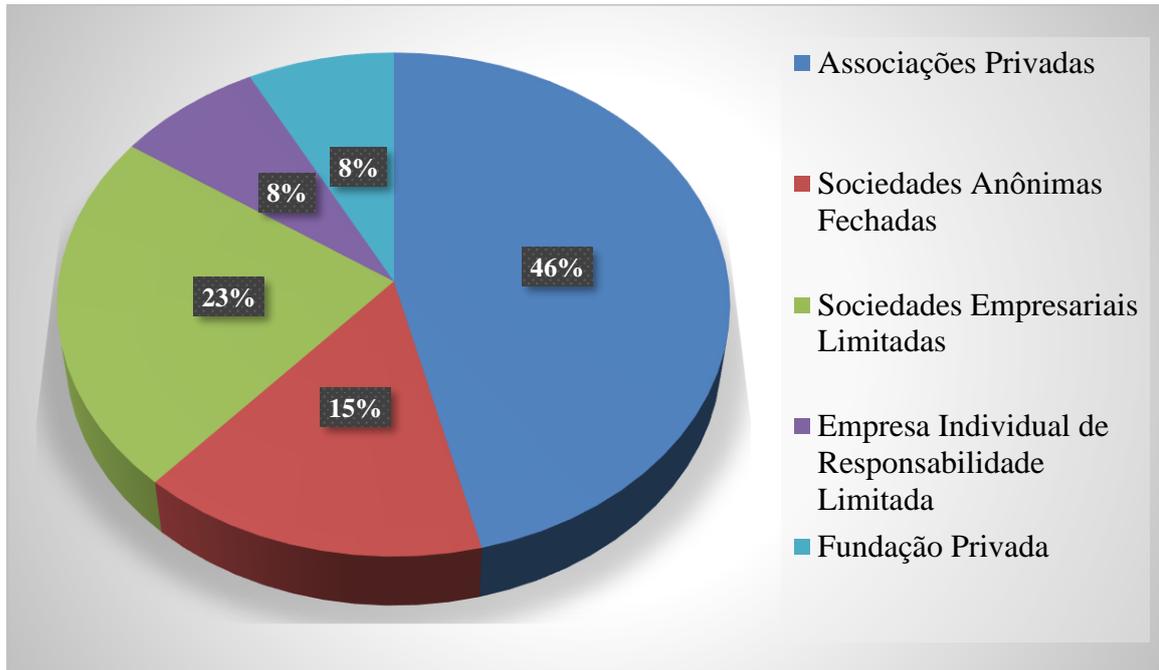
Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Gráfico 08 – Década de inauguração das unidades hospitalares



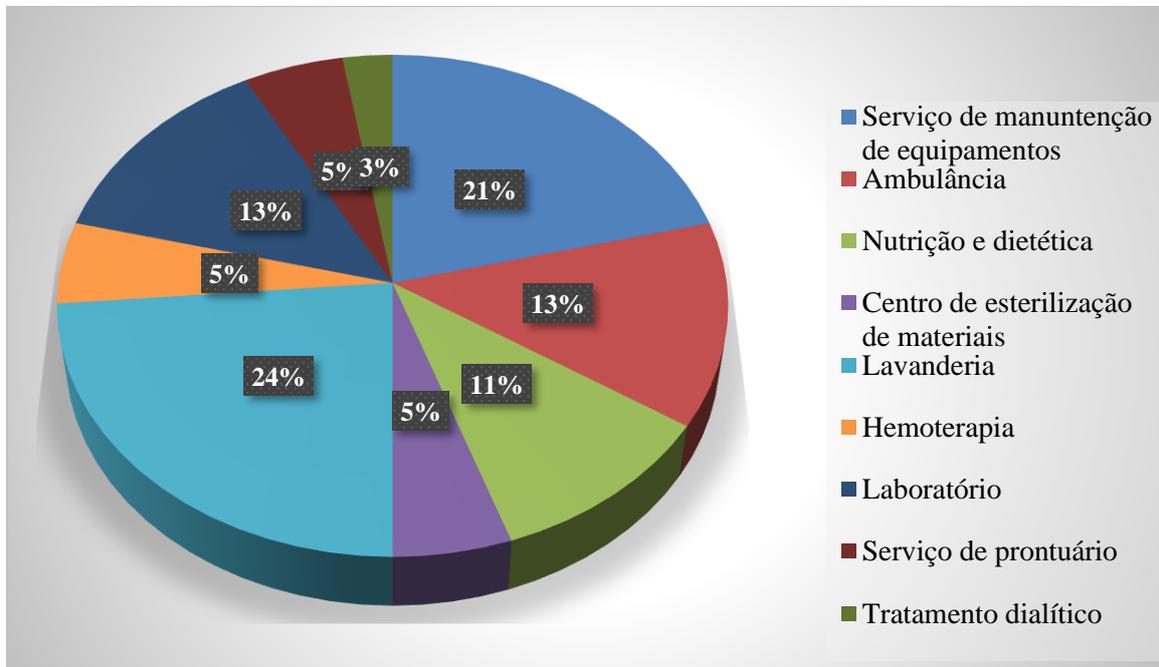
Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Gráfico 09 – Natureza jurídica das instituições hospitalares



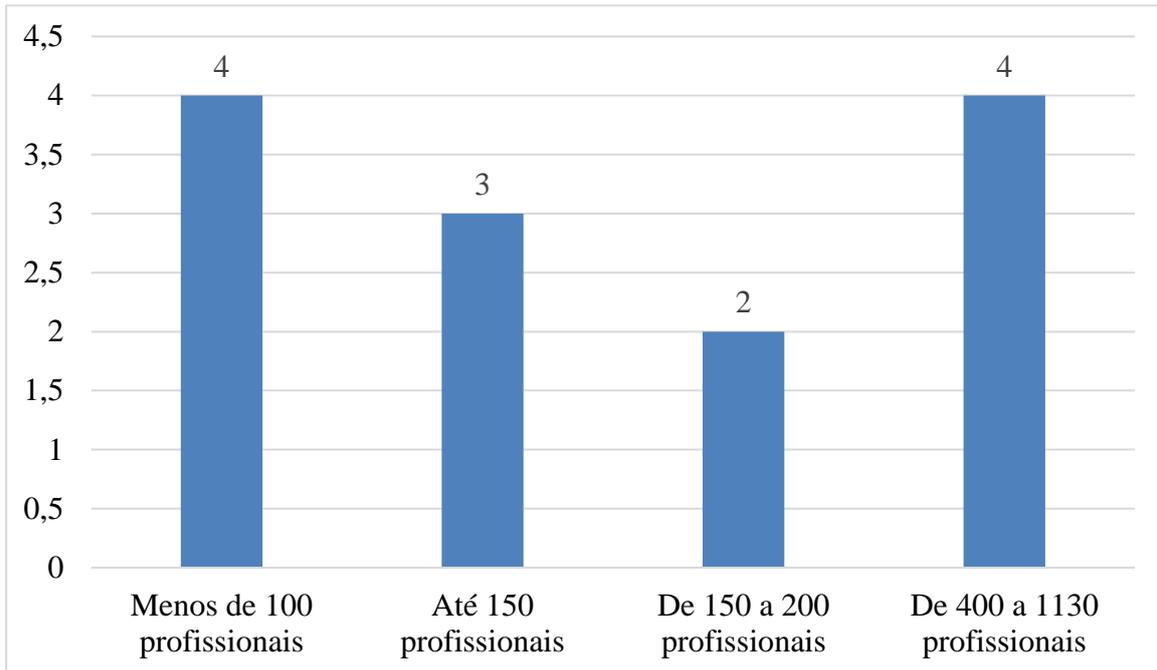
Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Gráfico 10 – Terceirização dos serviços nas instituições hospitalares



Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Gráfico 11 – Contingente total de profissionais das unidades hospitalares



Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Salientamos que das treze instituições analisadas, apenas duas são membras associadas titulares da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANHP), que exige como requisitos: que os hospitais sejam privados com ou sem fins lucrativos; não sejam administrados por operadoras de saúde; possuam 60% ou mais do seu faturamento bruto originado da Saúde Suplementar; e que tenham obtido acreditação<sup>39</sup> de excelência, por intermédio da Organização Nacional de Acreditação — nível III (ONA), *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO), *Joint Commission International* (JCI) e *Accreditation Canada International* (ACI).

A esse respeito, cabe sinalizar que para os hospitais privados é relevante obter uma acreditação estrangeira, tendo em vista que almejam ampliar seus mercados e aumentar os lucros. O fenômeno da globalização, associado ao movimento do “turismo de saúde”,<sup>40</sup> que demanda a compra de serviços bem estruturados pelos consumidores, além de empresas multinacionais que movimentam seus trabalhadores por diversos países, pressionam os hospitais para que cumpram os padrões legitimamente sancionados por agências

<sup>39</sup>A acreditação corresponde a uma metodologia de avaliação externa, utilizada internacionalmente, voltada às áreas de saúde e educação, constituindo, portanto, um diferencial competitivo entre as empresas.

<sup>40</sup>Para o Godoi (2009), trata-se dos deslocamentos regionais e internacionais de pacientes em busca de tratamento médico, hospitalar ou espiritualistas, que objetivem a recuperação da saúde ou a busca do bem-estar.

internacionais, uma vez que se infere que isto facilitará a venda de serviços médico-assistenciais.

Apenas duas das instituições estudadas — as quais se configuram unidades de grande porte — possuem certificados de acreditação hospitalar. Uma delas, inclusive, detém a certificação pelo selo Diamante da *QMentum*, metodologia internacional da *Accreditation Canada*, uma das mais requisitadas empresas de acreditação do mundo. Enquanto a outra, iniciou o processo de acreditação em 2006, tornando-se acreditada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) (nível III) em 2007, pela Certificação Internacional do modelo *Accreditation Canada* em 2008, e pela acreditação internacional *Qmentum* no nível Diamante, no ano de 2014.

Há, ainda, uma terceira instituição que se encontra em processo de obtenção da acreditação. A referida unidade hospitalar, teve, recentemente, todos os protocolos e fluxos redesenhados e documentados de acordo com os padrões internacionais. O objetivo é que em pouco tempo a unidade se habilite a receber o certificado de qualidade da *Joint Commission International* (JCI).

Outro aspecto relevante a se destacar acerca do perfil dos hospitais, é que há duas das instituições (de médio porte) que possuem planos de saúde próprios — ainda que os mesmos detenham uma rede de assistência restrita e ofereçam como hospital de internação, apenas o seu próprio. Tais planos de saúde, pode-se dizer que apresentam um perfil “popular”, isto é, mensalidades com valores menores, compatíveis com os serviços que geralmente são mais restritos, se comparados aos planos oferecidos pelas grandes operadoras de saúde.

Vale destacar que observamos certa tendência entre a maioria dos hospitais, da predominância do que se denomina de “corpo clínico aberto”,<sup>41</sup> isto é, tal como referimos na última seção do Capítulo 2, que se configura a prestação de serviços autônomos no hospital, no qual os profissionais (sobretudo, médicos) atendem seus pacientes na unidade hospitalar, sem qualquer vinculação trabalhista com a mesma, recebendo seus honorários diretamente de seus clientes.

Há outro aspecto de extrema relevância a se destacar quanto ao perfil dos hospitais aqui tratados, correspondendo ao fato de que quatro deles detêm a certificação de “Entidades Benéficas de Assistência Social” (CEBAS), regulamentada pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 e pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014. Tal certificação isenta as empresas das contribuições para a Seguridade Social, em troca da prestação de um percentual

---

<sup>41</sup>Segundo definição do Ministério da Saúde (1983), é o hospital que, mesmo tendo corpo clínico estruturado, permite, a qualquer profissional médico habilitado, internar e tratar seus pacientes de modo autônomo.

de seu atendimento em serviços filantrópicos à população, nas áreas da Saúde, Assistência Social e Educação. Assim, verificamos a existência de projetos filantrópicos nas referidas instituições analisadas, os quais se relacionam aos pressupostos contidos nas supracitadas legislações e onde as assistentes sociais são também conclamadas a atuar.

Por fim, deve-se salientar que duas outras instituições hospitalares (médio e grande porte), ainda que não detenham a certificação supracitada, possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), respectivamente, na área de hemodiálise (clínica satélite) e de transplantes renais e hepáticos — realizando, inclusive, um expressivo quantitativo dos transplantes renais do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado do Rio de Janeiro —, dado que corrobora com a premissa da ampla privatização deste tipo de procedimento;<sup>42</sup> atendimento a pacientes psiquiátricos e na área de geriatria.

Verificamos, finalmente, que dois dos hospitais analisados possuem, ainda, Organizações Sociais (OS) vinculadas ao seu Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), a qual é propalada por uma delas (de grande porte), ironicamente, como um suposto “reforço do carisma em atender os pobres.”

Dando prosseguimento ao estudo, a seguir, explicitaremos os dados coletados acerca das características que conformam o perfil profissional das entrevistadas.

### **3.2. O perfil profissional das entrevistadas**

Desse modo, concluídos os argumentos preliminares e iniciando as considerações acerca do trabalho profissional nos hospitais gerais privados no município do Rio de Janeiro, esclarecemos que após contato inicial telefônico/e-mail com as chefias/coordenações do Serviço Social das instituições selecionadas para a pesquisa, para expor os objetivos da mesma e solicitar autorização para a sua realização e reunião junto às Coordenações e profissionais das equipes (intraprofissionais) quanto à realização do estudo, envidamos o agendamento oportuno das entrevistas com as profissionais.

As entrevistas obedeceram à marcação de local, data e horário previamente definidos com as assistentes sociais, foram baseadas em roteiro preestabelecido e gravadas em dispositivo de gravação de telefone móvel, possibilitando às entrevistadas não apenas

---

<sup>42</sup>Ver mais em: ASSIS, Andréia. Privatização e reordenamento da política de transplantes no Estado do Rio de Janeiro. In: A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde. FAPERJ. 2015.

responder às perguntas, mas realizar comentários, se isso lhes conviesse, o que visava a facilitar nosso entendimento acerca de sua perspectiva.

Ademais, desde o primeiro contato com as profissionais, deixamos claros nossos objetivos e nosso compromisso com o absoluto sigilo, obtendo autorização por escrito por meio de Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) para a utilização dos dados, salvaguardando aspectos relativos à identificação pessoal ou institucional. Dessa forma, a exposição de quadros, gráficos ou trechos das transcrições das entrevistas é feita de um modo que não possibilite a identificação.

Dessa maneira, a partir desse momento, para considerarmos os dados coletados com as entrevistas, iniciaremos pelos obtidos por meio de perguntas referentes ao perfil profissional e à formação (trata-se do primeiro e segundo bloco de perguntas), para após, discutirmos as questões relativas ao exercício profissional e ao Serviço Social (em um terceiro e quarto bloco de perguntas), seguindo a ordenação do roteiro de perguntas.

Como mencionamos, entrevistamos o total de dezessete assistentes sociais, que atuam em treze instituições de saúde privada, localizadas no município do Rio de Janeiro. As instituições localizam-se, como já referimos, respectivamente, na zona norte (03), centro da cidade (03), zona oeste (04) e zona sul (03).

No que se relaciona à faixa etária das profissionais entrevistadas, pode-se dizer que sobressai a faixa etária de 30 a 50 anos e todas são do gênero feminino. Este dado parece coadunar-se com aquele aferido na pesquisa “Assistentes sociais no Brasil: Elementos para o estudo do perfil do assistente social”, publicada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) no ano de 2005, que confirma uma tendência histórica da profissão, isto é, que ratifica que a categoria das (os) assistentes sociais, ainda é predominantemente feminina, contando, segundo os dados desta pesquisa, com apenas 3% de homens para 97% de mulheres:

Situamos, nesse sentido, a condição de gênero que determina a constituição dessa força de trabalho, imprimindo-lhe um cariz de subalternidade possível de ser referido tanto ao campo da própria condição da mulher no interior de nossa sociedade, acentuadamente machista e patriarcal, como à inscrição do Serviço Social no elenco das chamadas profissões liberais, reforçando, assim, um sentimento, ainda muito frequente, de menor valia da própria profissão (ALMEIDA, 1996, p.40).

Dessa maneira, pode-se afirmar que a referida condição de gênero atribuiu marcas ao processo de proletarização da profissão, à constituição do campo ideopolítico de referência para a atuação profissional e ao processo de reprodução dessa força de trabalho (ALMEIDA, 1996). Soma-se a esse quadro o fato de a própria força de trabalho na área da saúde, nosso campo empírico de pesquisa, constituir-se, essencialmente, de mulheres: “No setor de saúde, a

participação feminina chega a quase 70% do total, com 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior, chegando a 74% nos estratos profissionais de níveis médio e elementar” (WERMELINGER *et alli*, 2010, p. 3-4)

No que tange à formação profissional, as profissionais entrevistadas se formaram em instituições públicas e privadas, em sua maioria — isto é, 70% delas —, em cursos noturnos, em períodos diversos que vão desde 1980 a 2013 (Quadro 01).

A maioria das profissionais pôde identificar a corrente teórico-metodológica hegemônica na instituição em que se graduou — 53% Marxismo, 12% Funcionalismo, 6% Fenomenologia e 30% não pôde identificar —, o que representa captar diferenças teóricas e político-ideológicas nos rumos da formação profissional (Quadro 02).

Oito das profissionais entrevistadas não se limitaram ao curso de graduação em Serviço Social; duas concluíram graduação em Direito; uma, MBA em Gestão de Recursos Humanos, cinco realizaram especialização *lato sensu*, respectivamente, na área da Saúde, Serviço Social e Planejamento e Recursos Humanos, mas apenas uma realizou especialização *stricto sensu*, tendo realizado o mestrado em Serviço Social em uma instituição privada. Uma das profissionais, ainda, nos informou possuir uma certificação em ouvidoria, obtida em um curso realizado no Estado de Santa Catarina (Quadro 03).

Quadro 01 – Formação profissional das assistentes sociais dos hospitais gerais privados do município do Rio de Janeiro:

Ordem	Instituição Pública ou Privada	Horário do Curso	Ano de conclusão
A	Pública	Diurno	2012
B	Privada	Noturno	1984
C	Privada	Noturno	1986
D	Pública	Noturno	2009
E	Privada	Noturno	1988
F	Privada	Vespertino	1984
G	Privada	Noturno	1981
H	Privada	Noturno	2013
I	Pública	Vespertino/noturno	2011
J	Pública	Diurno	2010
K	Privada	Noturno	2003
L	Privada	Noturno	1980
M	Privada	Diurno	1985
N	Pública	Noturno	2009
O	Pública	Noturno	2007
P	Privada	Noturno	1984
Q	Privada	Diurno	1987

Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Quadro 02 – Identificação da corrente teórico-metodológica hegemônica nas instituições que as assistentes sociais dos hospitais gerais privados do município do Rio de Janeiro concluíram a graduação em Serviço Social:

Ordem	Corrente teórica/metod.
A	Marxismo
B	Marxismo
C	Não identificou
D	Marxismo
E	Funcionalismo
F	Funcionalismo
G	Não identificou
H	Não identificou
I	Marxismo
J	Marxismo
K	Fenomenologia
L	Marxismo
M	Marxismo
N	Marxismo
O	Marxismo
P	Não identificou
Q	Não identificou

Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Quadro 03 – Tipo de titulação concluída, além da graduação em Serviço Social:

Nº de assistentes sociais	Tipo de Titulação	Instituição
01	Especialização <i>lato sensu</i> em Gestão em Saúde	Pública
02	Graduação em Direito	Privada
01	Mestrado em Comunidade	Privada
01	MBA em “Gestão de Recursos Humanos”	Privada
01	Especialização <i>lato sensu</i> em Administração Hospitalar	Privada
01	Especialização <i>lato sensu</i> em Planejamento e Supervisão em Serviço Social	Privada
02	Especialização <i>lato sensu</i> em Gestão de Recursos Humanos	Privada
01	Certificação em Ouvidoria	Privada

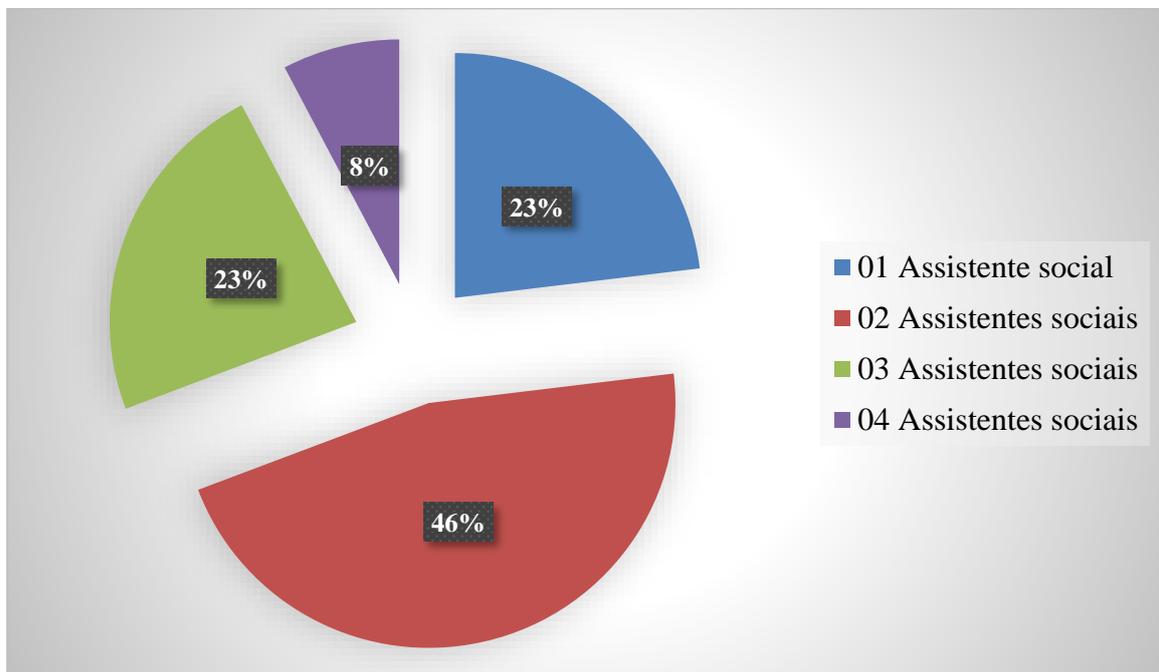
Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Obs.: Além dos cursos concluídos e ora citados, duas entrevistadas referiram estarem cursando uma Especialização *lato sensu* em Recursos Humanos, além de outras três terem iniciado, porém não terem concluído as especializações, nas áreas de Geriatria/Gerontologia, Saúde e Saúde da Família.

Como explicitamos anteriormente, indagamos aspectos diretamente vinculados ao exercício profissional e ao Serviço Social em um terceiro e quarto bloco de perguntas às entrevistadas. Tais aspectos serão discutidos a partir daqui. Desse modo, após breve comentário dos dados que serão expostos por meio de gráficos e quadros, a título de organização, iremos numerar as demais questões, partindo do número 4.1, ou seja, representação do segundo bloco (nº4) e da primeira pergunta da sequência (nº1).

Todas as entrevistadas informaram possuir vínculo funcional de natureza celetista com as instituições em que trabalham. Como podemos averiguar no Gráfico 12, apresentado adiante, as equipes de assistentes sociais atuantes nesses espaços, ao que nos foi relatado, são bem reduzidas, variando o número de profissionais de uma a no máximo quatro para toda a instituição — 46% contam com duas profissionais, 23% respectivamente, com uma e três profissionais e 8% contam com quatro assistentes sociais —, que como já mencionamos, são hospitais gerais e que contam, na maioria das vezes, com centros de tratamento intensivo (CTIS), unidades de emergência e de internação, além de ambulatórios (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Contingente de assistentes sociais por unidade hospitalar



Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Como também se pode constatar, o Gráfico 13 nos demonstra que, majoritariamente, as entrevistadas encontram-se na faixa média de onze a vinte e cinco anos de tempo de trabalho como assistentes sociais (Gráfico 13). Outrossim, o tempo de trabalho nas

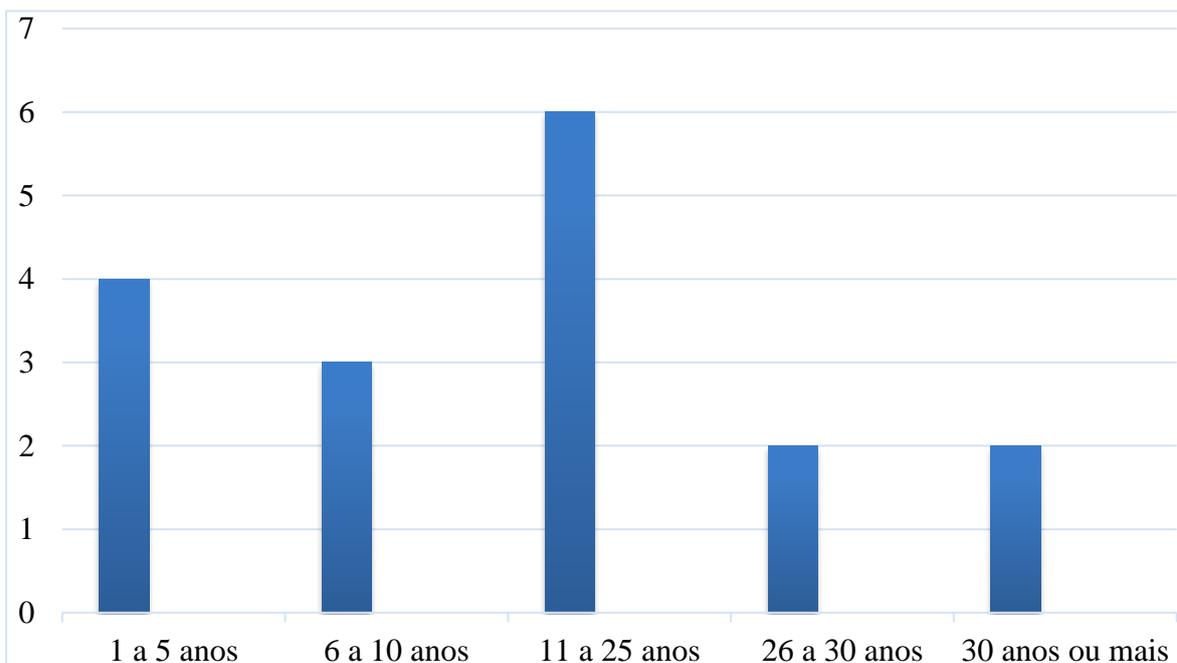
instituições em questão, apresenta variação de um a trinta e dois anos (Quadro 04). Chamou-nos a atenção, particularmente, o tempo de trabalho de duas das entrevistadas nas unidades em que atuam, correspondendo à 30 e 32 anos. Não obstante o longo tempo de inserção dessas profissionais neste campo, reiteramos a escassez de produções acerca dessa temática no âmbito profissional. Nesse sentido, pode-se afirmar que:

A razão dialética pressupõe alimentação e retroalimentação contínua entre o fazer e o refletir, o teorizar e o praticar, o pensar e o agir. Nossa prática profissional, a dimensão interventiva da profissão, entendemos ser um elemento de contínuo e denso debruçar-se sobre essas dimensões. Secundarizar a mesma, como a categoria vem demonstrando, nas construções teóricas ultimamente, nos parece temerário, tendo em vista o fortalecimento intelectual e reflexivo dessa própria prática. Não nos parece que podemos mais nos furtar a esse debate (COUTO; TORRES, 2017, p.10).

Apenas quatro das profissionais afirmaram participar atualmente de entidades da categoria profissional — Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e duas, respectivamente, também participam do Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro (SASERJ).

Duas outras profissionais, embora tenham informado não participar de entidades da categoria profissional, mencionaram, no entanto, exercer participação no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), enquanto outra profissional informou ter participado do referido Conselho há quatro anos (Quadro 05).

Gráfico 13 – Tempo de trabalho das profissionais como assistentes sociais



Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Quadro 04 – Tempo de trabalho das assistentes sociais nos hospitais gerais privados no município do Rio de Janeiro:

Ordem	Ano de admissão na instituição	Tempo na unidade
A	2016	01 ano
B	2011	06 anos
C	1985	32 anos
D	2016	01 ano
E	1999	18 anos
F	2009	08 anos
G	1993	24 anos
H	2013	04 anos
I	2011	06 anos
J	1986	31 anos
L	2008	09 anos
M	2013	04 anos
N	2003	14 anos
O	1991	26 anos
P	1985	32 anos
Q	2012	05 anos

Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Quadro 05 – Participa (ou) de alguma entidade da categoria profissional dos assistentes sociais ou outra entidade representativa:

Ordem	Resposta	Entidade	Tempo
A	Não	-	-
B	Sim	CRESS	Participa há 1 ano
C	Sim	CRESS/SASERJ	Participa há 15 anos
D	Sim	CRESS/SASERJ	Participa há 10 anos
E	Sim	CRESS	Participa há 9 anos
F	Sim	CMAS	Participa há 5 anos
G	Sim	CMAS	Participa há 7 anos
H	Sim	CMAS	Participou há 4 anos
I	Não	-	-
J	Não	-	-
L	Não	-	-
M	Não	-	-
N	Não	-	-
O	Não	-	-
P	Não	-	-
Q	Não	-	-

Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Das dezessete assistentes sociais entrevistadas, doze referiram terem participado de eventos da categoria profissional nos últimos cinco anos, o que representa um quantitativo significativo, correspondendo a cerca de 71% das profissionais (Gráfico 14). Com relação à carga horária do contrato de trabalho, dezesseis informaram cumprir trinta horas semanais e somente uma profissional, relatou cumprir a carga horária de quarenta horas semanais (Gráfico 15). Dezesseis entrevistadas explicitaram terem sido contratadas como assistentes sociais (30 horas), enquanto uma, como ouvidora (40 horas) (Gráfico 16). Quanto à distribuição da carga horária de trabalho semanal, duas assistentes sociais informaram serem plantonistas (plantões de 12x36 e 3x10) e quinze diaristas (Gráfico 17).

No que tange ao desenvolvimento de atividades de supervisão de estagiários (as) de Serviço Social, somente 18% das entrevistadas informou desenvolver atividades de supervisão em seus espaços de trabalho; 12% referiu já ter desenvolvido esta atividade no passado; e 70% afirmou não possuir campo de estágio (Gráfico 18). Entre os motivos destacados para tal, as profissionais citaram: o fato de que as direções das instituições obstam a possibilidade de abertura de campos de estágio, em virtude dos custos com transporte, alimentação e bolsa para os alunos, a sobrecarga de trabalho e a escassez de tempo, como fatores impeditivos para o desenvolvimento desta atividade.

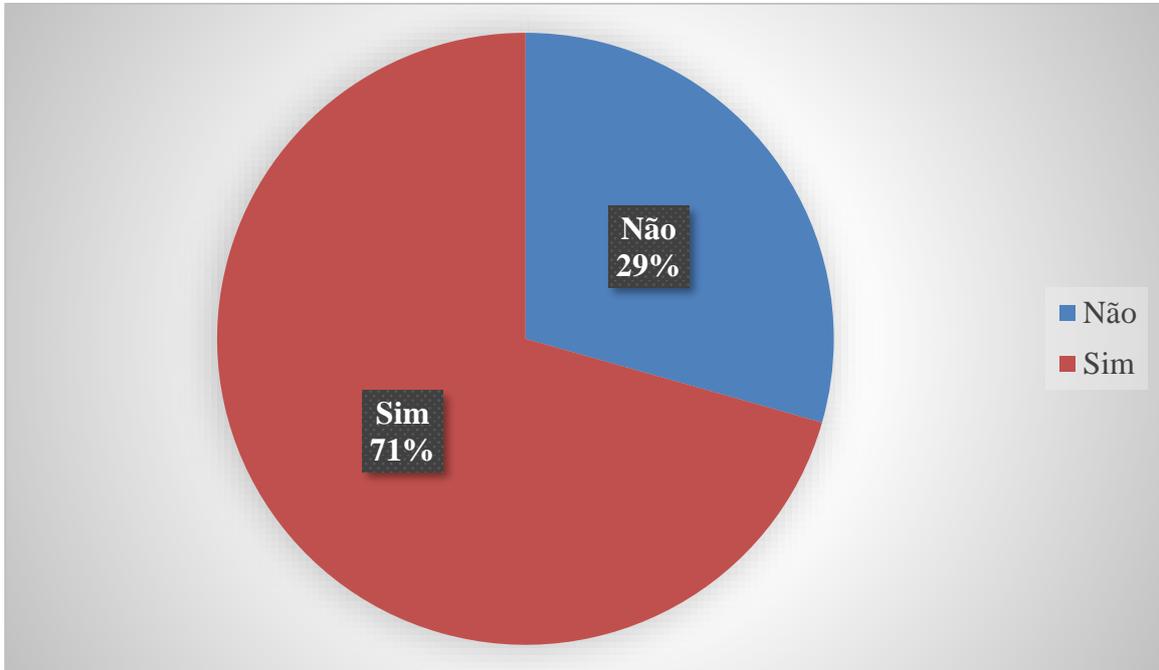
No que se relaciona à atuação profissional em áreas anteriores de trabalho, 31% das entrevistadas informaram terem trabalhado, respectivamente, na Política de Assistência Social (Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)) e organizações não governamentais (ONGs) e 31% em outros hospitais privados. O percentual de 19% das assistentes sociais informou ter atuado, respectivamente, em empresas privadas de telecomunicação, construção civil e ramo alimentício, e outros 19% mencionou ter atuado em operadoras de planos de saúde (Gráfico 19).

Com relação aos níveis de satisfação das profissionais com o trabalho desenvolvido nas instituições, podemos dizer que, majoritariamente, isto é, quinze das assistentes sociais (88%) afirmaram estarem satisfeitas com o trabalho realizado, para duas outras (12%) que mencionaram estarem insatisfeitas com o trabalho nas instituições.

Entre os principais motivos de insatisfação elencados, estão: o baixo reconhecimento profissional, baixos salários, a falta de autonomia profissional e a realização de atividades que não constam como atribuições e competências do Serviço Social na área da Saúde — ex.: informação de altas, trabalho com o setor de documentação médica e guardar os pertences dos familiares no horário das visitas —, conforme referendado pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS).

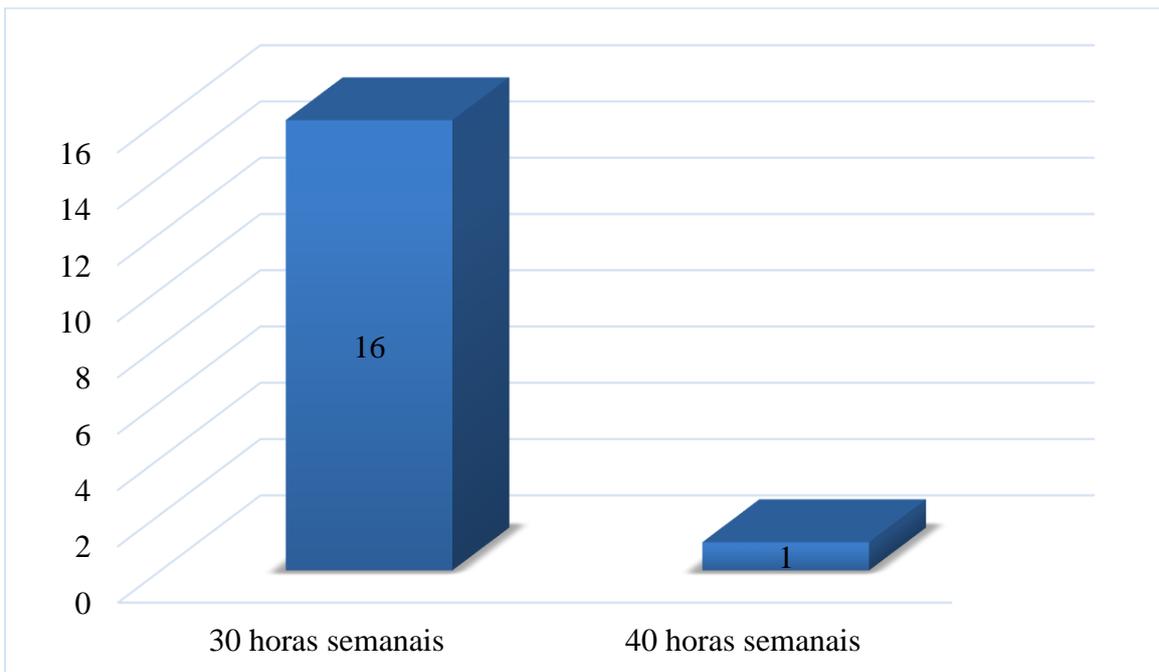
Gráficos 14, 15, 16, 17, 18 e 19 referentes às assistentes sociais dos hospitais gerais privados do município do Rio de Janeiro:

Gráfico 14 – Participação em eventos da categoria profissional nos últimos 05 anos



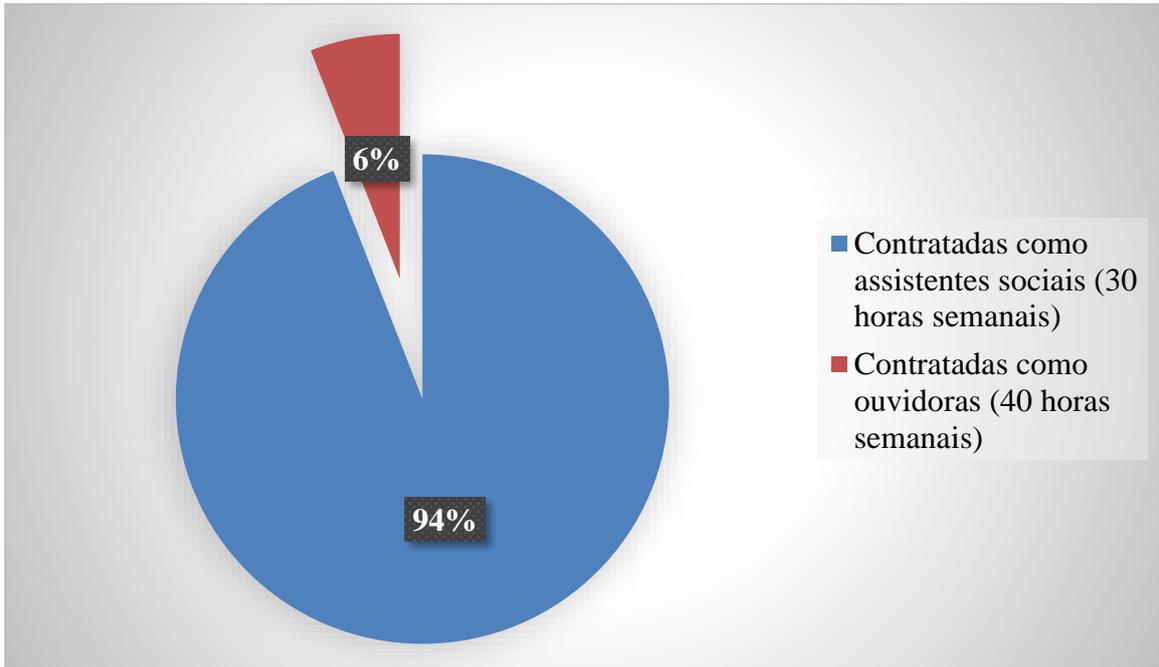
Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Gráfico 15 – Carga horária do contrato de trabalho



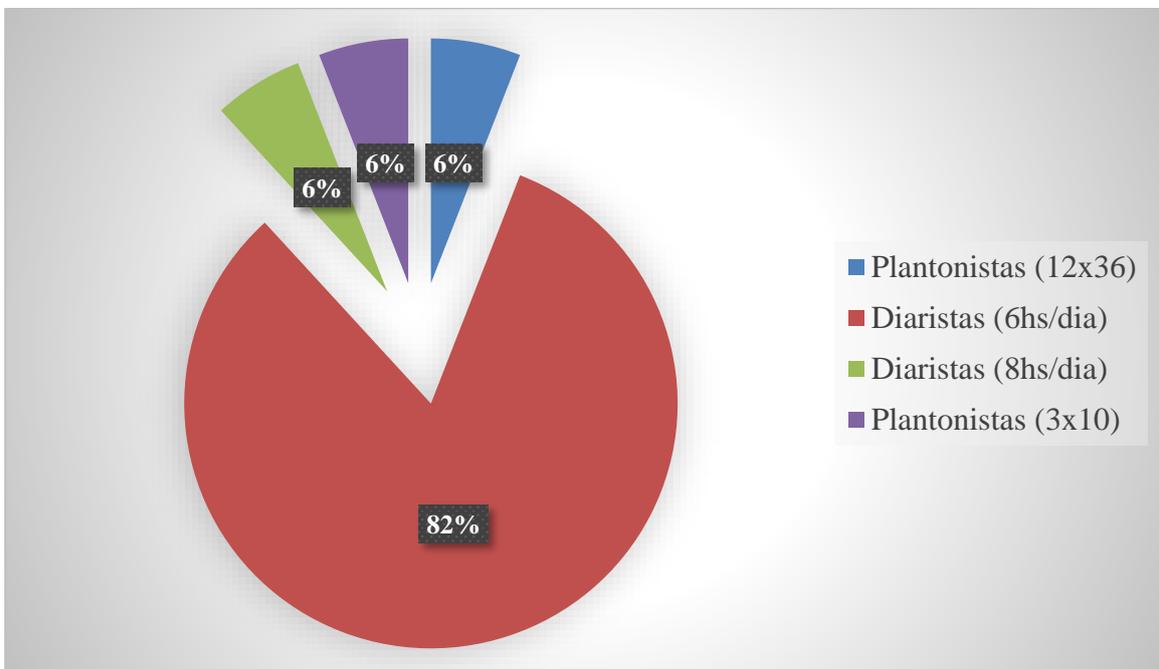
Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Gráfico 16 – Categoria profissional de contratação/Carga horária semanal de trabalho



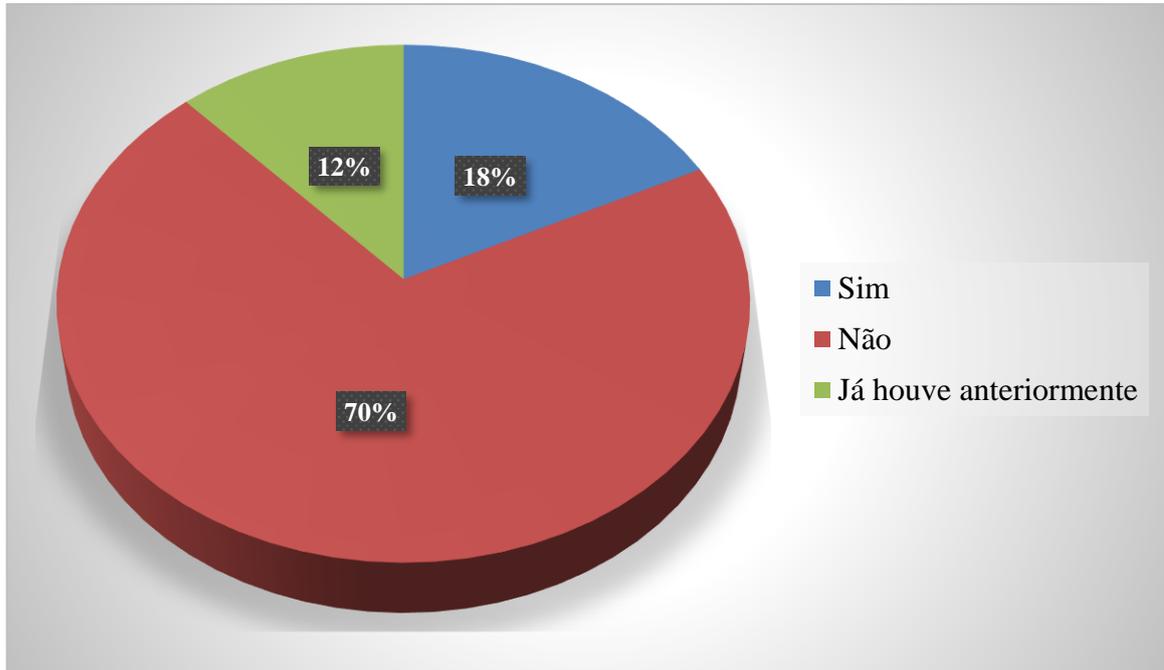
Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Gráfico 17 – Distribuição da carga horária semanal



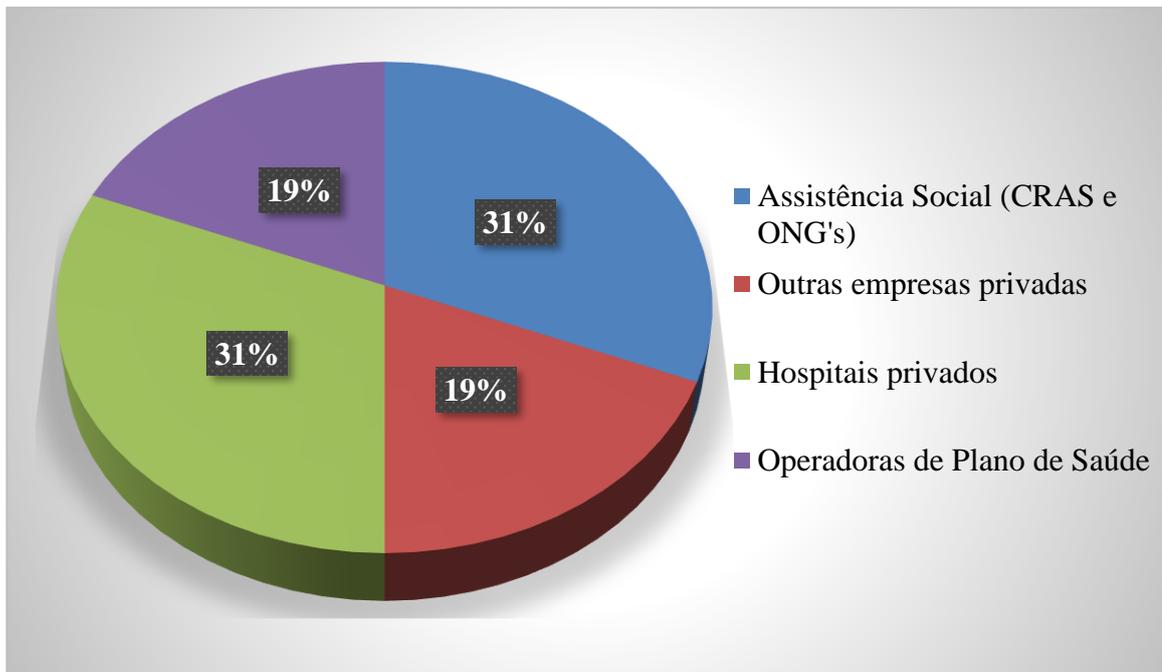
Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Gráfico 18 – Existência de campos de estágio em Serviço Social nas instituições



Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

Gráfico 19 – Áreas de atuação profissional anteriores



Fonte: Dados da pesquisa realizada por Nayara M Lomiento no 1º semestre de 2017, para confecção de sua dissertação de mestrado.

### 3.2.1 Considerações acerca do trabalho do assistente social nos hospitais gerais privados no município do Rio de Janeiro

Dando prosseguimento à explanação dos dados obtidos a partir das entrevistas, a título de organização, iremos numerar as demais questões (bloco de perguntas sobre o exercício profissional no campo específico), partindo do número 4.1, ou seja, representação do quarto e último bloco(nº4) e da primeira pergunta da sequência (nº1):

4.1. Quando indagadas acerca da razão de terem ido trabalhar nos hospitais privados em questão, chamou-nos atenção, particularmente, em grande parte das respostas dadas pelas profissionais, o modo como se deram suas inserções nas instituições anteriormente aludidas. Dessa maneira, prosseguindo na explanação a respeito dos dados obtidos com a pesquisa empírica, seguem abaixo as respostas das entrevistadas a tal indagação:

- A- Na verdade, meu primeiro estágio foi na área da saúde mental, em uma instituição pública psiquiátrica, onde já me identifiquei com a área da saúde. Meu primeiro emprego foi em um hospital privado também. Trabalhei anteriormente em outra rede hospitalar privada, fiquei desempregada, passei por um processo seletivo e como já possuía experiência na área da saúde, fui contratada.
- B- Acabei “caindo” na área da saúde. Estagiei inicialmente na *Coca-cola* e em outras empresas privadas, atuando junto aos trabalhadores. Na instituição em que me encontro, não trabalho com eles, mas com os pacientes e familiares. Posteriormente, engajei em empresa de plano de saúde — trabalhei em três operadoras —, já que também empregam assistentes sociais. Depois comecei a atuar em hospitais privados e me inseri aqui. Ingressei na instituição por meio de processo seletivo, tendo passado pelo crivo do administrador do hospital.
- C- Sempre gostei da área da saúde. Trabalhava nesta instituição quando era graduanda, no ano de 1985. Fiquei no departamento pessoal por um ano e, após me formar, fui alocada na vaga de assistente social.
- D- Não era uma área que desejava, mas queria — além de necessitar — trabalhar como assistente social, já que cursei uma faculdade com a qual me identifiquei. Trabalhava na instituição como administrativa e minha inserção no cargo de assistente social se deu por indicação da chefia.
- E- Porque amo trabalhar na saúde. Desde a época da faculdade, sempre tive muita vontade de atuar e logo ingressei em campo de estágio. Atuei em uma associação de apoio à pessoa com deficiência; em um Juizado da infância e juventude, trabalhava com crianças e adolescentes em “situação irregular”, como era denominado na época; e em um hospital público no setor de atendimento às pessoas com HIV/AIDS. Desde então, a atuação na saúde se tornou um “vício”.
- F- Me atrai, eu gosto. É muito rico e produtivo. É um trabalho que o Serviço Social tem legitimidade, tem produção e reconhecimento. Ingressei nesta instituição por meio de processo seletivo.

- G- Gosto muito da área da saúde e, como já estava nesta área — já que fiz estágio neste campo —, tudo se encaminhou para que eu continuasse nela.
- H- Eu trabalhava aqui como administrativa, então foi realizado um processo seletivo interno para assistente social.
- I- Desde a faculdade, só atuei na área da saúde. Já trabalhei durante quatro anos como administrativa em um ambulatório público de Saúde Mental em São Luís/MA. Também trabalhei em outro hospital privado aqui do Rio, no setor de ouvidoria. Quando o hospital em que trabalho foi criado, em sua concepção original, não tinha Serviço Social. Na verdade, o diretor teve a ideia de criar este setor de Serviço Social, porque nos hospitais privados nem todos têm e na verdade já existia essa ideia. Nesta instituição realizei processo seletivo, mas vim por indicação da direção.
- J- Fui convidada na época. Quando terminei o segundo grau, fui convidada pelo fundador da instituição e acabei ficando. Passei pelo processo seletivo e vim direto para a recepção. Posteriormente, após a graduação, fui alocada na vaga de assistente social.
- K- Comecei em abrigo, trabalhei nessa área durante nove anos e não aguentava mais, pois era muito desgastante. No abrigo em que trabalhava, precisava trazer as crianças para fazer tratamento aqui. Então, conheci a outra assistente social que trabalha aqui e, como estavam precisando de outra profissional, logo me prontifiquei.
- L- Foi a área que mais me identifiquei, pois fiz estágio no Hospital Salgado Filho. Já estava na saúde, não especificamente no Serviço Social, mas foi um canal para me identificar. Soube que o processo seletivo estava aberto e participei por indicação da minha chefe do Salgado Filho. Ela me perguntou se queria concorrer, disse que sim, e estou aqui há 30 anos.
- M- Eu vim para ser secretária de diretoria e depois fui alocada como ouvidora. Entretanto, nesta função de secretária, já dava suporte na gestão. Depois da formação, no ano de 2012, comecei a fazer atendimentos e hoje tenho uma equipe. Recebemos elogios, reclamações e hoje atuo em segunda instância, na verdade, no plano de saúde próprio da instituição, que possui um perfil “popular”.
- N- Sempre gostei muito dessa área. Na verdade, eu sempre gostei da área médica. Meu sonho era fazer medicina, já que gostava da área médica, mas vim de uma família pobre e sempre tive que trabalhar. Existe uma frustração na minha vida sim, porque sempre quis fazer medicina. Passei para o Serviço Social e me encontrei, porque era o que eu queria. Ingressei na atual instituição através de processo seletivo.
- O- Não sabia que gostava desse campo e quando me formei, fiz estágio em um hospital privado atrelado à minha universidade. Os melhores alunos iam trabalhar no Hospital Modelo e, portanto, fui designada para ele. O meu ingresso na atual instituição se deu através de um processo seletivo muito disputado, com cerca de cinquenta pessoas. Teve prova escrita, oral e testes com o supervisor.
- P- Antes de trabalhar em hospitais, atuava em uma empresa de assistência médica, a qual nem existe mais. Nessa época trabalhava na parte de credenciamento e encaminhamento de pacientes para exames. Após o adoecimento do meu marido, “ingressei” na área da saúde, não para trabalhar, mas para acompanhá-lo. Acompanhava todas as consultas em hospitais públicos e buscava os exames no

mercado. Ele acabou falecendo e eu fiquei um ano em casa. Contudo, depois comecei a buscar emprego nos hospitais. Enviei o meu currículo para cá e fui selecionada para trabalhar.

- Q- Sempre gostei da área da saúde. Estagiei em uma maternidade e minhas experiências acabaram sendo conduzidas para a área da saúde. Também trabalhei junto a políticas de ação afirmativa, em avaliação socioeconômica. Depois comecei a trabalhar em organização não governamental, isto é, em uma fundação voltada para estágios profissionais. Após isso, comecei a enviar currículos para hospitais e me chamaram para cá em 2009 e, no ano de 2016, fui readmitida e contratada como assistente social, para atuar também na ouvidoria do hospital.

Ao que podemos observar, majoritariamente, as entrevistadas — com exceção de “K” —, informaram possuir afinidade e/ou experiências progressas na área da saúde (pública e privada), por meio de inserções anteriores em outras unidades hospitalares, operadoras de planos de saúde, estágios ou mesmo inserção (anterior) nas instituições hospitalares atuais, porém, em setores administrativos.

De tais relatos, podemos depreender que, em grande parte, as profissionais tiveram contato com o campo da saúde durante o curso de Serviço Social, por intermédio de estágios curriculares, tendo também já atuado em campos diversos, como: Judiciário (Juizado da Infância e Juventude), Educação (Políticas de Ação Afirmativa), Organizações não governamentais (ONG's) e também em outras empresas privadas (*Coca-Cola*).

As profissionais informaram que as formas de ingresso nas instituições, se deram por meio de processos seletivos (entrevistas e aplicação de provas) e, pelo que podemos observar, em grande parte, por indicações, inclusive de chefias, sobretudo quando estas profissionais já se encontravam inseridas nas instituições, contudo, em cargos administrativos — antes da conclusão do curso de Serviço Social.

Segundo dados do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) (2017), o Brasil possui, na atualidade, aproximadamente 170 mil profissionais de Serviço Social, que atuam, predominantemente, na execução, planejamento e formulação de políticas públicas, como a Educação, Saúde, Previdência Social, Assistência Social, Habitação, Transporte, entre outras, imbuídos, como afirma-se comumente, por uma perspectiva de defesa e ampliação dos direitos da população brasileira.

Atuam, ainda, na esfera privada, principalmente, no âmbito do repasse de serviços, benefícios e na organização de atividades vinculadas à produção material, prestando, também, assessoria à processos de organização e formação política de segmentos da classe trabalhadora (CFESS, 2017).

É frequentemente referido que o campo da Saúde é uma das áreas de maior absorção de profissionais de Serviço Social (KRÜGER, 2010). Nesse contexto, o âmbito público, como ficou evidenciado na pesquisa acerca do perfil dos assistentes sociais no Brasil,<sup>43</sup> realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em conjunto com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), no ano de 2005, reforça a tendência histórica de inserção de assistentes sociais na esfera estatal, (78,16%, no nível nacional); no nível regional os índices desse indicador são os seguintes: Norte (96,36%), Sudeste (80,33%), Nordeste (75%), Sul (69%) e Centro-oeste (66,67%).

Entretantes, com relação à discussão do trabalho profissional no âmbito da saúde privada, como salientamos ao longo deste estudo, são escassas as publicações da categoria que tratam a respeito, configurando a presente pesquisa, assim, importante iniciativa nessa direção.

4.2 Perguntadas quanto ao setor que trabalham na unidade, o tempo, e se já trabalharam em outros setores:

- A- Trabalho no setor de Serviço Social, sozinha, concentrando minha atuação no setor de internação, isto é, trabalho nos andares de internação. Nunca fui demandada na emergência, mas se me chamarem, irei. Sim, departamento pessoal.
- B- Não, somente setor de Serviço Social.
- C- Atualmente, no Serviço Social na área de hemodiálise, em virtude de um convênio da instituição com o SUS. Todavia, quando aluna, trabalhei no departamento pessoal da instituição, tendo permanecido por um ano.
- D- Nesta instituição, o Serviço Social está inserido na ouvidoria. Nós prestamos suporte a todo o hospital, mas o Serviço Social está inserido neste setor.
- E- Atuo no setor de Serviço Social, junto aos pacientes do hospital e aos pacientes encaminhados por um projeto beneficente, custeado por determinado governo estrangeiro, que possui uma parceria com a instituição. Atuo também na ouvidoria. Sou ex-funcionária que foi readmitida em julho/2016, pois havia saído em função de questões financeiras da instituição e acabou aparecendo uma oportunidade em outra rede hospitalar. Todavia, seis meses depois, o diretor médico me encontrou no outro hospital e indagou se eu tinha interesse em voltar para a instituição.
- F- Serviço Social. Há cinco anos. Não.
- G- Sim, setor administrativo, desde 2013. No Serviço Social, desde 2015. Sou a mais nova da equipe.
- H- Não, apenas setor de Serviço Social.
- I- Setor de Serviço Social. Somente no Serviço Social.
- J- Já passei por diversos setores na instituição, inclusive, administrativos. Porém, quando surgiu a oportunidade, me inseri no Serviço Social.
- K- Não. Serviço Social.

---

<sup>43</sup>Assistentes sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional. CFESS/UFAL. 2005.

- L- No setor de Serviço Social — que está no hospital há 32 anos —, o qual atualmente funciona na diretoria de relacionamento com o paciente. Não, nós trabalhamos com parcerias em outras áreas, principalmente em “capital humano”. Meu setor se divide em programas, pois construí um plano de ação, dividido em: Programa de atendimento aos pacientes Ambulatoriais e Emergenciais, Programa de Atendimento aos Pacientes Internados e Programa de Atendimento aos Colaboradores, já que atendo também os trabalhadores da instituição.
- M- Ouvidoria. Já trabalhei como secretária de ouvidoria anteriormente.
- N- Trabalho na diretoria atualmente, mas sou uma espécie de “Bombril”: mil e uma utilidades. Dou suporte aos dois serviços: ao centro médico e ao hospital base. Sempre na função de assistente social.
- O- No setor de Serviço Social há dez anos. Sim, fui da recepção, isto é, já fui chefe de recepção.
- P- Setor do Serviço Social e às vezes “dou uma mão” na ouvidoria. Desde o ano de 2011 somente no hospital e desde 2006, no grupo da empresa. Anteriormente, trabalhava nos projetos sociais mantidos pelo hospital: um em Tanguá (abrigo) e também em um projeto na Praça Mauá, voltado à capacitação profissional e planejamento familiar.
- Q- Trabalho no setor de Serviço Social e, nas terças-feiras, atendo no ambulatório filantrópico.

É observável que, em sua maioria, as profissionais encontram-se inseridas no setor de Serviço Social — a despeito da grande diversidade da atuação profissional nas instituições ora analisadas —, apresentando uma variação de tempo de inserção neste espaço de 02 a 32 anos, concentrando sua atuação em setores específicos, como o de internação, no caso da entrevistada “A”, hemodiálise (clínica-satélite que possui convênio com o SUS) no caso de “C”, projetos beneficentes no caso de “E”, “P” e “Q”, atuando também junto aos trabalhadores da instituição, como no caso da entrevistada “L”.

As entrevistadas “D”, “E”, “M” e “P”, informam, ainda, estarem também inseridas ou fornecerem suporte às ouvidorias das instituições.

A esse respeito, é cabível afirmar que, por termos realizado estágio curricular justamente em uma ouvidoria hospitalar privada, e a partir da pesquisa que realizamos com esta temática para o nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), podemos sinalizar que as ouvidorias têm crescentemente<sup>44</sup> requisitado a atuação de profissionais de Serviço Social e, por conseguinte, têm emergido como campo de atuação tanto para esses profissionais, como para outros profissionais como enfermeiros e psicólogos, especialmente, a partir do final da década de 1980, onde se identifica a primeira iniciativa de implantação de ouvidoria no Brasil, em Curitiba, no ano de 1986.

---

<sup>44</sup>Segundo informações coletadas junto à Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional (COFI) do Conselho Regional de Serviço Social (7ª Região).

Nossos estudos captaram que os principais “deflagradores” do processo de implantação de ouvidorias, relacionam-se: no âmbito público, à promulgação da Constituição Federal de 1988, onde se estabelecem novas formas de participação social na administração estatal e a promulgação da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, que estabelece a criação de ouvidorias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (LOMIENTO, 2014).

No que se relaciona às ouvidorias privadas, depreendemos que, a partir da década de 1990, importantes mudanças atingiram as empresas nacionais, concernentes à abertura comercial e ao conseqüente aumento da competitividade; além da promulgação do Código de Defesa do Consumidor que, por sua vez, redefiniu as relações entre consumidores e empresas, engendrando a necessidade de mecanismos que pudessem “conciliar” tais relações, dos quais são exemplo, o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e as ouvidorias (LOMIENTO, 2014).

Depreendemos, assim, que a difusão das ouvidorias está relacionada, por um lado, aos mecanismos constitucionais contidos na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que propugnam uma maior participação democrática dos cidadãos na gestão pública através da criação de Conselhos, Conferências, implantação de ouvidorias e, do outro, com a própria necessidade das empresas de “integrar” os consumidores, como estratégia de captação de suas demandas, necessidades e, assim, assegurar a sua fidelização (LOMIENTO, 2014).

Acreditamos que tais fatores ampliaram as possibilidades do mercado de trabalho dos assistentes sociais — como nos casos mencionados na presente pesquisa —, que ao lado de outros profissionais, vêm sendo requisitados a atuar em ouvidorias.

4.3. Indagadas quanto à realização de treinamento específico para trabalhar na atual instituição:

- A- Aqui não, mas no outro hospital, sim. Era um hospital acreditado, de uma grande rede, e lá possuía treinamento. A bagagem que utilizo aqui é a que trouxe de lá. Lá atuava só como assistente social e aqui acumulo funções. Trabalho como assistente social e como ouvidora. Na verdade, até essa questão da ouvidoria é um desafio, porque até então, nunca havia trabalhado nesta função.
- B- Não, e eu também já tinha experiência.
- C- Não.
- D- Não, nenhum. Vamos descobrindo quais são as nossas demandas e o que fazemos a mais. Mas não tem problema, pois chegamos a um ponto em que estamos mais preocupadas com o usuário/a e não mais com a instituição em si.
- E- Não.

- F- Quando ingressei aqui, além de exercer a função de “administradora hospitalar” — e posso dizer que só consegui esse emprego em função da pós-graduação que fiz nesta área —, tinha que possuir conhecimentos de informática, isso no ano de 1999. Fui adquirindo conhecimentos por conta própria.
- G- Não. Foi decorrente da minha experiência profissional, ao longo da minha trajetória.
- H- Não.
- I- Não.
- J- Não, foi no cotidiano. Eu já trabalhava aqui.
- K- Cada dia é um aprendizado, aprendemos muito mesmo, porque cada demanda é diferente e cada família é diferente.
- L- Não.
- M- Sim, realizei um curso de ouvidoria, custeado pela instituição, na cidade de Florianópolis (SC).
- N- Não. Nenhum. Nós construímos. Montei sozinha o que considerava ideal, assim como fiz em uma operadora de saúde.
- O- Não, não tive não. Quando entrei neste hospital, já havia atuado dez anos em uma operadora de saúde e lá trabalhava nos hospitais dessa empresa. Além disso, realizava auditorias conjuntamente com um médico, para fiscalizar se os serviços estavam sendo devidamente prestados.
- P- Não. Tudo no “*feeling*”.
- Q- Não tive treinamento, desenvolvi o trabalho a partir do cotidiano.

Com exceção da entrevistada “M”, que informou ter realizado um curso de ouvidoria (custeado pela instituição em que trabalha) na cidade de Florianópolis (SC), como treinamento para a sua atuação profissional neste âmbito, nenhuma outra profissional relatou ter recebido qualquer tipo de treinamento nas instituições em que atuam, tendo construído a sua atuação profissional, no “cotidiano” ou no “*feeling*”, como referido pela entrevistada “P”. Ou mesmo, a partir de experiências progressas na saúde privada, como no caso de “A”, que relatou ter passado por treinamento profissional em uma instituição acreditada de outra rede hospitalar.

Salientamos, ainda, as referências realizadas pelas entrevistadas “A”, “D” e “F” quanto à sobrecarga de funções que enfrentam nas instituições em que atuam, e que se relacionam à exigência de polivalência no trabalho. Tais fatos podem evidenciar determinada desqualificação enfrentada pelas profissionais ao inserirem-se neste campo.

Ressalte-se que essas considerações se fazem relevantes, na medida em que analisamos a inserção do Serviço Social como profissão no interior da divisão sócio-técnica do trabalho, haja vista a insuficiência da análise que secundariza, ou mesmo desconsidera tais determinações na apreensão dos processos de trabalho do Serviço Social.

Ou seja, pode-se dizer que as alterações políticas, econômicas e culturais incidem diretamente sobre todas as esferas da sociedade e determinam também modificações no setor

de serviços — como buscamos aludir ao longo dos Capítulos 1 e 2 — e, por conseguinte, no próprio processo de trabalho do Serviço Social:

essa análise não pode ser realizada sem o entendimento de que as relações técnicas e organizacionais presentes em nosso processo de trabalho são expressões particularizadas e determinadas pelas relações sociais vigentes. Corremos o risco, como já afirmamos, de ao proceder nossa análise desconsiderando essas determinações acabarmos reduzindo-a à tematização das técnicas, dos instrumentos, das formas de gerenciamento e organização, presentes no processo de trabalho do Serviço Social, sem qualquer referência ao recorte temático aludido (ALMEIDA, 1996, p.33).

Nesse contexto, verifica-se, pois, a complexificação dos processos de trabalho no setor de serviços, onde há “a combinação de velhas e novas formas de controle do trabalho, como a de novas e velhas bases de organização social da produção, passa a compor um cenário econômico e político que, aparentemente, conserva, ou reatualiza, alguns padrões de organização da produção” (ALMEIDA, 1996, p.38).

Temos, então, uma dinâmica de acumulação contraditória, que cria processos e postos de trabalho com a incorporação crescente de tecnologia de ponta e, concomitantemente, incrementa processos de trabalho pautados na ampla precarização da mão-de-obra dos trabalhadores e, entre eles, os assistentes sociais:

Essa diversidade vem implicando não só a emergência de novas demandas para o Serviço Social, principalmente no que diz respeito aos processos de mudança das relações de trabalho em unidades produtivas, que estão alterando suas bases organizativas de produção, ou em atividades de formação de recursos humanos que atendam às demandas emergenciais decorrentes dessas mudanças, como a reorientação de seu próprio espaço de atuação, alargando o seu horizonte sócio-ocupacional, visto que ela atinge também os padrões tradicionais do campo da proteção social com o qual lida a profissão. O processo de trabalho do Serviço Social, assim, se vê diante de um conjunto de mudanças relacionadas não só relativas ao mundo da produção, com fortes implicações tanto na esfera do controle do trabalho como no controle das formas de solidariedade e das estratégias de sobrevivência da população (ALMEIDA, 1996, p.38-39).

Retornando às questões dirigidas às assistentes sociais entrevistadas, teremos a 4ª pergunta a seguir:

4.4 Quanto à categoria profissional de contratação, carga horária/jornada de trabalho semanal e a existência de folgas, licenças, *day off*, ou outras situações acordadas com a chefia e a equipe profissional:

A- Sou contratada como assistente social. Sim, mas o acordo existe entre mim e a outra assistente social, já que aqui não para. Trabalhamos de segunda a segunda, com plantões de 12x36. O setor só para a noite, pois não tem plantonista. Nós tentamos nos organizar de forma que consigamos descansar um pouco. Trabalho de 09:00 às 18:00. Todavia, fizemos um acordo com a direção, para nos fins de semana — caso tudo esteja tranquilo — sairmos às 14:00h.

- B- Sou contratada como assistente social. Minha carga horária é de 30 horas semanais, seis horas ao dia. Há esquemas de folgas eventuais.
- C- Contratada como assistente social. Realizo carga horária de 30 horas semanais, seis horas ao dia.
- D- Contratada como assistente social. Cumpro 30 horas semanais, seis horas ao dia. Se necessário tirar licenças, posso tirar licença maternidade ou de saúde.
- E- Contratada como assistente social. Minha carga horária é de 30 horas semanais, seis horas ao dia. A instituição é toda setorizada, então há setores que ganham por produtividade, já o meu que é o centro administrativo, não tem nada disso. Tenho um acordo com o hospital, que não pode me pagar horas extras. Eles me pagam banco de horas, que utilizo para realizar viagens com minha família, por exemplo.
- F- Contratada como assistente social. Carga horária de 30 horas semanais, seis horas ao dia. Trabalhamos como diaristas. Não há qualquer esquema de folgas, *day off*, além de não emendarmos feriado.
- G- Contratada como assistente social. Cumpro 30 horas semanais, seis horas ao dia, cinco dias na semana. Não. Nem banco de horas, pois não bato ponto.
- H- Contratada como assistente social. Carga horária de 30 horas semanais, seis horas ao dia.
- I- Sou contratada como assistente social. Realizo 30 horas semanais, seis horas por dia. Nós temos também banco de horas, por exemplo. Tiro o banco de horas, comunico à chefia e à equipe e não há problemas quanto a isso.
- J- Sou contratada como assistente social. Faço 30 horas semanais e seis horas ao dia. Nós não recebemos horas extras, então, quando trabalhamos acima da nossa carga horária, eles não nos compensam.
- K- Contratada como assistente social. Cumpro 30 horas semanais e seis horas por dia. Eventualmente, tiro folga.
- L- Contratada como assistente social. Realizo 30 horas semanais, seis horas por dia.
- M- Sou contratada como assistente social. Na outra empresa que trabalhei, havia uma colega assistente social que, após a mudança de gestão da instituição, fora alocada como “assistente de RH”, para não usufruir das 30 horas semanais. Nesta instituição, eles cumprem a lei. Os esquemas dependerão do diálogo e necessidade, pois não existe banco de horas aqui. Cumpro carga horária de 30 horas semanais, seis horas ao dia.
- N- Contratada como assistente social. Cumpro a carga horária de 30 horas semanais, cinco dias por semana, de 12:00 às 18:00.
- O- Contratada como assistente social. Realizo 30 horas semanais, seis horas por dia. Não faço plantão, mas fico de sobreaviso.
- P- Sou contratada como ouvidora. Cumpro a carga horária de 40 horas semanais, cinco dias na semana, de segunda a sexta-feira. Tenho flexibilidade de pegar às 07:30 às 16:30, entretanto, como tenho uma filha pequena, posso chegar às 09:00 e sair às 18:00.
- Q- Sou contratada como assistente social. Faço a carga horária semanal de 30 horas, em regime de plantão, realizo três plantões semanais de 10 horas.

Como se pode perceber nas respostas das profissionais, com exceção da entrevistada “P”, que informou cumprir a carga horária de 40 horas semanais e ser contratada como ouvidora, as demais profissionais relataram terem sido contratadas como assistentes sociais e cumprirem a carga horária das 30 horas fixadas para os profissionais de Serviço Social, a

partir da promulgação da Lei 12.317, de 26 de agosto de 2010, que altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8.662/1993) e redefine a referida jornada máxima de trabalho, vedada a redução salarial:

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 5º-A:

“Art. 5º-A. A duração do trabalho do assistente social é de 30 (trinta) horas semanais.”

Art. 2º Aos profissionais com contrato de trabalho em vigor na data de publicação desta Lei é garantida a adequação da jornada de trabalho, vedada a redução do salário.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação (BRASIL, 2010).

Em sua maioria, as entrevistadas mencionaram trabalhar os cinco dias semanais, exceto “A” e “Q”, que informaram trabalhar em regime de plantão (respectivamente, plantões de 12x36 e 3x10), além da entrevistada “O” que afirmou não realizar plantões, porém, permanecer de “sobreaviso”.

Particularmente, nos chamou a atenção o relato da entrevistada “M”, que afirmou ter vivenciado determinada experiência em instituição de trabalho anterior, onde presenciou uma outra profissional de Serviço Social sendo enquadrada em outra “função”, para que a mesma perdesse o direito à carga horária das 30 horas semanais.

Este fato, como não poderia deixar de ser, configura um grande arbítrio contra nossos direitos profissionais e é legatário da conjuntura que a classe trabalhadora vem enfrentando, e que se refere aos profundos retrocessos às suas conquistas históricas. A própria contratação de assistentes sociais no enquadramento funcional de ouvidor, conforme observamos no caso da entrevistada “P”, nos provoca reflexões nesse sentido, uma vez que essa assistente social é premiada a realizar uma carga horária de 40 horas semanais, ou seja, diverso daquilo que consta como direito da nossa categoria profissional.

Sabemos que a luta por redução de jornada de trabalho (sem redução de salários), como buscamos referir no Capítulo 1, constitui os primórdios das lutas trabalhistas, isto é, é uma luta histórica da classe trabalhadora no âmbito mundial e nacional. Pode-se dizer que a supracitada Lei Federal de n. 12.317/2010, desde a sua aprovação, tem sido sistematicamente atacada e desrespeitada, o que nos conclama a importância da mobilização permanente da categoria junto aos sindicatos e aos movimentos sociais dos trabalhadores.

Ou seja, mesmo após a aprovação da Lei 12.317/2010 e a conseqüente incorporação à Lei de Regulamentação Profissional, há instituições, públicas e privadas, que se negam a reconhecer essa demanda legítima. Dentre elas, está o próprio Governo Federal, através do

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), em virtude da alegação de suposta divergência entre a carga horária profissional prevista em lei e o que dispõe o Regime Jurídico Único (RJU) dos servidores. Dessa maneira, pode-se afirmar que a luta pela observância de tal direito profissional, iniciada há vários anos e reconhecida legalmente em 2010, continua em todo o país (CRESS, 2017).

Reiteramos, assim, que os sindicatos são instâncias de grande importância, no que se relaciona ao fortalecimento da mobilização política dos assistentes sociais, bem como à prestação de assistência jurídica à categoria, no que tange a referida luta pela redução da jornada de trabalho, sem redução salarial. Portanto, faz-se premente que a categoria esteja mobilizada desde a base, construindo as lutas em conjunto com as organizações sindicais.<sup>45</sup>

4.5. Indagadas quanto à sua faixa salarial e acerca da interferência do contrato de trabalho e/ou o salário e/ou a carga horária da instituição no seu exercício cotidiano de trabalho:

- A- Recebo o piso salarial. Considero que o sindicato deveria brigar mais por nós, pois passamos anos com o salário congelado. Quando se estabeleceu o piso pelo Estado, foi ótimo. Anteriormente, eu e a outra assistente social falávamos com a direção que queríamos mudar de “ocupação” no hospital, para trabalharmos menos. Até mesmo a carga horária reduzida para as 30 horas, foi ótimo para nós. Não interfere. Acho que faço o que gosto e por isso não consigo deixar interferir na minha atuação. Sou como sou, indiferente do salário, se atrasou ou não atrasou. Não consigo misturar as coisas.
- B- Recebo um pouco mais que o piso. O salário não é justo se pensarmos em termos de categoria, mas o salário aqui está de acordo com o piso salarial estadual. Contudo, lutamos para que o nosso salário e nosso piso aumentem. Acho muito justo. O que me deixa desmotivada é a carga horária, porque são muitas demandas para poucas profissionais. Somos apenas duas assistentes sociais, para dar conta de uma casa de saúde que tem centro de tratamento intensivo (CTI), emergência, unidade de internação e ainda realizamos cirurgias aqui. Ou seja, é muita demanda para pouco recurso humano e a carga horária fica muito desgastante. É algo que me desanima um pouco. No final de semana saio mais cedo, mas nem sempre é possível, depende muito de como está o plantão. Hoje, por exemplo, houve um óbito que sei que me dará trabalho, pois o familiar é muito difícil. Já estou me preparando psicologicamente. Vamos lidando com essas questões e, de repente, percebemos que já passamos uma ou duas horas do horário. É difícil.
- C- O piso e um pouco mais (produtividade e insalubridade). Não interfere, por mais que às vezes seja necessário que eu fique mais tempo além do meu horário. Até porque aqui batemos ponto e hora extra na instituição é muito complicado. É ruim? É. Não posso dizer que é ideal, mas penso que estou aqui pelo usuário. Mais pelo usuário do que pela instituição. O salário é a mesma coisa, aqui não valorizam economicamente o Serviço Social. Contudo, isso não influencia de jeito nenhum, nem antes influenciava a minha atuação.

---

<sup>45</sup>Não foi nosso intuito enveredar pelas polêmicas em torno do aspecto sindical no Serviço Social, mas expressamos considerar esta uma esfera de defesa trabalhista imprescindível.

- D- É o piso salarial. Há muitos lugares que não pagam e, inclusive, hospitais privados que não respeitam a carga horária da profissão. Interfere sim, mas aqui eles fazem tudo direito. Tenho as 30 horas e o piso. Eles sempre acompanham o piso. Sempre quando o piso aumenta, eles repassam.
- E- A faixa salarial é o piso somado ao bônus, em função do atendimento filantrópico aos pacientes. Isto é, minha faixa salarial é de quatro mil reais, mais mil reais de gratificação e mais insalubridade. Devo receber na faixa de cinco mil reais, o que para trabalhar trinta horas, até que não é um salário tão ruim assim.
- F- Entre três e quatro mil. Não interfere. Hoje em dia, acredito muito na questão da qualidade de vida. Seria hipócrita dizer que salário não é importante, é importante sim, mas morar perto do trabalho para mim é importante, ter um plano de saúde é importante, ter um salário interessante é importante sim, embora eu saiba que o salário daqui para o meu cargo (chefia) está abaixo da média do mercado. Mas a questão da qualidade de vida hoje é mais importante.
- G- Ganho, infelizmente, salário abaixo do piso. No meu não interfere, apesar de estar insatisfeita com o salário. A carga horária é boa, mas o salário está um pouco defasado, pois não ganhamos o piso. Contudo, acho que não interfere, pois o nosso trabalho é sério. Trabalhamos com ética e é por amor e responsabilidade
- H- Um pouco mais que o piso. Não, não acho que interfira. A carga horária está dentro da lei, o salário é o piso estadual, então, não tenho do que reclamar.
- I- Um pouco superior ao piso. Não interfere, acho que, na verdade, tudo aqui é muito direcionado, ao contrário de outros lugares em que trabalhei. Aqui a carga horária é seguida, o que normalmente é uma briga muito grande. Quando vim trabalhar nesta instituição, a remuneração já era o piso. Até mesmo as atribuições são muito direcionadas, pois não há desvio de função.
- J- Piso salarial. Não interfere, disponho de boas condições de trabalho e recebo o piso salarial, além de haver o respeito à carga horária das 30 horas semanais.
- K- Recebo salário abaixo do piso. Não interfere. Somos voltadas para a causa social e não poderia ser de outra maneira. Se você se desvirtuar disso, não estará trabalhando pelo social e pela garantia dos direitos.
- L- Meu salário é de cinco mil reais. Não, não interfere em nada. Para mim não, mas pode ser que para outra colega sim.
- M- Não, não ganho o piso, ganho mais do que ele. Não interfere no trabalho profissional porque estou satisfeita, mas na vida pessoal, por causa da carga horária de 40 horas, sim. Gosto da empresa, mas vou começar a lutar por nossa carga horária profissional.
- N- A minha faixa salarial é diferenciada, não é o piso, pois gira em torno de cinco mil reais. Sempre ganhei mais. O meu diretor sempre me deu aumentos e, com isso, a minha faixa salarial foi subindo. Além de, inclusive, sempre ter trabalhado muito. Nunca recebi um centavo de hora extra, mas também quando pedia aumento, ele me concedia. Quando a carga horária foi reduzida para 30 horas semanais, ele questionou a diminuição, então expliquei que era lei e que ele pagaria multa se não cumprisse. Ofereci uma contraproposta e ele aceitou, porém disse que se a carga horária fosse diminuída, o salário também seria. Afirmei que ele também levaria multa e que não poderia fazer isso. Ele relutou, mas concordou. Enfim, meu salário está nessa faixa, em virtude do tempo que estou aqui, e dos reajustes que fui recebendo. Quando saiu o piso, já ganhava nesta faixa e o salário não poderia ser reduzido.
- O- O piso estadual. Para muitos profissionais pode interferir sim, mas não para mim.
- P- O piso estadual. Não. Não interfere em nada. Estou aqui porque amo o que faço.
- Q- É o piso e a insalubridade. Interfere, com certeza. Acho que houve um reconhecimento da profissão, pois entrei nesta instituição ganhando 800,00 reais. Após a

implementação do piso estadual, o salário aumentou. Considero que isso tenha sido muita luta também, pois com o piso e as 30 horas, teve empregador que achou que estava pagando muito para ter assistente social na instituição. Tive um embate aqui, pois há algum tempo tivemos uma assistente social com deficiência auditiva na equipe, solicitada pela instituição, em função das cotas para pessoas com deficiência, e pediram para eu entrevistá-la no ato de seu ingresso. A gerência de Recursos Humanos me informou que ela não trabalharia como assistente social, mas como administrativa. Como poderia admitir ter uma assistente social trabalhando como administrativa comigo? Não havia como. Não pude aceitar. Reiterei que ela deveria ser contratada como assistente social. Posteriormente, recebi um contato do departamento pessoal informando que ela seria admitida como assistente social. Isso deve ser fiscalizado, pois a instituição já queria utilizar desta artimanha.

Como podemos observar, com exceção de duas profissionais (G e K) que afirmaram receber salários inferiores ao piso estadual (definido pela lei 7.530 de 09 de março de 2017,<sup>46</sup> que institui pisos salariais no âmbito do Rio de Janeiro para algumas categorias profissionais, dentre elas, os assistentes sociais),<sup>47</sup> as demais profissionais informaram receber remuneração compatível ou um pouco superior ao referido piso estadual. Vale destacar que, no caso de profissionais que exercem a função de chefia de Serviço Social (E, L, N), os salários situam-se na faixa de cinco mil reais, com exceção de “F”, que apesar de chefe, relata receber remuneração abaixo da média do mercado.

A despeito de, majoritariamente, as participantes (exceto B, D, M e Q) terem afirmado que o contrato de trabalho, salário ou carga horária não interferem em sua atuação profissional, em seus relatos, podemos captar elementos que divergem dessa assertiva.

Dentre os aspectos que podemos destacar, há a menção ao excesso da carga de trabalho, em contraposição à equipe reduzida de profissionais de Serviço Social, além do fato

---

<sup>46</sup>Lei 7530/17. Art. 1º No Estado do Rio de Janeiro, o piso salarial dos empregados, integrantes das categorias profissionais abaixo enunciadas, que não o tenham definido em lei federal, convenção ou acordo coletivo de trabalho que o fixe a maior, será de: VI. R\$2.899,79 (Dois mil, oitocentos e noventa e nove reais e setenta e nove centavos) - para administradores de empresas (CBO 2521-05); arquitetos (CBO 2141); arquivistas (CBO 2613-05); advogados (CBO 2410); psicólogos (CBO 2515) exceto psicanalistas (CBO 2515-50); sociólogos (CBO 2511-20); fonoaudiólogos (CBO 2238); fisioterapeutas (CBO 2236); terapeutas ocupacionais (CBO 2239-05); estatísticos (CBO 2212); profissionais de educação física (CBO 2241); assistentes sociais (CBO 2516-05); biólogos (CBO 2211); nutricionistas (CBO 2237-10); biomédicos (CBO 2212); bibliotecários (CBO 2612-05); farmacêuticos (CBO 2234); enfermeiros (CBO 2235); turismólogos (CBO 1225-20); secretários executivos (CBO 2523) exceto tecnólogos em secretariado escolar (CBO 2523-20); bombeiro civil mestre, formado em engenharia com especialização em prevenção e combate a incêndio e empregados em empresas prestadoras de serviços de brigada de incêndio (nível superior); contadores.

<sup>47</sup> Não existe, no momento, um piso salarial nacional para assistentes sociais, existindo, na verdade, um projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional. No caso de a contratação do profissional ser em regime estatutário, a definição de pisos salariais depende de lei ordinária no âmbito do Município, Estado ou União, respectivamente. Todavia, como dissemos, no âmbito do estado do Rio de Janeiro há a Lei 7.530/17, que é reeditada anualmente, e que estabelece o piso salarial dos empregados integrantes de certas categorias profissionais, dentre as quais, a categoria dos assistentes sociais é mencionada (CRESS, 2017).

de que este quadro impele as profissionais a excederem a sua carga horária diária de trabalho, para concluírem as suas atividades. Há também menção à dificuldade (e até mesmo impossibilidade) enfrentada pelas entrevistadas, para receberem o pagamento das horas extras realizadas, como pontuado pelas profissionais “B”, “C” e “N”.

Não obstante, há também referência à desvalorização e defasagem salarial relativa às remunerações recebidas, bem como à insatisfação e desmotivação decorrentes deste fato. De modo geral, as entrevistadas denotam a realização de grande esforço pessoal para que, apesar das condições muitas vezes desfavoráveis de trabalho, o mesmo seja realizado de modo a não ser prejudicado, visto que professam envidar tal esforço, “[...] mais pelo usuário do que pela instituição”, ou por possuírem “[...] ética e é por amor e responsabilidade”, como fica evidenciado, respectivamente, nas respostas das entrevistadas “C”, e “G”.

As falas das entrevistadas “N” e “Q”, particularmente, nos chamaram a atenção, por pontuarem a resistência do patronato em aceitar, bem como submeter-se — quando da implementação das leis estaduais que estabelecem tanto o piso para as categorias profissionais no Rio de Janeiro, como a carga horária máxima de 30 horas semanais para os assistentes sociais — a tais conquistas legais, haja vista que a sua “aceitação”, ao que se pode depreender dos relatos, fora um processo conflituoso.

A entrevistada “Q” faz referência à determinada situação vivida em seu campo de trabalho, onde precisou intervir no processo de contratação de outra assistente social, pois segundo afirmou, a gerência de Recursos Humanos desejava contratá-la como administrativa, tendo sido necessário um embate com a instituição, para que a profissional pudesse ser contratada como assistente social.

Consideramos, assim, que os supracitados relatos das participantes, podem denotar as dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social no campo privado da saúde, as quais, decerto, são expressões das atuais alterações regressivas para a classe trabalhadora de modo geral e, especificamente, para os trabalhadores da saúde, tal como buscamos enfatizar, sobretudo, na última seção do Capítulo 2 deste estudo.

#### 4.6. Quanto ao objeto de estudo/intervenção do Serviço Social nesse campo:

- A- De estudo e intervenção, o trabalho com o paciente e a família.
- B- Prestamos suporte aos pacientes internados e as famílias. E, por que não à própria instituição em si e aos próprios funcionários? Pois fazemos o papel de “mediadores” entre a instituição e o paciente/familiar, que eventualmente está aqui para questionar alguma coisa na ouvidoria.

- C- Os pacientes me fornecem demandas diferentes, às vezes como uma “psicóloga”, onde realizam catarses durante os atendimentos. Isto é, é o momento em que não é que nos esqueçamos da nossa ética, mas é diferente daquilo que aprendemos na faculdade, aquela radicalidade que envolve a definição do nosso objeto de trabalho.
- D- As necessidades apresentadas pelos pacientes, alvos da filantropia.
- E- O próprio paciente. Não o paciente “puro”, mas o paciente e os familiares. Especialmente, o paciente renal, que é diferenciado do paciente que está internado, já que aqui tem a especificidade de ser uma clínica satélite.
- F- O meu objeto de trabalho é a segurança e a qualidade dos pacientes/familiares, no que tange a questão dos direitos, benefícios, das orientações e esclarecimentos com vistas à garantia de seus direitos.
- G- O objeto é a orientação das famílias sobre o tratamento das crianças. Há um número grande de evasão dos pacientes do acompanhamento.
- H- O paciente e seus familiares.
- I- As relações sociais entre os pacientes. Aqui ocorrem muitos casos de abandono de pacientes idosos pela família, por mais que considerem que em hospital privado não exista isso. Quando eu vim para cá, tinha um pouco de resistência por ser um hospital privado, por conta da prática anterior na saúde pública. Contudo, quando cheguei aqui, percebi que é a mesma coisa. Nesta região, que possui uma população predominantemente de classe média alta, pessoas que tem condições de pagar um abrigo bom para o idoso ou ter um cuidador, preferem o deixar aqui e não ter a despesa com o cuidador.
- J- Meu objeto de estudo são as necessidades do paciente e da família, contudo, principalmente da família. Atualmente, 70% da família e 30% do paciente. Considero que a nossa intervenção — principalmente nos casos de pacientes mais idosos —, abrange a família, pois muitas vezes a mesma não está preparada para lidar com o envelhecimento.
- K- Orientações acerca dos direitos que as crianças têm.
- L- Nós trabalhamos com a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Trabalhamos muito em um viés preventivo.
- M- A família e o processo de trabalho.
- N- Trabalho com a prevenção e conhecimento do paciente, para que ele tenha uma qualidade melhor de saúde e de vida.
- O- Pessoas, de modo geral. O ser humano.
- P- O paciente. Ele é meu objeto de trabalho e estudo.
- Q- A humanização e o acolhimento.

Apreciando o modo como as entrevistadas captam o objeto de estudo/intervenção do Serviço Social, observamos que há a identificação, de modo expressivo, do paciente e/ou sua família como representação desse objeto. Isso pode refletir um entendimento de que as situações a serem trabalhadas pelo Serviço Social resultam do plano das relações interpessoais, do âmbito psicossocial e não, fundamentalmente, no campo das determinações e dos condicionantes estruturais (FORTI, 2010).

Assim, percebemos através das respostas das profissionais, que o “paciente”, a “família”, a “promoção, prevenção e recuperação da saúde”, “as relações sociais entre os

pacientes”, o “acolhimento” e a “humanização” do atendimento, com vistas à “garantia dos direitos dos pacientes”, são identificados, majoritariamente, como objetos de intervenção/estudo do Serviço Social nas instituições.

No que se relaciona, especificamente, ao termo referido pela entrevistada “Q”, isto é, a denominada “humanização”, ressaltamos que a mesma corresponde a uma temática que surge com ênfase no final de 1990 e início dos anos 2000, tendo conseguido legitimidade a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 2000.

No ano de 2001, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a “cultura” de um atendimento humanizado na área da saúde. No governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o programa transforma-se em Política Nacional de Humanização (PNH), ampliando sua área de ação, passando a contemplar a gestão e a atenção (CFESS, 2011).

Nesse sentido, pode-se mencionar que os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar, junto aos demais trabalhadores da saúde, a referida Política. Ressalte-se a importância de se ter clareza das diversas concepções de humanização, haja vista que ela envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde, pautado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CFESS, 2011).

Todavia, não devemos desconsiderar a natureza (privada) das instituições nas quais se desenvolve o trabalho profissional ora analisado e os limites e possibilidades à implementação dos preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH), que, inicialmente, foi pensada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que diz respeito à “humanização”, tal como propugna a Política Nacional de Humanização, seu principal desafio é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do Sistema Único de Saúde (SUS) (LOMIENTO, 2014).

Observamos que, crescentemente, os hospitais privados vêm envidando esforços na implementação de estratégias de “humanização” da assistência hospitalar que se relacionam, logicamente, a uma maior satisfação e fidelização de sua clientela.

Nesse sentido, consideramos que tanto a proposta da implantação de ouvidorias, como a própria requisição da atuação das assistentes sociais nas instituições analisadas, poderiam estar dirigidas a tal objetivo, haja vista que a proposta de atuação das profissionais nas referidas instâncias, como pontuou a entrevistada “B” — que atua também como ouvidora na instituição —, estaria vinculada a um papel de “mediação” entre a instituição e os

pacientes/familiares, esclarecendo suas dúvidas, acolhendo suas queixas e necessidades, com vistas à “mediar” conflitos e assegurar a qualidade dos serviços por eles contratados (LOMIENTO, 2014).

Ou seja, acreditamos que, para além da “mera humanização”, a atuação requisitada às profissionais nas instituições privadas encerra estratégia competitiva específica das empresas em questão, e que está ligada, essencialmente, à “mediação/resolução” dos conflitos que, eventualmente, podem ocorrer entre os consumidores e as referidas empresas e, por conseguinte, à fidelização da clientela e o aumento dos lucros (LOMIENTO, 2014).

4.7. Perguntadas quanto aos objetivos profissionais, resultados, recursos e serviços obtidos pela população a partir do trabalho nesse campo:

- A- Aqui é uma instituição de médio porte e o meu objetivo é trabalhar a questão da qualidade para melhorar os processos de atendimento. Isto não tem muito a ver com o Serviço Social, mas é uma área que me encanta muito. Acho que a questão da qualidade faz muito sentido no hospital, assim como da segurança do paciente e do quanto isso influencia na desospitalização segura. Os resultados do trabalho do Serviço Social estão relacionados ao trabalho em prol dessa qualidade, isto é, se nós conseguimos garantir a prestação dos serviços.
- B- É realizar uma pós-graduação na área da saúde, pois não sairei mais dessa área, já que atuo nela há muito tempo.
- C- Sempre o bem-estar do paciente e a garantia dos seus direitos.
- D- Principalmente, fazer com que os pacientes tenham os seus direitos respeitados. Atuar de forma que eu possa chegar ao fim do dia de trabalho, consciente de que desenvolvi uma atuação profissional corretamente, em equipe, sem ferir ninguém, nem valores ou a ética. O trabalho é interessante e tem sido uma boa experiência. O Serviço Social aqui é muito importante, já que tem a atribuição de “peneirar” os problemas para que não cheguem mais à frente, por exemplo, resultando em um processo judicial ou até mesmo chegando à direção. Sou uma “peneira” aqui.
- E- Dentro daquilo que posso fazer e que sei fazer, acho que faço muito bem feito. O principal é amar o que fazemos.
- F- Sinceramente, aqui nesse campo nós não temos muito aonde ir, não. Aqui somos o Serviço Social e não temos mais o que almejar além disso. Então, por enquanto estou satisfeita por estar trabalhando. Nesta unidade, não tenho um objetivo maior que esse, pois sei que não há como. Nós recebemos muitas cartas de pacientes em agradecimento, não só ao Serviço Social, mas às demais equipes. A visualização do trabalho é essa, a forma como os pacientes agradecem. É como nós conseguimos identificar os resultados do nosso trabalho, a partir do grau de satisfação dos pacientes.
- G- Aqui não tenho outras aspirações, sou supervisora e não tenho mais para onde crescer. Quanto aos resultados do meu trabalho, acredito que seja o maior conhecimento e esclarecimento da população pela divulgação que realizamos acerca de seus direitos.
- H- Gosto muito do campo da saúde e gostaria de me especializar, ou seja, retornar à academia.

- I- Gostaria de poder ampliar o setor de Serviço Social, pois temos a necessidade de ter mais pessoal. Acredito que o meu trabalho torna a população mais esclarecida de seus direitos.
- J- Nosso objetivo é orientar as famílias, sobre os direitos e a garantia dos mesmos.
- K- Nós trabalhamos para atender a toda instituição, não só a família, mas toda a equipe multidisciplinar. Somos específicas do ambulatório, mas se houver necessidade, iremos para a enfermaria.
- L- Como estou completando 32 anos de atuação profissional, talvez esteja pensando no processo de aposentadoria. Para isso, estou preparando as profissionais que darão continuidade a este trabalho. Percebemos quando estamos atingindo um bom atendimento, quando algum usuário chega até nós para dar um bom *feedback*.
- M- Não respondeu.
- N- Tenho tido resultados muito bons. Com exceção do projeto dos idosos, que me deixa muito triste, pois não consigo muita coisa. Mas, de um modo geral, os meus diretores me deixam muito livre para trabalhar e, por causa da minha liberdade, consigo resultados muito legais. Por meio de minha atuação, os pacientes conseguem obter os atendimentos que necessitam, ainda que aqui seja uma instituição privada e o nosso trabalho possua limites. Não posso, por exemplo, reduzir o valor dos reajustes das mensalidades para os que não podem arcar. Recomendo que procurem a direção, que obviamente nega, já que o diretor é um empresário. Eu não sou uma empresária e analiso as questões apresentadas pelos pacientes, a partir de uma perspectiva social. Não posso obter muitos recursos dentro de uma instituição privada, pois sou barrada pela direção, pois antes de serem médicos, eles são empresários que objetivam o lucro.
- O- Cheguei a uma fase que estou balanceada quanto à questão profissional, pois vim para a instituição para trabalhar como assistente social, mas fui alocada como ouvidora. Hoje tenho uma meta, pois até ano que vem pretendo ter outro filho e, para isso, gostaria de sair da ouvidoria e trabalhar como assistente social. Dessa forma, poderei cumprir a carga horária de 30 horas semanais.
- P- Meu objetivo é trabalhar com a mesma essência que trabalho. Meu objetivo é sempre acertar, promover o bem-estar de todos, acompanhar os pacientes para que eles voltem aqui, só para me visitarem e lembrarem de mim. Os resultados do meu trabalho se relacionam à melhoria do meu atendimento, o retorno dos pacientes, a conscientização dos mesmos e a sensibilização da família durante a internação, para a continuidade do tratamento.
- Q- Desejo ser supervisora de estágio, meu maior objetivo profissional agora é esse, pela necessidade de abertura de campos de estágio. Gostaria, também, de retomar a pós-graduação para melhor me preparar, mas em função do horário de trabalho, é um pouco difícil conciliar, já que não somos liberadas cedo. As famílias agradecem muito a orientação social, então, os pacientes ligam e dão o retorno agradecendo terem alcançado o recurso que necessitavam, assim como nas altas e serviço de *homecare*. Não há outro profissional que preste estas orientações. Se não fizermos, ninguém fará. A própria equipe já encaminha para nós, pois já é um espaço institucional garantido.

Como se pode perceber nas respostas acerca dos objetivos profissionais, sete das entrevistadas (“B”, “F”, “G”, “H”, “I”, “L” e “Q”) fazem menção, respectivamente, ao desejo de realizarem/retomarem a especialização em saúde, à impossibilidade de maior ascensão profissional nas instituições aludidas, ao anseio de ampliação do setor de Serviço Social, à preparação de novas profissionais para darem seguimento ao trabalho na instituição (após a

aposentadoria da profissional entrevistada), ao interesse de abertura de campo de estágio e ao desejo, como no caso da entrevistada “O”, de trabalhar como assistente social, pois fora alocada como ouvidora. A entrevistada “A” faz ainda referência ao interesse do trabalho com a temática da qualidade, com a finalidade de melhoria dos processos de atendimento.

Nas respostas de algumas outras entrevistadas, observamos certa frequência no que diz respeito à garantia dos direitos dos pacientes. Não obstante as orientações sociais realizadas pelas profissionais, tendo em vista que, apesar ser uma instituição privada, os pacientes também são usuários das políticas sociais e recebem orientações para também acessá-las, todavia, cabe indagar: a que se referem os direitos que nestas instituições o Serviço Social é chamado pelo seu empregador a viabilizar? Direitos sociais ou direitos do mercado/consumidor? Concordamos com Dagnino (2004) com relação à premissa de que, na sociedade capitalista, constantemente o neoliberalismo visa implementar a ressignificação de noções como sociedade civil, participação e cidadania, deslocando o seu sentido.

Isto é, é interessante observar como o conceito de cidadania, que poderia ser tomado estrategicamente, vislumbrando a possibilidade de superação da ordem social, passa de afirmação e reconhecimento de direitos à um entendimento estritamente individualista dessa noção, onde se estabelece uma insidiosa conexão entre cidadania e mercado, na qual, tornar-se cidadão significa a integração individual ao mercado, como consumidor e como produtor (DAGNINO, 2004).

Depreendemos, com isso, que progressivamente os direitos sociais saem da esfera pública para a esfera do mercado. Ou seja, ser cidadão, paulatinamente, significa poder consumir, prova disso é a própria situação em que se encontram as Políticas Públicas, cada vez mais sucateadas, focalizadas sob o segmento pauperizado da população.

Nesse sentido, cabe destacar que, os assistentes sociais, profissionais que historicamente são requisitados a viabilizar os direitos sociais, ao que nos parece, estão cada vez mais sendo requisitados a viabilizar também os “direitos” advindos desse conceito ressignificado de “cidadania”, que como vimos, está atrelado ao consumo ou mesmo à filantropia e à benemerência (LOMIENTO, 2014).

Assim sendo, cabe a reflexão de que se, de um lado, temos o enxugamento das políticas públicas e, portanto, dos postos de trabalho, podemos ter, proporcionalmente, uma ampliação de vagas no âmbito privado, que se referem aos campos apreendidos enquanto “novos” espaços ocupacionais do assistente social, como por exemplo, as Organizações Não Governamentais (ONGs), hospitais privados, operadoras de planos de saúde, previdência

privada, onde os profissionais são chamados a viabilizar os “direitos” advindos dessa “nova noção” de cidadania (LOMIENTO, 2014).

4.8. Indagadas quanto aos principais programas e projetos desenvolvidos pela unidade e em quais o Serviço Social está inserido:

- A- Não há.
- B- Há projetos (palestras) de trabalho com as famílias, onde orientamos sobre as enfermidades, junto à equipe multidisciplinar.
- C- A equipe multidisciplinar (mensalmente) realiza reuniões para elaborarmos programas/cronograma de trabalho. A cada mês, alguém da equipe é escolhido para tal. Esse mês é a vez da nutrição, que trabalhará com os pacientes a questão da alimentação. Todo mês, há um profissional que trabalhará um tema. Trabalhamos sempre em grupo.
- D- Não sei informar se há programas, mas acho que não. Porém, temos pensado em elaborar um projeto voltado ao corpo de funcionários, pois acredito que precisem de algo voltado ao estímulo profissional.
- E- O projeto para este ano é ampliar o atendimento filantrópico (cirurgia de catarata) para a população atendida. Realizamos cerca de 100 cirurgias, no ano passado. Este ano pretendemos ampliar, contudo dependerá de questões políticas.
- F- Sim. Doação de itens hospitalares. O hospital doa itens hospitalares, que não estão em uso. Nós levantamos as instituições que estejam devidamente regulares, com CNPJ ativo, e fazemos a doação às instituições. Temos também a “campanha do agasalho”, além de um programa voltado às funcionárias gestantes junto à equipe multidisciplinar (Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social e Nutrição), que presta orientações às funcionárias gestantes a custo zero: responsabilidade social interna e externa. Na época da páscoa, realizamos campanhas para a doação de chocolates para instituições externas. Há um programa específico do Serviço Social voltado à desospitalização de pacientes internados. Ou seja, os pacientes de planos de saúde — que estão prestes a receber alta —, recebem indicação médica para receber atendimento domiciliar com um pouco de extensão do atendimento hospitalar. Assim, as operadoras realizam uma avaliação e uma aprovação do serviço de *homecare*. Este trabalho foi implementado pelo Serviço Social.
- G- O Serviço Social está inserido na assistência direta aos pacientes/famílias, e em um projeto social mantido pelo hospital, no setor da ginecologia.
- H- Não.
- I- Na verdade, não há nenhum projeto associado ao Serviço Social. Encontramo-nos inseridas na linha de frente de vários outros projetos aqui do hospital. Participamos, principalmente, da desospitalização, que é a preparação para a alta. Estamos presentes nesse processo do começo ao fim.
- J- Temos o projeto de oficinas psicopedagógicas de empregabilidade.
- K- Não respondeu.
- L- Há um projeto específico junto aos pacientes internados, e também há o de desospitalização, onde acompanhamos todo o processo de saída do paciente da unidade, principalmente, aquele que requer *homecare*. Preparamos, também, a família e realizamos todo um trabalho multidisciplinar. O Serviço Social monitora todo esse processo.

- M- Tenho vontade de implantar uma creche aqui, pois temos muitas funcionárias, inclusive, da baixada fluminense.
- N- Há o programa de apoio ao paciente. Nós tentamos implantar um projeto de prevenção de doenças, mas não se manteve. Atualmente, o centro de estudos realiza algumas palestras importantes ligadas à área médica. São palestras sobre câncer de mama, de próstata e de pele.
- O- Já fizemos muitos projetos, mas engajar um projeto aqui é difícil, já que tudo deve ser do modo que a diretora exige. Já realizamos um projeto para normatizar visitas e de salas de espera.
- P- Já tivemos mais projetos e, atualmente, temos um lar de idosos com oficinas. No andar de cima, temos o polo de atenção integral, que presta atendimento à pacientes psiquiátricos e dependentes químicos. Participo de um projeto voltado à população do Haiti, do qual a associação do hospital faz parte e que tem o objetivo de recolher mantimentos. Participo de tudo que sou convocada, mas não há projetos dirigidos por mim. Até tentamos montar um projeto acerca do “outubro rosa”, mas em função da situação da saúde pública, não encontramos parcerias para trabalhar, pois está muito difícil. O tempo é muito escasso para desenvolver algo sozinha e montar projetos individualmente, embora acompanhe tudo. Atuo em equipe multidisciplinar e me chamam quando é necessário.
- Q- Temos o Programa de Escuta Hospitalar (visitas aos leitos, quartos e CTIS), onde o Serviço Social realiza visitas para escutar e orientar. Era um projeto, mas se tornou um programa, em virtude da frequência que o realizávamos. Estamos também inseridas em um programa de assistência domiciliar, para os sócios do plano de saúde do hospital. Nós fazemos a avaliação e identificação dos pacientes que possuem o perfil para ingressarem neste programa. Nosso trabalho é respeitado no hospital, pois o diretor conta conosco, enquanto um “braço” para a identificação desses candidatos ao projeto. Após nossa identificação, os demais profissionais são sinalizados.

#### 4.9. Quanto à existência de projetos do Serviço Social escritos e de sua avaliação periódica:

- A- Não, infelizmente. No outro hospital havia.
- B- Não tenho projeto escrito.
- C- Não. Somente as rotinas, funções e metas.
- D- Ainda não. Ainda estou mapeando o lugar.
- E- Não.
- F- Sim.
- G- Não.
- H- Não. Na verdade, teve antes de eu entrar.
- I- Não há nenhum projeto.
- J- Nós tínhamos alguns projetos, mas devido a dificuldades financeiras, cessaram.
- K- Não.
- L- Temos alguns projetos. Sim, avaliamos. Fizemos até em outra comunidade, alguns projetos que foram elaborados e monitorados pelo Serviço Social. Agora mesmo, estamos começando a elaborar um projeto para realizarmos uma feira de saúde. O Serviço Social coordenará este projeto e será realizado em Gramacho.
- M- Há um projeto escrito da parte do governo estrangeiro. O outro é o Programa de Escuta Hospitalar. Não são periodicamente avaliados.
- N- Tenho três projetos aqui no hospital.
- O- Não tenho conhecimento.

- P- Quando ingressei na instituição, construí um plano de trabalho, um estudo, além do POP, que é uma programação operacional de nossas funções. Tenho um POP de todas as minhas atribuições. Este sistema facilita diversas coisas, como a nossa substituição no caso de férias e de demissão. O profissional que assume o seu lugar não ficará perdido, assim como fiquei quando cheguei aqui. Tive que estruturar todo o serviço que existe atualmente: todos os formulários, anamneses, estudos e levantamentos.
- Q- Não respondeu.

Como podemos observar, quatro das entrevistadas (“A”, “D”, “H” e “K”) nos informaram não existirem ou mesmo desconhecerem a existência de projetos ou programas nas instituições. As profissionais “B”, “C” e “N” referiram a existência de projetos multidisciplinares voltados à prestação de orientações aos pacientes acerca de enfermidades e demais temáticas vinculadas à saúde. Duas outras assistentes sociais (“D” e “M”) mencionaram o interesse em desenvolverem projetos relativos, respectivamente, à implementação de uma creche para os filhos das trabalhadoras e de estímulo aos profissionais das instituições.

Outros projetos e programas ora citados pelas entrevistadas, correspondem a: projeto de doação de itens hospitalares, campanhas de doação de alimentos e vestimentas, oficinas para idosos, projeto filantrópico voltado à prestação de atendimento ginecológico e à realização de cirurgias de catarata, programas de atendimento voltados aos trabalhadores das instituições e programa de escuta hospitalar, além de oficinas “psicopedagógicas de empregabilidade”, conforme destacado pela entrevistada “J”.

Entre os projetos existentes nas instituições e dos quais as assistentes sociais mencionaram fazer parte, nos chamou a atenção, particularmente, o “Projeto de Desospitalização” e de assistência domiciliar, pela frequência em que foi citado — entrevistadas “F”, “I”, “L” e “Q”. Ao examinarmos a literatura sobre o “futuro” da gestão hospitalar, observamos certa menção à redução da necessidade por leitos hospitalares, ainda que no Brasil tais alterações sejam ainda muito relativas.

Nesse sentido, registra-se uma série de iniciativas voltadas para a redução da utilização de leitos, propagadas e gerenciadas pelos hospitais. À primeira vista, isto assemelha-se a um contrassenso, pois os hospitais lucram com a venda de leitos a serem ocupados. Entrementes, está-se falando de modelos de assistência alternativos àqueles prestados em ambiente hospitalar e de outros que complementam a assistência hospitalar, os quais, em nossa avaliação, se tornam menos onerosos e mais lucrativos aos hospitais.

Em suma, entendemos que a referida desospitalização dos pacientes e sua transferência para o domicílio onde ficam sob os cuidados, principalmente, de sua família e

do serviço de *homecare*, corrobora com o interesse das empresas no sentido de uma melhor “gestão” dos leitos com maior capacidade operacional e, para as fontes pagadoras, melhor gestão das despesas assistenciais e diminuição dos custos.

No que tange à existência de projetos de intervenção profissional escritos, como podemos observar, ainda que algumas das entrevistadas (“F”, “L”, “M” e “N”) tenham informado a sua existência — ainda que tenham optado por não explicitarem maiores detalhes acerca deles —, em sua maioria, as profissionais relataram desconhecem ou não existem projetos de intervenção. A esse respeito, enfatizamos que a atitude investigativa e a pesquisa científica, são elementos constitutivos do exercício profissional dos assistentes sociais e do próprio processo de aperfeiçoamento profissional, uma vez que através dela se angariam conhecimentos sobre a realidade que se somarão ao arcabouço teórico existente e servirão como subsídios para a formulação de projetos de intervenção:

Daí entendermos que a pesquisa para o Serviço Social fornece subsídios à análise do processo de produção e reprodução da vida social sob o capitalismo, no âmbito do qual o Serviço Social se situa, visando à instrumentalização do assistente social para a elaboração de projetos de intervenção e para a intervenção propriamente dita (GUERRA, 2009, p.13).

Debruçar-se sobre o próprio cotidiano profissional, analisar os espaços sócio-ocupacionais e as demandas e requisições que são dirigidas ao Serviço Social, configuram-se elementos de fundamental importância para que os profissionais possam planejar seu trabalho e, com isso, obter melhores resultados em sua intervenção.

Entretanto, não é o que podemos depreender da maioria das exposições obtidas, pois expressam na maior parte dos casos, a inexistência de projetos de intervenção profissional documentados nos âmbitos hospitalares analisados. Consideramos que tal quadro traz sérias implicações ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, especialmente, pela natureza do campo e a necessidade de avaliação crítica das requisições dirigidas aos profissionais.

Como sabemos, a estratégia de formulação de um projeto de intervenção é elemento relevante para o enfrentamento da desqualificação profissional nos campos de trabalho. Como assevera Iamamoto (2012):

O desafio é o assistente social ultrapassar a perplexidade e apropriar-se dos novos espaços profissionais, orientando a atuação segundo os princípios Ético-Políticos da profissão. Requer incluir a investigação enquanto um componente fundamental do exercício, condição para o desvendamento da realidade e para propor alternativas de ação compatíveis com as necessidades e interesses dos usuários. Para tanto, é necessário desenvolver a sistematização das informações obtidas no contato direto com os cidadãos e cidadãs nos plantões de atendimento e nas várias abordagens profissionais, articulando propostas sistemáticas de pesquisa com os projetos de intervenção técnica (IAMAMOTO, 2012, p.63-64).

4.10. As assistentes sociais, avaliando as condições de trabalho nas instituições em que atuam, responderam:

- A- Sim. Em relação a recursos materiais, não posso reclamar.
- B- As minhas condições de trabalho são boas, mas gostaria de ter uma sala só minha, pois isso ainda não tenho. Preciso ter uma sala só minha, pois às vezes atendo pessoas aqui e eu divido a sala com o administrador. Acredito que isso seja importante, pois atendemos os familiares e precisamos de sigilo.
- C- Às vezes não tão boas. Depois que o SUS passou a reger a hemodiálise, obedecemos rigorosamente a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), que é a lei que regula o setor. Contudo, se você for na minha sala, verá que é uma sala da “equipe multi”. Considero que isso faz o Serviço Social perder um pouco da privacidade. Às vezes, solicito que todos saiam, quando preciso realizar atendimentos com famílias que se encontram muito fragilizadas. É muito complicado, pois não há sigilo.
- D- Precisava de mais coisas, mas como eu estou chegando agora, não sei como ficará daqui a algum tempo, mas estou começando a solicitar. Quero uma sala, preciso de um computador, um telefone, já que tenho um ramal, mas não tenho um aparelho. Como estou trabalhando no 6o andar, há a sala da gerente de enfermagem, que me permite total liberdade de acesso.
- E- Não posso reclamar. Tenho boas condições de trabalho (ambiente refrigerado, telefone, computador) e sou respeitada pela equipe profissional.
- F- Não tão boas, por ser uma instituição privada de caráter filantrópico.
- G- Tenho boas condições. Disponho de sala própria, computador, telefone, ar-condicionado. Tenho recursos suficientes para um trabalho de qualidade.
- H- Não temos uma sala própria, o que é muito importante para o sigilo. Tínhamos no passado, mas após a reestruturação da instituição, a perdemos e fomos alocadas na recepção. Quanto a outros recursos, não posso reclamar.
- I- Se comparado a outros locais que trabalhei, nesta instituição há boas condições de trabalho, pois não vejo escassez de recursos humanos ou físicos. Na verdade, acho que dos hospitais que já trabalhei aqui no Rio, este é o que mais reconhece a assistente social, como integrante de uma equipe multidisciplinar.
- J- São boas, disponho de recursos suficientes.
- K- As condições nem sempre são muito boas.
- L- Boas, muito boas. Dispomos de boas condições de trabalho.
- M- Possuímos boas condições. Tenho sala própria.
- N- Disponho de ótimas condições de trabalho.
- O- São ótimas. Possuo uma sala, além de uma secretária.
- P- São boas. Tenho os recursos necessários e divido a sala com a ouvidora, que é minha parceira.
- Q- Considero boas. Aqui temos sala e dois banheiros: um nosso e outro dos pacientes/familiares. Aqui temos café. Podemos assegurar o sigilo e conforto para a família, tem ar-condicionado, recepção, embora, no momento, estejamos sem recepcionista.

Com exceção das entrevistadas “B”, “C”, “F”, “H” e “K”, que pontuaram a não existência de condições tão favoráveis de trabalho — sobretudo, no que se relaciona à inexistência de uma sala própria de trabalho, elemento fundamental para que o sigilo

profissional possa ser resguardado —, as demais profissionais afirmaram estarem satisfeitas com as suas condições de trabalho.

Como podemos perceber, diferente do relato que habitualmente encontramos no âmbito público, com exceção dos casos acima sinalizados, nestas instituições do âmbito privado, majoritariamente, as profissionais denotam possuir condições satisfatórias para a realização do seu trabalho profissional, que voltado para o atendimento e satisfação dos clientes das empresas — e, principalmente, por se tratar de instituições privadas de saúde frequentadas, em sua maioria, por uma camada social majoritariamente provinda da classe média —, por razões óbvias, são dispensadas condições suficientes para o exercício profissional de forma a atingir os interesses da instituição contratante (LOMIENTO, 2014).

É evidente o quão diferente é a condição comumente verificada entre os assistentes sociais que trabalham nas políticas públicas, e que muitas vezes mal dispõem de condições físicas favoráveis para viabilizar um atendimento digno e adequado aos usuários.

Por toda a nossa trajetória de estágio curricular ter se desenrolado na área da saúde, nas esferas pública e privada, pudemos observar diferenças substanciais no que se relaciona às condições de trabalho dos assistentes sociais nas duas esferas. Na esfera pública, como é evidente, observamos o processo de precarização que circunscreve a Política de Saúde e, conseqüentemente, do trabalho profissional que nela se desenvolve (LOMIENTO, 2014).

Já no âmbito privado, vivenciamos uma realidade completamente diferente, que se distingue até mesmo pela questão do vínculo empregatício das profissionais, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), enquanto no âmbito público, as assistentes sociais estavam subordinadas a contratos precários. Por razões óbvias, os empregadores dos assistentes sociais no âmbito privado têm interesse, na maioria das vezes, em fornecer condições de trabalho satisfatórias às profissionais, já que sua atuação se orienta, em última instância, para a viabilização do lucro empresarial, por meio do atendimento/satisfação da clientela do hospital (LOMIENTO, 2014).

#### 4.11. Perguntadas quanto aos seus principais instrumentos de trabalho:

- A- Relatórios e o próprio censo. Faço o censo e relatórios diariamente.
- B- Relatórios, reuniões, pareceres e entrevistas com a família.
- C- Ficha social, relatório, encaminhamentos, entrevistas e visitas. Elaboro muitos documentos já que a exigência do SUS é muito grande.
- D- Bip, telefone, computador, a sala, a equipe, ficha de avaliação social — implementada na emergência e unidades —, documentos vinculados ao programa de desospitalização de pacientes: foram criados formulários próprios onde o médico faz a indicação. Há, também, um formulário de acompanhamento social, a ficha de avaliação de risco

- social, temos os indicadores que avalio mensalmente: indicadores de performance por profissional, indicadores por setores e indicadores de desospitalização.
- E- Visitas domiciliares, entrevistas, laudo social, relatório social, atendimento direto e escuta ativa.
- F- Sim, possuímos. Utilizamos o relatório social, quando há demandas que levamos para a delegacia do idoso. Temos um setor jurídico no hospital, com o qual fazemos a interlocução nesses casos de denúncias por abandono. Realizamos anamneses e estudos quando os pacientes ingressam na instituição, apresentando o serviço e nos colocando à disposição.
- G- Nesta instituição, é mais difícil realizarmos relatórios: o que fazemos é a “evolução social” no prontuário eletrônico, que é algo mais sucinto. Quando necessário, trabalhamos com o jurídico do hospital e, quando é demandado, elaboramos um relatório social para os casos de denúncias para a promotoria do idoso.
- H- Entrevistas, reuniões, palestras, laudo social e pareceres.
- I- O laudo e o parecer social.
- J- Temos a entrevista social, abordagem social e, quando necessário, visitas domiciliares.
- K- Anamneses e encaminhamentos.
- L- Não respondeu.
- M- Meus instrumentos para o atendimento dos pacientes internados, são: os relatórios sociais, fichas dos acompanhantes escolhidos pelas famílias, controle de visitação, controle de medicamentos e controle da quantidade de internados (censos). Tenho todos esses instrumentos.
- N- E-mail, as visitas domiciliares, os censos hospitalares e as próprias anotações. O censo é o nosso Norte. Com relação ao programa de atendimento domiciliar aos beneficiários do plano de saúde do hospital, estamos elaborando uma entrevista social, além da realização de visitas domiciliares e monitoramento por telefone da família, com vistas à criação de vínculo. Esse projeto foi criado para evitar internações sucessivas dos idosos, pois verificamos que podem advir de cuidados inadequados em casa. Realizamos visitas para avaliar as suas condições e de sua família, e as razões que prejudicam a recuperação do paciente em casa, avaliando o risco social.
- O- Não respondeu.
- P- Não respondeu.
- Q- Não respondeu.

Dentre os principais instrumentos de trabalho destacados pelas entrevistadas, temos: o censo hospitalar,<sup>48</sup> relatório social, entrevista social, visitas domiciliares, laudos sociais, fichas sociais, pareceres sociais, “anamneses”, fichas de “evolução social”, atendimento direto à população, escuta ativa, reuniões, registros, utilização de *e-mail*, além de documentação específica vinculada aos programas de trabalho e ao controle da produtividade da equipe, como informado pela entrevistada “D”.

A respeito dos instrumentos informados por nossas entrevistadas, cabe salientar, que os mesmos não parecem divergir, de todo, dos instrumentos utilizados pelo Serviço Social nos

---

<sup>48</sup>De acordo com a definição da portaria SAS/MS Nº 312, de 30 de abril de 2002, o censo hospitalar diário “é a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital.”

demais espaços sócio-ocupacionais em que se insere (públicos e privados) — não obstante a especificidade da natureza privada das instituições de saúde em questão. Esta ressalva se faz necessária por nossa experiência no campo privado da saúde — em uma ouvidoria — ter sido bastante diversa no que tange aos instrumentos de trabalho, em comparação ao relatado por nossas entrevistadas.

Na supracitada instituição, nosso instrumental técnico-operativo era composto, sobretudo, por pesquisas e avaliações da qualidade do atendimento prestado pela instituição, bem como da satisfação dos consumidores com os serviços ofertados. Se constituía um trabalho deveras burocrático e mecânico, que visava aferir, como dito, indicadores da qualidade e satisfação dos clientes da empresa, os quais, ao final de cada mês, eram sistematizados na forma de um relatório e apresentados à direção hospitalar, isto é, ao próprio proprietário da empresa.

Assim sendo, pode-se dizer, de acordo com Guerra (1995), que o conhecimento dos instrumentos necessários ao trabalho profissional, seja para a intervenção em uma determinada realidade ou mesmo em pesquisas sobre fenômenos diversos, configura elemento fundamental do trabalho do Serviço Social, uma vez que pode nos auxiliar no sentido da materialização da complexa dialética entre teoria e trabalho profissional.

Sendo assim, os desafios existentes no campo da atuação exigem do assistente social o domínio de informações, para identificação dos instrumentos a serem acionados e requer habilidades técnico-operacionais, que permitam um diálogo produtivo junto aos diferentes segmentos sociais. A apreensão da realidade viabiliza o seu desvelamento, no sentido de possibilitar a condução do trabalho a ser realizado. A pesquisa enquanto instrumento, portanto, revela-se uma tática fulcral, tornando-se fundamental incorporá-la aos procedimentos rotineiros (IAMAMOTO, 2012).

Este movimento, indubitavelmente, trata-se de uma das ações eficazes para auxiliar no desvelamento das tendências constantes da realidade, as quais, uma vez decifradas, podem vir a ser acionadas pela vontade política dos sujeitos profissionais, de forma a retirar dos dados e das análises constantes neles, as estratégias de ação em consonância com a realidade objetiva, preservando sua viabilidade (MARCONSIN, 2013).

Tal estratégia poderá reduzir a distância entre o desejável e o possível, mas, principalmente, estabelecendo a precisa relação, que é dialética, entre a teoria e o trabalho profissional (MARCONSIN, 2013).

4.12. Quanto ao trabalho desenvolvido, as frentes de atuação, rotinas, principais atividades executadas; organização, divisão e composição da equipe de trabalho:

- A- Prestamos suporte às famílias, no sentido da orientação acerca dos seus direitos; além do trabalho com a ouvidoria, que é essencialmente acolher queixas, elogios e sugestões.
- B- Realizo visitas diárias matutinas nas enfermarias, quartos e CTI (10 leitos). Conheço todos os pacientes internados e seus familiares, pois estou sempre presente. Minha rotina de trabalho se organiza da seguinte forma: primeiro, pela manhã, realizo visitas; depois, participo das palestras (quando ocorrem), presto orientações (com relação à direitos trabalhistas/previdenciários e também assistenciais, além dos serviços institucionais) e assistência direta aos pacientes e familiares. Realizo orientações aos pacientes trabalhadores, acerca da necessidade de atestados para o afastamento laboral, isto é, para o auxílio-doença, pois muitas vezes eles chegam muito adoecidos e me preocupo em agilizar os documentos necessários para que não se prejudiquem em seus empregos.
- C- Trabalho junto ao convênio com o Sistema Único de Saúde (clínica satélite de hemodiálise) que a instituição possui. Todos os encaminhamentos dos pacientes partem do Serviço Social: transplantes, vacinação e qualquer exame. Por exemplo, atendemos os pacientes particulares via plano, mas também possuímos preços tabelados para os pacientes do SUS. Considero que é melhor para eles acessarem os serviços (exames, por exemplo) da instituição, a um baixo custo (simbólico), do que aguardarem no SUS por seis meses. Toda essa parte de organização é comigo. A cada sessão de hemodiálise, o SUS paga ao hospital. Trabalho junto aos pacientes e suas famílias visando o atendimento de suas necessidades, buscando assegurar a adesão ao tratamento. Esse processo é muito difícil, já que os pacientes e suas famílias enfrentam diversas dificuldades sociais.
- D- Minha rotina de trabalho é realizar visitas em todos os quartos, averiguando se houve alguma intercorrência durante o atendimento das equipes. Converso muito com os pacientes, buscando levantar as suas demandas e necessidades. Verifico se necessitam de algum esclarecimento com relação aos seus direitos sociais ou dos seus acompanhantes, além de informações acerca dos direitos que têm perante seus planos de saúde. Mesmo que os últimos sejam informações em que, particularmente, os pacientes precisem ligar para seus planos, mas funcionamos como “ponte”. Também cumpro uma função de “ouvidoria”, embora não resolva diretamente as questões, repasso para os setores responsáveis e acompanho a resolução. Não resolvo, mas faço o possível para resolver. Acumulo funções na instituição, mas não tem problema, já que minha prioridade são os pacientes. A minha meta é não deixar que os problemas cheguem no “limite”. Por exemplo, em uma situação hipotética, se há uma situação de negligência no atendimento, preciso intervir antes que se torne um processo para o hospital. Se há demora no atendimento dos médicos, por exemplo, preciso impedir que isso se torne uma insatisfação dos pacientes e chegue à direção. A minha meta é não deixar os problemas se avolumarem, além de não permitir que os pacientes tenham seus direitos negligenciados.
- E- Na atualidade, basicamente, administro a parte filantrópica do hospital. Nós temos celebrado muitos convênios com prefeituras. Hoje temos um convênio firmado com a prefeitura de Paraíba do Sul. Durante todo o ano de 2016 realizamos cirurgias de catarata para os moradores do local. É um convênio firmado entre a prefeitura e o hospital. No que tange o restante dos serviços do hospital, são também realizadas consultas e exames filantrópicos, cujo montante de vagas fica a critério de cada chefia

dos serviços. Me autorizam a liberar as vagas para os pacientes, segundo os seus critérios. Todavia, nosso foco é a população de baixa renda que é atendida na oftalmologia para a realização das cirurgias de catarata. Toda terça-feira, o serviço de oftalmologia realiza o “ambulatório filantrópico”, que consiste em um atendimento multidisciplinar envolvendo o Serviço Social, dois médicos oftalmologistas e uma técnica de enfermagem aos pacientes já previamente agendados para as consultas. Atendo, também, os trabalhadores da instituição.

- F- Como chefe do Serviço Social, realizo a gestão do ponto eletrônico da equipe, oriento o trabalho do jovem aprendiz, o acompanhamento dos indicadores do setor, o acompanhamento da equipe, participo das comissões temáticas — faço parte da comissão de óbito, comissão de morte encefálica e comissão de consultores de ética, participo do processo de acreditação hospitalar e também da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Nosso atendimento também se volta aos colaboradores.
- G- Na parte dos quartos de internação (andar), realizamos visitas, identificamos as demandas e prestamos orientações às famílias e aos pacientes. No âmbito da ginecologia (filantrópica): coordenação do projeto, entrevistas, identificação do perfil das pacientes, relatório social, além de questões burocráticas como a marcação de consultas, planilhas e elaboração de documentos.
- H- Atendimento às famílias e a participação nas reuniões de desospitalização.
- I- Realizo acolhimento e orientações aos pacientes, além de participar, também, do processo de desospitalização.
- J- Orientações acerca dos direitos das crianças e adolescentes atendidos na instituição, que é privada, porém presta atendimento filantrópico.
- K- Orientações sobre formulários para benefícios: Bolsa família, RioCard Especial, Benefício de Prestação Continuada (BPC), curatela e pensão por invalidez, já que é uma instituição privada de caráter filantrópico. Tudo fica com o Serviço Social e quando não sabemos de alguma informação, temos que “correr atrás”.
- L- Realizamos estudos sociais dos pacientes, as entrevistas, orientações quanto aos direitos sociais, principalmente, previdenciários e demais direitos que os pacientes possam ter.
- M- Trabalho no atendimento de segunda instância (ouvidoria). Isto é, todo paciente que passou por algum setor e não obteve solução ou que não se sentiu satisfeito com a mesma, tem a possibilidade de comparecer ao setor da ouvidoria para tentarmos resolver. O atendimento também ocorre através de contato telefônico e aí temos até sete dias úteis para tentar resolver. Conseguimos diminuir muito o índice de reclamações do hospital no site “Reclame Aqui”.
- N- Realizo pareceres sociais, anamneses, denúncias em casos de suspeita de maus-tratos ou abandono de pacientes idosos, por exemplo. Costumo também atender os trabalhadores da instituição.
- O- Visitas aos pacientes, atendimento dos casos sociais, relatórios de cada caso acompanhado, contato com as famílias e atendimento aos trabalhadores da instituição. A única coisa que não faço (e que o Serviço Social não deve fazer) é informar o óbito, pois acham que somos nós as responsáveis. Apenas o médico deve informar o óbito, já que pode esclarecer as causas da morte. Nós nos limitamos a acolher as famílias dos pacientes que faleceram e que estão muito fragilizadas. Considero que todas as demandas sejam importantes e prioritárias, desde a antecipação de exames para pacientes aflitos que querem ir embora, entre outras demandas. Trabalho também, uma vez ao ano, em uma obra social do hospital, que é uma creche social e realizo a pré-entrevista das famílias candidatas.

- P- Realizo as visitas que são parte do Programa de Escuta Hospitalar nas enfermarias e quartos, na parte da manhã. Já o trabalho na ouvidoria, demanda outro tipo de estratégia de atuação profissional: acolhimento de reclamações, sugestões e elogios; o acompanhamento das visitas no CTI e o suporte à equipe multidisciplinar. Atendo, também, os pacientes que recebem atendimento filantrópico da instituição.
- Q- Uma vez por mês, temos a reunião da equipe multidisciplinar. Realizo atendimentos para prestar orientações aos pacientes e seus familiares, realizo visitas nos quartos, auxílio nas transferências e realizo denúncias contra maus-tratos. Atuo como “ouvidora” também, já que não há um setor específico para isso.

4.13. Quanto à existência de consonância entre as atribuições e competências profissionais e o trabalho neste campo:

- A- Sim, acredito que a atuação do Serviço Social na ouvidoria pode constituir-se como uma competência profissional, embora não seja uma atribuição privativa.
- B- Sempre há dificuldades. Trabalhei no campo privado e público, onde também existem restrições, mas no fundo conseguimos realizar o trabalho. É possível.
- C- Há, pois nesse ponto eu tenho um diálogo muito bom com a diretora. Eles não sabem muito bem o papel do Serviço Social, então em todas as oportunidades que tenho — há 30 anos que trabalho com a diretora —, problematizo sobre o meu papel e minha função. Não podemos nos cansar desse trabalho, se fraquejarmos, não conseguiremos nada e este trabalho se tornará insuportável. Na instituição, apenas pela minha expressão, as pessoas já sabem quando querem me atribuir funções que não são do Serviço Social. Isso é um processo difícil de se equacionar. Devemos saber destrinchar as demandas que chegam para nós. Por exemplo, as vezes o paciente reclama das condições de infraestrutura e me indago o que o Serviço Social tem a ver com isso. Por outro lado, para quem ele poderá reclamar? Se me negar, ninguém irá encaminhar a reclamação e viabilizar uma solução. Não temos que fazer isso, todavia, devemos ter claro que estamos fazendo isso pelo bem-estar do paciente. Do contrário, assumimos um papel fiscalizatório na instituição, então não estaremos fazendo Serviço Social, mas o serviço da manutenção do hospital.
- D- Sim. Neste hospital, as coisas são fáceis de conseguir com o diálogo. O trabalho em equipe é um instrumento facilitador. Todavia, devemos reafirmar nosso projeto diariamente. Até o presente momento, não houveram distorções ou desvios de função, embora não possa falar pelo futuro.
- E- Acredito que sim. Na instituição, não há demandas que desviem do que está pautado em nossa legislação profissional.
- F- Acredito que sim. Contudo, considero que existam coisas que nos solicitam e que não possuem relação com o Serviço Social.
- G- Sim, há consonância. Ao menos aqui procuro praticar, e cobro das demais profissionais também. Acredito que devemos ter o mínimo de ética e não só a profissional.
- H- Existe. Tentamos sempre nos guiarmos por nossa lei. Há um momento ou outro que ficamos em dúvida e precisamos consultar, para lembrarmos das determinações contidas nela, mas existe sim. Às vezes nos deparamos com algum problema e nos indagamos: e agora? Então, pesquisamos para observar se há alguma atualização na lei. Ainda mais por estarmos sozinhas na unidade, buscamos sempre nos respaldarmos coletivamente com as colegas que atuam nas outras unidades hospitalares da empresa e trocamos em relação a dúvidas, já que nos encontramos esporadicamente. A nossa chefia

(administradora de todas as unidades) apoia as nossas reuniões, ainda que sejam informais.

- I- Acredito que haja relação sim.
- J- Considero que sim.
- K- Na realidade, não acredito muito não. Penso que o que aprendemos na faculdade, quando nos inserimos na prática, observamos que é muito diferente. A realidade é outra.
- L- Não, inclusive já começa pelo piso salarial. A carga horária da categoria é de 30 horas e vivemos em um conflito para que ela seja respeitada pelas instituições. Posso dizer que na lei é uma coisa e na prática é outra.
- M- O meu sim, e é altamente respeitado.
- N- Existe. Não sei se isso se deve ao fato de eu ser muito antiga na casa e ter uma abertura muito boa com o diretor, mas consigo. Contudo, se formos julgar de forma clara, não há consonância: nós vemos o âmbito social e eles visam o dinheiro. Não há como ter um parâmetro entre uma administração empresarial e o Serviço Social. Nós visamos o bem-estar ampliado dos pacientes, saúde física, mental, condições de moradia, situação familiar, assistência à saúde no domicílio e aqui preciso dar alta ao paciente porque os leitos precisam ser liberados, mesmo quando a família não dispõe de meios para levar o paciente para casa. Tentamos negociar a extensão da permanência do paciente, mas novamente sou embaraçada pela direção que afirma que se a saída não for efetivada, a internação começará a ser cobrada particularmente. Sou obrigada a ligar para a família e informar as determinações. Eles afirmam que o hospital não é hotel. Argumentam que os pacientes devem ficar apenas enquanto necessitarem de cuidados médicos e quando os mesmos cessam, devem ir embora. Mas vejo de outra forma, pois busco compreender a situação da família, que pede para que a alta seja estendida para alguns dias até que possam reunir os recursos necessários para receber o paciente: colchão especial, cama hospitalar, cadeira de rodas, adaptação do banheiro e realização de obra. Às vezes eu confronto a direção para que eles possam ficar e até mesmo invento que a família envolverá a justiça no caso. É claro que é um embate com os interesses da empresa, que não quer saber da situação do paciente e de sua família, já que o leito custa dinheiro e o paciente, em tese, não precisa dele. Representa, assim, para o raciocínio empresarial, gasto desnecessário de dinheiro. Mas com certeza não é o meu raciocínio.
- O- Sim. Avalio que a não consonância está no atendimento, que é limitado pelas condições impostas pela realidade das políticas sociais.
- P- Se formos considerar os parâmetros, já que aqui trabalhamos muito sobre eles, há muito sobre o que se posicionar, já que aqui o médico ainda acha que nós temos que fornecer declaração de comparecimento, por exemplo. Devemos ter os parâmetros decorados em nossa cabeça, pois se deixar, eles “entubam” tarefas em nós. Solicitavam até que entregássemos exames médicos. Sinto falta na categoria de um posicionamento coletivo acerca dessas coisas, devíamos dizer “nãos” em todas as instituições para que pudéssemos ter respaldo. Isso está garantido, não precisamos ter medo. Já falei sobre essa questão dos exames relacionando com os parâmetros com o diretor médico. Quando tínhamos uma recepcionista, ela executava todo o trabalho administrativo relativo à documentação médica, já que isso não é minha atribuição. Mas agora não temos mais administrativo e por isso devemos sempre estar na luta, pois se não fizermos, já que o nosso maior comprometimento é com o usuário, os deixaremos prejudicados. Registro todas as reclamações, nesse sentido da documentação, para que a instituição possa ser cobrada e mudar essa situação e não nos sobrecarregar. O que mais há são colegas sobrecarregadas, por aceitarem esta situação e não se posicionarem. Depois não sabemos se somos secretárias, recepcionistas ou assistentes sociais.

Q- Sim, tem que existir. Todavia, considero que me demandem atividades que não são do Serviço Social, como visitas a convênios de saúde ou registros de boletins de ocorrência na delegacia, por exemplo.

Como principais eixos do trabalho do Serviço Social nos hospitais privados ora analisados, podemos destacar: a) o acompanhamento dos pacientes/familiares, que acessam os serviços institucionais através de planos de saúde ou mesmo contratam os seus serviços particulares, no que tange o fornecimento de orientações acerca dos seus direitos do consumidor, serviços, rotinas hospitalares, bem como a prestação de orientações sociais diversas (trabalhista, previdenciária, assistencial, dentre outras); b) o trabalho nas ouvidorias das instituições, recebendo queixas, sugestões, elogios, auxiliando na “mediação/resolução” de conflitos e, por conseguinte, no aumento dos níveis de satisfação e fidelização da clientela; c) administração de serviços filantrópicos ofertados pelos hospitais, no sentido da realização de triagem socioeconômica e acompanhamento dos pacientes; d) o trabalho junto aos pacientes atendidos em uma clínica satélite de hemodiálise, a qual corresponde a um convênio entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição privada; e f) atendimento direto aos trabalhadores da instituição.

Como sabemos, o lucro é a finalidade de toda e qualquer empresa capitalista e a necessidade de profissionais que atuarão no sentido de assegurar a satisfação dos clientes, sua fidelização, a “mediação/resolução” de conflitos entre os mesmos e as instituições, e o consequente aumento dos lucros, emerge como um imperativo. Nesse sentido, ao analisarmos as demandas dirigidas ao Serviço Social no contexto da saúde privada, observa-se claramente tal tendência presente nas requisições que são atribuídas a estas profissionais.

Ao que pudemos observar, as assistentes sociais são requisitadas para acompanhar os pacientes e suas famílias, buscando subsidiá-los de orientações acerca de seus direitos do consumidor, serviços e rotinas institucionais, no sentido da realização de uma “mediação/resolução” de conflitos entre tais consumidores e as instituições e, conseqüentemente, a prevenção de conflitos potenciais — até mesmo judiciais —, para as empresas.

A entrevistada “D” traz à tona importantes exemplos acerca das supracitadas premissas, referindo que sua atuação se dirige a impedir “[...] que os problemas cheguem no limite”, ou para “[...] não deixar os problemas se avolumarem”, intervindo em situações onde haja negligência no atendimento, “[...] antes que se torne um processo para o hospital”, como no caso da ocorrência de demora no atendimento médico, por exemplo, onde a mesma

necessitaria, “[...] impedir que isso se torne uma insatisfação dos pacientes e chegue à direção”.

Com relação à atuação profissional nas ouvidorias, como já mencionado neste estudo, a mesma dirige-se à “integração” da clientela, pois realiza um acompanhamento assíduo das novas necessidades/demandas que ela possa apresentar, com vistas a antecipá-las e satisfazê-las, além da correção dos fatores motivadores das queixas, promovendo, assim, a prevenção/mediação de conflitos, a fidelização da clientela e o conseqüente aumento dos lucros da empresa (LOMIENTO, 2014).

A entrevistada “M” exemplifica como funciona o supracitado trabalho, já que refere que: “[...] todo paciente que passou por algum setor e não obteve solução, ou que não se sentiu satisfeito com a mesma, tem a possibilidade de comparecer ao setor da ouvidoria para tentarmos resolver”, tendo sido possível a partir disso, “[...] diminuir muito o índice de reclamações do hospital no site ‘Reclame Aqui’”.

Vale destacar que “A” e “P” referem inserirem-se, respectivamente, em setores de ouvidoria e de Serviço Social, enquanto “M”, somente no setor de ouvidoria. As entrevistadas “D” e “Q” relatam que, embora não existam formalmente ouvidorias nas instituições em que atuam, as mesmas acumulam também o papel de ouvidoras nos referidos hospitais.

As participantes “E”, “G”, “J”, “K”, “O” e “P”, informaram atuarem junto à filantropia das instituições empregadoras. Como já referido nesta pesquisa, há um aspecto de grande relevância a se destacar quanto ao perfil dos hospitais aqui tratados, correspondendo ao fato de que os que prestam serviços filantrópicos à população detêm a certificação de “Entidades Beneficentes de Assistência Social” (CEBAS), regulamentada pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 e pelo Decreto nº 8.242, 23 de maio de 2014 .

Sendo assim, tal certificação é concedida pelo Governo Federal, através dos Ministérios da Educação, do Desenvolvimento Social e Agrário e da Saúde, às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidades Beneficentes de Assistência Social que prestem serviços nas áreas de educação, assistência social ou saúde.

Segundo o artigo 1º do Capítulo 1 da Lei nº 12.101/2009:

Art. 1º A certificação das entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social serão concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, e que atendam ao disposto nesta Lei (BRASIL, 2009).

Dessa maneira, para o exercício de suas atividades, as denominadas instituições hospitalares utilizam-se da concessão de tal Certificado, o qual as beneficia com a isenção de contribuições para a Seguridade Social, em troca do fornecimento de atendimento aos pacientes provindos do Sistema Único de Saúde ou mesmo pela realização de atendimento gratuito (filantrópico) à população:

Art. 4º Para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá, nos termos do regulamento:

I - celebrar contrato, convênio ou instrumento congêneros com o gestor do SUS

II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);

Art. 8º Não havendo interesse do gestor local do SUS na contratação dos serviços de saúde ofertados pela entidade de saúde ou de contratação abaixo do percentual mínimo a que se refere o inciso II do art. 4º, a entidade deverá comprovar a aplicação de percentual da sua receita em gratuidade na área da saúde, da seguinte forma:

I - 20% (vinte por cento), quando não houver interesse de contratação pelo gestor local do SUS ou se o percentual de prestação de serviços ao SUS for inferior a 30% (trinta por cento);

I - 10% (dez por cento), se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 30% (trinta por cento) e inferior a 50% (cinquenta por cento); ou

5% (cinco por cento), se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 50% (cinquenta por cento) (BRASIL, 2009).

Como pudemos averiguar nos relatos das profissionais que atuam junto à projetos filantrópicos nas instituições hospitalares analisadas, as mesmas referiram realizarem a triagem socioeconômica dos participantes, bem como o seu acompanhamento social, com vistas ao fomento do acesso aos seus direitos sociais e, por conseguinte, das condições adequadas à adesão ao tratamento.

A entrevistada “C” relata atuar junto aos pacientes que realizam hemodiálise (clínica satélite) na instituição em que atua, através de um convênio entre o hospital em questão e o Sistema Único de Saúde (SUS), que paga a referida empresa pelos serviços prestados. É interessante observar, como afirma a supracitada entrevistada, que até mesmo existem preços (simbólicos) tabelados de exames, para que os pacientes do SUS possam realizá-los mais rapidamente na instituição, o que seria supostamente mais “prático”, “[...] do que aguardarem no SUS por seis meses”. A entrevista “F”, menciona, ainda, atuar junto ao processo de acreditação da instituição em que trabalha.

Outra frente de trabalho realizada pelas entrevistadas (“E”, “F”, “N” e “O”), é a atuação junto aos trabalhadores das instituições, isto é, o trabalho comumente realizado pelo Serviço Social em empresas:

Nesse contexto, o trabalho do assistente social ainda é requisitado para atuar nas situações de trabalho que interferem na produtividade das empresas e nas suas necessidades de reprodução material e de sua família. Mas, agora, também são chamados para intervir em novos projetos, mais amplos e “extra muros” da empresa,

que requerem uma ação “colada” à filosofia e às práticas empresariais modernas de gestão do trabalho (AMARAL; CESAR, 2009, p.16).

Todavia, a despeito das requisições institucionais que referendamos até aqui e que, ao nosso ver, expressam uma preocupação emanada pelos próprios interesses empresariais em contratar assistentes sociais que atuem no sentido da viabilização do aumento dos seus lucros, consideramos, pois, que as referidas profissionais buscam ultrapassar tais demandas institucionais. Isto é, observa-se um esforço das mesmas em subsidiarem os cidadãos também de orientações acerca dos seus direitos sociais: trabalhistas, previdenciários, assistenciais, dentre outros, tendo em vista a viabilização do acesso aos seus direitos de cidadania, ou seja, para além dos “direitos do consumo”.

Ressalte-se que as narrativas das profissionais informam, em parte majoritária, existir consonância entre as atribuições e competências profissionais e o trabalho neste campo, ainda que as mesmas realizem uma série de ressalvas a tal afirmativa, tal como “C” que assevera que “[...] devemos saber destrinchar as demandas que chegam para nós”, “D” que reitera a necessidade de “[...] reafirmar nosso projeto diariamente”, “F” que considera que “[...] existam coisas que nos solicitam e que não possuem relação com o Serviço Social”, ou “Q” que refere que lhes são demandadas: “[...] atividades que não são do Serviço Social, como visitas à convênios de saúde ou registros de boletins de ocorrência na delegacia, por exemplo”.

A participante “K” menciona, ainda, que “[...] o que aprendemos na faculdade, quando nos inserimos na prática, observamos que é muito diferente”, já “M” é categórica ao afirmar que “[...] se formos julgar de forma clara, não há consonância: nós vemos o âmbito social e eles visam o dinheiro. Não há como ter um parâmetro entre uma administração empresarial e o Serviço Social”.

A entrevistada “P”, ainda, pontua que “[...] há muito sobre o que se posicionar”, trazendo à tona as dificuldades enfrentadas por ela com relação ao respeito do seu patronato pelas suas atribuições e competências legais, uma vez que lhes solicitam demandas como a entrega de exames e declarações de comparecimento médicas, referindo que sente “[...] falta na categoria de um posicionamento coletivo acerca dessas coisas, devíamos dizer ‘nãos’ em todas as instituições para que pudéssemos ter respaldo”, pois “[...] depois não sabemos se somos secretárias, recepcionistas ou assistentes sociais”.

Ante ao exposto, cabe afirmar que o âmbito da atuação profissional, não só não é exclusivo do assistente social, como está permeado por relações de poder, pela competitividade, pelas ingerências das causas privadas sobre os interesses públicos, ou seja,

não há como delimitar com precisão os campos profissionais, que são compartilhados por outros profissionais especializados, movidos por interesses diversos. Devemos considerar, ainda, as contradições advindas da dinâmica das relações sociais, enquanto expressão concreta dos antagonismos entre as classes sociais, reproduzidas nos espaços ocupacionais, nos quais o Serviço Social encontra os seus empregadores e cenários (IAMAMOTO, 2012).

4.14. Perguntadas quanto ao grau de relacionamento do trabalho desenvolvido com o trabalho de outros profissionais e da existência de frentes e projetos desenvolvidos exclusivamente pelo Serviço Social; relações com a chefia, outras (os) assistentes sociais e as formas de comunicação estabelecidas:

- A- É importante. Trabalhamos em uma perspectiva multiprofissional, dependemos uns dos outros, mesmo que tentemos não “misturar as estações”, em função da nossa identidade profissional. Por exemplo, nos casos de óbito, outros profissionais costumam pedir para o Serviço Social comunicar à família, e isso não é obrigatoriedade nossa e sim do médico ou da equipe de enfermagem. Dependendo do caso, podemos acompanhar o atendimento, mas não para dar a notícia, pois isso fere o nosso Código de Ética Profissional. Devemos, frequentemente, afirmar e reafirmar a nossa identidade profissional, para que os demais profissionais não confundam nossas funções com a de um “faz-tudo” ou de um secretário. A relação com a chefia e outros profissionais costuma ser boa. Essa relação é muito importante para a minha atuação. A forma de comunicação é direta.
- B- Trabalhamos em equipe multidisciplinar e sinto que meu trabalho é respeitado pelos demais profissionais. Existe uma relação muito boa entre nós. A frente que atuo exclusivamente são os atendimentos ao paciente e à família. É muito boa, tanto com o administrador, como com os diretores do hospital. As formas de comunicação são diretas, comunico-me diretamente com o dono do hospital. Essa boa relação é muito importante, pois o trabalho se desenvolve melhor.
- C- Trabalho em equipe multidisciplinar. As decisões costumam ser tomadas em conjunto. Somente em casos excepcionais preciso tomar a frente.
- D- Ótimas. Posso dizer que trabalhamos em equipe multidisciplinar. Tenho total liberdade com os médicos, principalmente, pois tenho que ter um diálogo muito bom com eles, já que muitas vezes os atendimentos demandam um diálogo direto. Mas não só com eles, como com a equipe de enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia.
- E- Excelente. Não posso reclamar de nada. Tenho um relacionamento maravilhoso desde o presidente ao mais humilde funcionário da limpeza. Trabalho em equipe multidisciplinar. Tenho acesso livre a todos os setores do hospital, sem qualquer necessidade de permissão. Sim, e é muito importante para o meu trabalho. As formas de comunicação são diretas.
- F- Trabalhamos em equipe multidisciplinar. A frente da desospitalização (*homecare*), somente o Serviço Social. Neste trabalho, quem define as metas sou eu, já que é um trabalho que nós administramos. O movimento de quantificação, da alta e do acompanhamento, é somente nosso e específico desta unidade. Esse projeto foi criado em julho de 2010, a partir do meu ingresso no hospital, pois esse fluxo era desordenado. Temos diversas chefias aqui. Com a chefia de enfermagem e o diretor técnico, tenho ótima relação. As formas de comunicação são diretas. É muito

- importante para o meu trabalho, se não houver uma boa relação entre as chefias e a equipe, o trabalho não anda.
- G- Muito grande, pois atuamos em equipe multidisciplinar, possuindo grande interdependência uns dos outros. Não. Atuamos conjuntamente. Possuímos excelentes relações. As formas de comunicação, são: direta (pessoalmente), *Skype* e aplicativos de mensagens instantâneas. É muito importante para o meu trabalho, pois minha relação com os chefes de serviço é direta.
- H- Sim, trabalhamos em equipe multidisciplinar e há boas relações entre nós. Sim, com a diretora geral, pois me reporto a ela. Existe o reconhecimento do trabalho do Serviço Social, pois a mesma valoriza e gosta do nosso trabalho. Ela brigou para que o serviço se mantivesse, com redução de equipe, mas sei que brigou para que continuássemos aqui. Comunicamo-nos mais frequentemente por e-mail, já que pouquíssimas vezes, pessoalmente. Essa boa relação é importante para o meu trabalho.
- I- Bem aproximado, o Serviço Social está envolvido em todos os processos. Desenvolvemos a maior parte do trabalho conjuntamente. O único que desenvolvemos sozinhas, principalmente com relação à orientação, é o acompanhamento domiciliar, além de orientações aos pacientes e familiares. Posso total liberdade com a minha chefia. Isso é muito importante para o meu trabalho. Uma das coisas que me mantém nesse hospital, apesar do baixo salário, da distância, e de todos os problemas, é a minha chefia.
- J- Trabalhamos sempre em conjunto. Mantemos boas relações. Nossa chefe é médica. Comunicação direta. Sim, muito importante.
- K- Atuamos em equipe multidisciplinar e, por isso, o contato com os outros profissionais é muito intenso. Possuímos bom relacionamento profissional. A chefe é muito tranquila e muito parceira. Trabalha em outros hospitais com o Serviço Social e consegue entender o trabalho. Comunicação direta.
- L- Nosso trabalho é sempre desenvolvido em conjunto com os outros profissionais da instituição. Nossa chefe é boa, não temos do que reclamar. Sim, é direta.
- M- Além de ser ouvidora, supervisiono dois setores: o de relacionamento e o setor de cirurgia, além de fornecer suporte ao *callcenter*. Tenho um bom relacionamento com todos os demais setores e profissionais. Mantenho boa relação com os demais profissionais, sobretudo, com os médicos. Desenvolvemos as ações profissionais sempre em conjunto. Sim, mas muitas vezes é por e-mail, para registrar.
- N- A integração entre nós é fundamental, sobretudo, entre as equipes e chefias. Tenho boa relação e me sinto muito respeitada. A relação com os assistentes sociais, chefias e outros profissionais é muito boa e facilita o trabalho em si. Nos comunicamos diretamente. Tenho um convívio muito bom com meus colegas e é um ambiente muito bom. Se não fosse, não estaria aqui há quase 30 anos.
- O- Não tenho problemas com as lideranças (coordenadores). Devemos nos respeitar mutuamente, para atingir o objetivo do bem-estar. Não misturar a questão pessoal com a profissional. Tenho uma relação muito boa com minha chefe e tenho liberdades nesta instituição, que talvez não teria em outra empresa.
- P- Trabalhamos em equipe multidisciplinar, sempre discutindo os casos conjuntamente. Temos um bom relacionamento com as equipes. Talvez as outras equipes nos solicitem mais do que nós as solicitamos. Somente o trabalho da ouvidoria desenvolvemos sozinhas. Acabamos absorvendo essa demanda, já que ninguém irá absorver. Não quero que o Serviço Social perca espaço, mas também não é o correto. O certo seria termos a ouvidoria e o Serviço Social. Nada contra, poderia ter outra colega lá. A relação é boa, as formas de comunicação são diretas e o diretor realiza reuniões com a equipe. É muito importante para o meu trabalho.

Q- Tenho boa relação com meu chefe. Como não tenho uma chefe assistente social, trabalho diretamente com a direção administrativa e, especialmente, com a direção médica. Não tenho problemas com nenhuma delas. Nos comunicamos diretamente, por telefone e pessoalmente. A boa relação é muito importante para o meu trabalho.

Como podemos perceber, os relatos das entrevistadas nos apontam certa unanimidade no que diz respeito a existência de trabalho multidisciplinar; boas relações entre as profissionais, as demais equipes, chefias e a importância desse elemento para o desenvolvimento do trabalho.

Há também menção à necessidade de, no transcorrer do trabalho coletivo, não se “[...] misturar as estações”, de se “[...] afirmar e reafirmar a identidade profissional”, na tentativa de resguardar-se de exigências que não se relacionem às atribuições e competências do Serviço Social — como a comunicação de óbito —, ou mesmo de ter suas atribuições profissionais confundidas com a de um “faz tudo” ou de uma secretária, como nos sinaliza a entrevistada “A”.

As formas de comunicação estabelecidas, segundo as profissionais, são diretas, envolvendo o diálogo direto com as chefias e equipes profissionais e, em alguns casos, a interlocução também se dá através de e-mails, contatos telefônicos, *Skype* e aplicativos de mensagens instantâneas, como descrito pelas entrevistadas “G”, “H”, “M” e “Q”.

Em sua ampla maioria, as profissionais informaram que o seu trabalho se desenvolve conjuntamente com a equipe multidisciplinar, com exceção das assistentes sociais “B”, “F”, “I” e “P”, que mencionaram também desenvolverem frentes de trabalho exclusivas do Serviço Social, respectivamente, a “prestação de orientações aos pacientes e familiares”, o “Projeto de desospitalização”, o “acompanhamento domiciliar” e o trabalho com a ouvidoria. No que se relaciona a última, é interessante observar como a entrevistada “P” pontua os óbices ao trabalho simultâneo nos dois setores — Serviço Social e ouvidoria — já que, logicamente, este fato configura uma acumulação de funções na instituição.

A entrevistada “M”, que é contratada como ouvidora, relata que também supervisiona dois outros setores: o de relacionamento e o setor de cirurgia, além de fornecer suporte ao *callcenter*.

Outro elemento que podemos destacar dos relatos das entrevistadas, é que a maioria das instituições não possuem chefias de Serviço Social — inferimos que isso ocorra até mesmo em virtude das diminutas equipes de assistentes sociais existentes —, o que, de certo

modo, coloca as profissionais em uma razão mais direta com as Direções Clínicas e Direções Técnicas das instituições,<sup>49</sup> às quais subordinam-se diretamente.

Consideramos tais reflexões relevantes, uma vez que a abordagem sobre a ação profissional nos marcos deste estudo está pautada na compreensão de que o trabalho do assistente social compõe processos de trabalho coletivos no âmbito de estabelecimentos públicos e privados, que prestam diretamente serviços ou atuam nos processos de assessoria, planejamento, controle e intermediação dos mesmos (ALMEIDA, 1996).

Partimos do pressuposto do reconhecimento da autonomia técnica do trabalho do assistente social e do fato de que se trata de um trabalho profissional regido por uma Lei de Regulamentação Profissional, um Código de Ética Profissional e que possui Diretrizes Curriculares específicas que orientam a formação de novos quadros profissionais (ALMEIDA, 1996). Nessa perspectiva, analisar o trabalho profissional também requer identificar as determinações que estruturam o próprio trabalho na sociedade capitalista e suas mediações em relação à esfera dos serviços, conforme buscamos demonstrar ao longo do Capítulo 1:

As ações profissionais são determinadas pelas dinâmicas do mundo do trabalho, do Estado e da sociedade civil que impactam sobre as formas de regulação do mercado de trabalho profissional, já que o Estado, além de ser seu maior empregador, tem uma função destacada nos processos de formulação e operacionalização das políticas públicas (ORTIZ, 2010, p.27)

4.15. Indagadas quanto ao estabelecimento de metas e objetivos específicos para o Serviço Social; planejamento, controle e avaliação das atividades desenvolvidas; avaliação do grau de autonomia existente para o trabalho profissional:

- A- Não temos avaliação de desempenho. Nós trabalhamos diretamente com a direção da instituição, então, se alguém nos avalia, é o próprio diretor da instituição. Não é nada muito formalizado, pois temos determinada abertura. Quem avalia e monitora o trabalho é o diretor médico. Detemos certa liberdade para planejar o trabalho, mas sempre com o aval da direção. Avalio o meu grau de autonomia em 80%.
- B- Sim. O próprio administrador e a dona do hospital, já que é um negócio familiar. Eles compõem a direção da instituição. A diretora estabelece as metas e fiscaliza o nosso trabalho. Inclusive, mais ela do que ele (o administrador). Contudo, participo diretamente do planejamento e exponho minhas demandas para o administrador. O mesmo as leva até a diretora, em consonância com a hierarquia institucional (fluxograma). Avalio meu nível de autonomia como muito bom. Possuo autonomia para propor, discutir, inclusive, junto aos demais trabalhadores. Tenho o hábito de

---

<sup>49</sup>O diretor clínico é o profissional médico representante e coordenador do corpo clínico no concerto administrativo do hospital e em virtude desta razão deve ser eleito de forma direta pelos médicos da instituição. É o elo entre o Corpo Clínico e a Direção Técnica e/ou Direção Geral da instituição.

- dialogar com eles sobre o sentido de nosso trabalho na instituição, o qual se dirige à satisfação e engajamento dos pacientes e suas famílias nos serviços hospitalares.
- C- Não. Quem determina é o Sistema Único de Saúde (SUS), pois obedecemos a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), que limita o número de pacientes. Com relação ao meu trabalho, determino o que é necessário e o que devo fazer, ou seja, a sua dinâmica. Todavia, estamos subordinadas a um órgão maior e temos visita da Vigilância Sanitária (municipal e estadual), ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e das CAP's. O Sistema Único de Saúde (SUS) determina e normatiza tudo o que ocorre na hemodiálise. Inclusive, temos um procedimento chamado “*checklist*”, do qual sou a coordenadora. Mensalmente, realizo um rodízio entre as áreas, para fiscalizar se as normatizações têm sido cumpridas pelos setores: manutenção, enfermagem e psicologia. Tenho autonomia, mas também tenho que ter a clareza de que estou subordinada a uma coordenação médica e que algumas coisas, precisarei consultar.
- D- Não. Não há metas fixadas formalmente. Controlo, planejo minha rotina, defino prioridades, e quando ocorre alguma intercorrência clínica, me dirijo ao diretor técnico. Quando ocorrem intercorrências administrativas, ao exemplo de reclamações sobre os serviços, me dirijo aos chefes dos serviços: manutenção, enfermagem e hotelaria. Por ser a única assistente social da instituição, avalio o meu grau de autonomia em 100%.
- E- Não. Não há metas. Eu mesma. Não temos avaliação, mas considero ser avaliada todos os dias por todos. Se forem reclamar de mim, terão de se reportar diretamente ao presidente ou aos chefes de serviço. Defino como vou realizar as atividades, mas não o que vou fazer. Para administrar a filantropia, me reúno com os demais profissionais para definirmos como será operacionalizado o serviço e a dinâmica dos atendimentos.
- F- Não. Nós mesmas. Dispomos de autonomia para planejar o nosso trabalho. Sim. Elaboramos conjuntamente (todas as assistentes sociais das unidades).
- G- Não, não temos isso aqui. Fazemos planejamento. Acho importante termos planejamento de metas e objetivos, mas não temos isso aqui. Dispomos de boa autonomia na instituição e respondemos diretamente à direção.
- H- Nós elaboramos. Na atualidade, não temos muitas metas e objetivos. Nós fazemos a nossa rotina e a coordenação e a chefia avaliam. A autonomia é relativa.
- I- Nós fazemos a nossa rotina. Somos avaliadas pela coordenação e a chefia. A autonomia é relativa. Nós trabalhamos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e não existe plena autonomia. Existe uma hierarquia que tem que ser cumprida.
- J- O nosso trabalho é avaliado através de indicadores e do planejamento estratégico da instituição. Avalio possuir autonomia, no que tange à minha intervenção profissional específica.
- K- Traçamos nossos planos de ação e indicadores que sinalizam nossa produtividade no hospital. Dentro do planejamento estratégico da instituição, temos metas a atingir no Serviço Social. Não temos chefia, me reporto ao dono da empresa que é o diretor e administrador da instituição.
- L- Eu mesma. Não sou avaliada. Não tenho chefia, me dirijo ao dono da empresa que é o administrador e diretor da instituição. As atividades são planejadas por mim, ainda que tenha que prestar satisfações ao diretor médico. É algo muito engraçado, pois há o diretor médico, ao qual eu presto satisfações das atividades realizadas, mas há também o diretor geral, com quem sempre trabalhei. É algo um pouco curioso, visto que me reporto diretamente ao diretor geral. Como estou tão acostumada a trabalhar diretamente com ele, às vezes ele também esquece desta hierarquia, isto é, da obediência ao fluxograma. Dentro da hierarquia do hospital, devo me reportar

diretamente aos diretores, já que não há outros assistentes sociais. Enfim, avalio que possuo 100% de autonomia, até porque eles querem resultados. O trabalho é rápido e dinâmico, já que trabalhamos com a saúde e não podemos aguardar respostas demoradas entre os setores administrativos. Por exemplo, se um paciente dá entrada no hospital infartado: liberamos o atendimento ou não? Falta um mês para o encerramento da carência: liberamos ou não liberamos? Então, por envolver questões graves de saúde, devemos agir muito rápido. Talvez, em virtude disso, o meu trabalho seja muito autônomo, pois não costumo ser “embarreirada”, já que eles querem resultados.

- M- Eu estabeleço. Costumo planejar o meu trabalho. Avalio ter autonomia na instituição, mas considero que a conquisei com o tempo. Devemos nos impor enquanto profissionais, para que não nos considerem como “secretárias”.
- N- Não, eu estabeleço o que devo fazer. Aprendemos com o tempo a nos posicionarmos para que não soframos tantos desmandos de outros profissionais.
- O- Em geral, sou chamada pela direção a engajar-me nas atividades necessárias, como nas comissões para a realização de eventos, por exemplo. Apesar da minha idade, não me sinto “dona da situação” e minha autonomia vai de encontro com o meu conhecimento e experiência. Não tenho problema algum em dizer que não sei algo e que tenho que apurar e buscar a informação. Avalio ter boa autonomia profissional.
- P- O diretor médico estabelece diretamente as metas para o Serviço Social, através de reuniões de equipe. Quando ele idealizou o Programa de Atendimento Domiciliar aos beneficiários do plano de saúde do hospital, as primeiras profissionais que foram contatadas por ele, fomos nós. Ele que estabelece as nossas metas. Embora façamos o nosso planejamento, ele realiza sugestões. Existe uma subordinação, mas ele não dita as atividades do Serviço Social, nós é que elaboramos. Antigamente, nosso serviço não estava incluído no sistema do hospital e, com isso, não tínhamos visibilidade em nossas ações. Após emprendermos uma “briga”, conseguimos negociar com o diretor, que nos atendeu. Na área da saúde privada, é bem difícil. Estamos evoluindo (registrando) no prontuário eletrônico, inicialmente, os beneficiários de nossa operadora e todos os pacientes com solicitação de *homecare* — para que o médico clínico acompanhe as nossas ações —, pois em função da demora da obtenção do mesmo, acreditam que não estamos fazendo nada.
- Q- Não respondeu.

4.16. Quanto às referências ou padrões de produtividade utilizados pela unidade para avaliação do trabalho; capacidade de atendimento diário/mensal do setor:

- A- Aqui não. No hospital em que trabalhei anteriormente, fazíamos esta coleta de dados, mas nesta instituição, não fazemos este tipo de registro. Entretanto, acredito que deveríamos fazer, até mesmo em função do processo de qualidade e de termos um *feedback* de como as coisas estão acontecendo. Temos dois centros de tratamento intensivos (CTIS) aqui, com 23 leitos, mais 24 quartos e alguns outros como enfermarias de dois ou três quartos, fora a emergência. Realizo mais de dez atendimentos por dia, envolvendo questões “graves”.
- B- Existe, claro. A direção as estabelece. Atendo pacientes e familiares durante todo o dia de trabalho, desde quando chego na recepção, nos corredores, nos andares, e seguimos resolvendo as questões.

- C- Não. Contudo, nas reuniões de grupo, debatemos muito sobre isso. Por turno, costumamos receber 30 pacientes: nos três turnos (manhã, tarde e noite), cerca de 90 pacientes. Creio atender uns 40 pacientes por dia.
- D- Não. Atendo, por dia, cerca de 27 pacientes. Nesta instituição, há 14 quartos (apartamentos) e 14 enfermarias com duas vagas, nem sempre todos ocupados. Nem todos são ocupados, em função da grande rotatividade de pacientes.
- E- Possuo um calendário mensal, que prevê quantas pessoas, a princípio, serão atendidas no ambulatório filantrópico de terça-feira. Agendamos oito pacientes. Todavia, como parto do princípio que alguns faltam, sempre encaixo mais três. Às vezes, isto sobrecarrega os médicos, pois eventualmente não há falta de pacientes.
- F- Não. Contudo, controlo a produtividade da equipe, a partir dos indicadores que mencionei. Eu mesma os avalio. Há estudos sociais da emergência feitos pelas assistentes sociais da equipe — que representam a produtividade — e eu realizo essa avaliação. São avaliações de performance, para averiguar a produtividade dos plantões das profissionais, verificar o desempenho, características e qualidade dos atendimentos que elas têm realizado. Tenho a função de avaliar o grau da performance e os fatores que possam estar prejudicando o trabalho e até mesmo o interesse em continuar na equipe. Por dia, não sei precisar, mas por mês, está numa faixa de 1800 a 2000 pacientes atendidos. Quando nossa equipe contava com onze assistentes sociais, os atendimentos circulavam em torno de 5000 a 6000 pacientes.
- G- Não há controle de produtividade. Produtividade é visitar todos os pacientes. Acredito que o controle da produtividade esteja mais vinculado à parte da ginecologia, já que é a parte beneficente do hospital. Com relação aos andares de internação, é essa coisa subjetiva e dinâmica. Aqui temos dois trabalhos completamente distintos entre si: a ginecologia e os pacientes internados. Aqui somos duas profissionais: uma fica com a parte da ginecologia e a outra com os pacientes internados, embora partilhemos a mesma sala. Acabamos compartilhando os atendimentos, já que temos muito boa relação. Não posso dizer que sou sobrecarregada. Mas se for comparar com as outras unidades hospitalares (que fazem parte da empresa), acredito que as outras assistentes sociais sejam muito sobrecarregadas, pois a demanda lá é muito grande. Não faço atendimentos por telefone nos finais de semana, por exemplo. Atendo cerca de 60 pacientes mensalmente, sendo que os de longa permanência já são conhecidos por mim. O trabalho que tenho é identificar se os familiares estão visitando com frequência, e ficar “em cima” da família e, para isso, conto com a equipe. Busco aproximar as famílias do convívio com o paciente.
- H- Aqui não. Não costumamos quantificar os atendimentos.
- I- Sim. A antiga gestão da instituição realizava o controle das nossas atividades, mas a atual, ainda não. Muitas coisas se modificaram a partir da mudança de gestão.
- J- É relativo, pois o atendimento oscila. Acredito que realizemos cerca de três ou quatro atendimentos por dia, mas é relativo.
- K- Não respondeu.
- L- Temos os indicadores. A média gira em torno de 60 pacientes por dia.
- M- Não há esse registro ou controle estatístico.
- N- Conseguimos avaliar nossa produtividade, a partir de um sistema que é interligado a todas as nossas áreas. Para esclarecer: o atendimento ao cliente é ligado à área hospitalar (liberação de guias), que é ligado à ouvidoria, que é ligado ao Serviço Social, que é ligado à administração e que é ligado ao jurídico. Através disso, sabemos quantas pessoas foram atendidas, quais dias, em quais setores e por quem e o que aconteceu. Este sistema mapeia todo o fluxo do atendimento do hospital. A capacidade do atendimento do Serviço Social é grande, se juntar o hospital (aqui sou mais

demandada) e ambulatório, realizo atendimento diário à 15 a 20 pacientes. Isto porque faço uma triagem dos atendimentos e rejeito coisas que acredito que não são da minha alçada, como a informação acerca da marcação de cirurgias, por exemplo. Peço que os setores administrativos resolvam estas questões burocráticas. Quando são orientações/encaminhamentos para questões, por exemplo, de pacientes oncológicos, pacientes de HIV/AIDS, hepatite e de qualquer outra doença de notificação compulsória, devo esclarecer seus direitos e outros esclarecimentos necessários acerca de seu quadro de saúde. Realizo também estes tipos de atendimentos: notificação de abandono familiar, maus-tratos, encaminhamento de pacientes que precisem ir para uma casa de repouso ou outra unidade de saúde (pública), na impossibilidade de permanecerem no hospital, em função da falta de carência. Com relação às questões burocráticas, repasso para os outros setores, sendo demandas específicas do Serviço Social, atendo.

- O- Não existe, mas creio que deveria existir. Atendo cerca de 30 pessoas diariamente.
- P- No ano passado, possuía uma planilha do Excel, onde numerava e mensurava a quantidade dos atendimentos. Contudo, com o aumento da demanda, não tenho feito mais. Não tenho em uma planilha única, mas tenho os arquivos dos pacientes atendidos. As lideranças (chefias) controlam nossa produtividade e estabelecem metas, objetivos e custos. Realizo uma média de 10 a 15 atendimentos por dia.
- Q- Sim, possuímos uma planilha, na qual registramos todos os atendimentos, ao final de cada plantão. O diretor médico tem acesso a essa planilha. Nela, estão sistematizados os dados quantitativos. Em média, realizamos cerca de 25 atendimentos diários.

Como se pode averiguar, as entrevistadas, em grande parte, mencionaram terem as metas e objetivos de seu trabalho definidos, diretamente, pela direção/administração hospitalar ou por chefias/coordenações, seja do Serviço Social ou médicas. As entrevistadas “J” e “K” relatam que as metas para o Serviço Social, compõem, inclusive, o planejamento estratégico das instituições em que atuam. Outrossim, as participantes referem, ainda, terem o seu trabalho avaliado pelas instâncias supracitadas: direção/administração ou chefias/coordenações, inclusive, por meio de indicadores de produtividade, como referem “J” e “K”. Já a entrevistada “E” menciona não ser submetida à instrumento de avaliação formal, porém, considera “[...] ser avaliada todos os dias por todos”.

A assistente social “F”, enquanto chefe do Serviço Social da instituição, pontuou que ela mesmo exerce o controle produtivo sobre o trabalho das demais profissionais da equipe, a partir de avaliações de performance, para averiguar a produtividade dos plantões das profissionais, o desempenho, características e qualidade dos atendimentos que elas têm realizado.

Não obstante, majoritariamente, as profissionais informaram possuírem uma relativa autonomia para planejarem e executarem o seu trabalho. As entrevistadas “M” e “N” asseveram, ainda, a necessidade de se imporem, para que não as “[...] considerem como secretárias” ou para que não sofram “[...] tantos desmandos de outros profissionais”.

Chamou-nos, particularmente, a atenção o grande quantitativo de atendimentos diários/mensais realizados pelas profissionais, que chegam a uma média mensal de 1800 a 2000, como no caso informado pela entrevistada “F”. As demais profissionais referiram atender cerca de 10, 15, 20, 30, 40 e até 60 pacientes/famílias diariamente.

Como já exposto neste estudo (Gráfico 12), as equipes de assistentes sociais atuantes nesses espaços, ao que nos foi relatado, são bem reduzidas, variando o número de profissionais de uma a no máximo quatro para toda a instituição, que como já mencionamos, são hospitais gerais e que contam, na maioria das vezes, com centros de tratamento intensivo (CTIS), unidades de emergência e de internação, além de ambulatórios. Consideramos que estes fatores podem gerar grande sobrecarga às profissionais, tendo em vista a intensificação de seu trabalho ante ao grande quantitativo de atendimentos realizados. Ademais, possuímos clareza de que:

O trabalho do assistente social insere-se prioritariamente no setor de serviços, particularmente nos serviços sociais voltados para as demandas coletivas de reprodução social. E o setor de serviços tende a estar impregnado da lógica de organização do trabalho dos parâmetros racionalizadores do trabalho na indústria (ALENCAR; ALMEIDA, 2015, p.167)

Como prosseguem os supracitados autores, na qualidade de trabalhador assalariado, o assistente social sofre os mesmos constrangimentos que o conjunto da classe trabalhadora, submetidos à racionalização da gestão, que propugna critérios de “eficiência”, “flexibilidade”, “qualidade” e “produtividade” na prestação dos serviços (ALMEIDA; ALENCAR, 2015).

4.17. Quanto ao perfil da população alvo da unidade e o da que o Serviço Social atende e a existência de processos e instrumentos de caracterização da população:

- A- Idosos. A nossa população está cada vez mais senil e por isso atendemos um grande número de idosos. Conhecemos a população e as suas demandas, no cotidiano direto com paciente e a família. Não há um instrumento formal.
- B- Idosos e adultos de meia idade. Atendemos muitos idosos, pois a instituição aceita planos de saúde voltados à essa população. Em virtude disso, também trabalho com os direitos dos idosos, como o direito à acompanhante e deste à alimentação e rouparia no hospital. Anteriormente, aqui não forneciam nada. Não possuímos um instrumento específico, vamos trabalhando conforme vão aparecendo as demandas.
- C- Idosos que possuem planos de saúde. Atendo, também, os pacientes que vêm do convênio que temos com o SUS, na parte da hemodiálise. É no cotidiano. Especialmente, o paciente renal, que traz especificidades e histórias de vida difusas.
- D- Não, conhecemos no cotidiano. Há pesquisas de satisfação que anteriormente ficavam comigo, mas agora estão nos corredores. Também conheço a população pela análise do

mapa diário, que possui os nomes e idades dos pacientes. Normalmente, são pacientes idosos. Desenvolvo também um trabalho junto aos colaboradores.

- E- Para as cirurgias de catarata, especificamente, existe essa caracterização: são todos os pacientes que vêm para a cirurgia das prefeituras conveniadas ao projeto filantrópico da instituição, fora isso, não. Atendo, também, os trabalhadores da instituição. Quando necessitam de alguma orientação, costumam me procurar.
- F- É o público em geral. A população que possui plano de saúde (individual e empresarial), moradores da cidade do Rio de Janeiro: zona norte, zona sul, e demais locais: Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Barra da Tijuca, Mangaratiba, Pedra de Guaratiba e Recreio dos Bandeirantes. Conhecemos o perfil dos pacientes no dia-a-dia, que é extremamente dinâmico e diverso. A principal demanda atualmente são os pacientes oncológicos, de situação econômica de média para baixa. O câncer empobrece a família e o paciente, já que o tratamento é caro. As pessoas estão cada vez mais empobrecidas, não só em função da dificuldade de acesso à medicação, mas também pela questão de as próprias operadoras estarem escasseando o atendimento. Por exemplo, se o paciente tem indicação de tratamento em domicílio (*homecare*), até em função da situação econômica do país, as operadoras estão tendo dificuldade para conceder este tipo de atendimento. Fora os recursos, por exemplo, como fraldas geriátricas, que estão a cada dia mais caras. Nós criamos até uma “lista de fornecedores”, ou seja, o que as operadoras negam, nós fornecemos às famílias uma lista com recursos mais acessíveis. Nosso atendimento também se volta aos colaboradores.
- G- População idosa conveniada (a maioria possui convênio advindo de vínculo de trabalho) e internados de longa permanência. O público que atendemos no projeto beneficente é feminino, de baixa renda e vêm majoritariamente da baixada fluminense e zona oeste. A caracterização da população está restrita à parte do atendimento ginecológico, que é beneficente. Realizamos entrevistas com essas pacientes e, no final do ano, fazemos um balanço dos dados.
- H- Pacientes provindos da classe média alta. Não. Conhecemos no cotidiano do atendimento.
- I- Na verdade, nosso público alvo são pacientes graves, ou seja, pacientes cirúrgicos graves. Somos um hospital de alta complexidade e atendemos pacientes que precisem de atendimento complexo, só que atualmente nosso público tem um perfil de longa permanência. É uma população idosa com doenças crônicas, o que nos demanda o trabalho junto à desospitalização. Não há uma pesquisa formal. Contudo, os pacientes, em sua maioria, são pessoas de classe média a alta, provenientes da zona sul ou Barra da Tijuca.
- J- Nosso público alvo é composto de pessoas com deficiência. Captamos o perfil no cotidiano.
- K- A população é composta majoritariamente por idosos e a maioria é de classe média. Realizamos apenas pesquisas de satisfação, por ser ouvidoria. Todavia, não há uma caracterização do perfil da população.
- L- Atualmente, temos um número significativo de idosos. São pacientes de classe média, embora seu nível econômico não seja tão alto.
- M- Na atualidade, o perfil dos pacientes é mais popular e 80% são idosos. Elaborei uma pesquisa sobre o perfil da população há muito tempo. Contudo, não dei continuidade. Sendo assim, conheço o perfil da população no cotidiano do atendimento.
- N- O público em geral, com exceção de crianças. O público do Serviço Social são os pacientes internados e suas famílias. Conhecemos mais o perfil dos sócios e dos beneficiários do governo estrangeiro, já que aplicamos uma entrevista social. Como

aqui é muita rotatividade, temos dificuldade de absorver essa parte do perfil social do paciente. Têm muitos que se internam para cirurgias, então é possível traçar um perfil apenas dos pacientes de longa permanência. Fora isso, é muito complicado, já que a rotatividade é muito grande. Conhecemos mais empiricamente, no cotidiano. A ouvidoria faz esse trabalho com louvor.

- O- A população alvo é composta essencialmente de idosos. Inclusive, como a empresa não oferece treinamento específico aos trabalhadores para atender idosos, alguns não tem tato ou paciência para atendê-los e passar as orientações sobre exames, por exemplo. Como já trabalho na instituição há muito tempo, muitos deles me conhecem e me procuram para auxiliá-los a compreender as orientações. Frequentemente, também atendo os funcionários do hospital.
- P- Atendemos pessoas com deficiência. Conhecemos no cotidiano, não há um instrumental para isso.
- Q- O público aqui é, em grande parte, geriátrico e há também uma grande demanda de pacientes psiquiátricos. O nosso instrumento são as reuniões de lideranças, que são realizadas diretamente com a administração geral, onde identificamos as necessidades dos pacientes. Temos um perfil preponderante de muitos idosos com doenças crônicas. Costumo também atender os trabalhadores da instituição.

Ao que podemos averiguar, as profissionais, em grande parte, informaram não existirem instrumentos de caracterização da população atendida, sendo a mesma captada no cotidiano profissional. A população idosa, de classe média e conveniada a planos de saúde, fora majoritariamente referida como sendo o segmento populacional que usualmente é atendido pelo Serviço Social nas instituições, por constituir-se a maior parte da gama dos pacientes atendidos nos hospitais analisados.

Como sabemos, a população idosa é a que mais apresenta doenças crônicas e demais agravos crônico-degenerativos de longa duração, limitações funcionais e necessitam de tratamento pautado no acompanhamento e na reabilitação. Ainda, é válido salientar que o custo dos serviços de saúde para o idoso é especialmente alto em diversos países do mundo, assim como no Brasil.

Parte-se do pressuposto que o encarecimento dos planos de saúde para esta população ocorre em virtude das altas taxas de atendimento/internação hospitalar que se registram nesta faixa etária. Justamente por isso, os idosos, segundo revelam nossas entrevistadas, figuram como a maior parte da população atendida pelas assistentes sociais nos hospitais privados que trabalham.

Desse modo, o trabalho profissional junto à população idosa, ao que podemos apreender dos relatos colhidos, confere nuances específicas à intervenção do Serviço Social nas instituições analisadas. Isto porque, como pontua a entrevistada “I”, o atendimento à pacientes idosos crônicos e de longa permanência (e suas famílias), dirige como demanda ao Serviço Social, o trabalho junto à desospitalização — que nada mais é que a transferência do

paciente do ambiente hospitalar para os cuidados domiciliares (*homecare*), a qual viabiliza a liberação dos leitos e a conseqüente redução dos custos com as internações de longa duração.

Tal medida, em contrapartida, também pode auxiliar nos casos de prevenção de infecções hospitalares, uma vez que estas configuram como um dos riscos das internações prolongadas. A entrevistada “B” menciona ainda que, o trabalho junto aos idosos na instituição em que atua, a impulsionou a viabilizar o seu direito ao acompanhante, além de alimentação e rouparia, pois anteriormente não usufruíam desses direitos.

Com relação às demais respostas das entrevistadas, verifica-se, ainda, a menção ao atendimento voltado às pessoas com deficiência (entrevistadas “J” e “P”); pacientes psiquiátricos (“Q”), pacientes que por intermédio de convênio firmado com o Sistema Único de Saúde (SUS), realizam hemodiálise na instituição (“C”), pacientes oncológicos (“F”), bem como pacientes que são atendidos através de projetos beneficentes mantidos pelos hospitais, como afirmam as assistentes sociais “E” e “G”.

Chamou-nos particularmente a atenção, o que fora mencionado pelas entrevistadas “D”, “E”, “F”, “O” e “Q”, que citaram que além do trabalho realizado junto aos pacientes e familiares no hospital, também prestam atendimento aos trabalhadores das referidas instituições. Não obstante a importância do atendimento do Serviço Social a estes profissionais, tal fato pode evidenciar a superexploração enfrentada por essas assistentes sociais, já que são conclamadas a se desdobrarem no atendimento aos pacientes, familiares e trabalhadores nas instituições. Assim,

aprofunda-se a precarização, aberta ou velada, das condições em que esse trabalho se realiza, considerando o estatuto de trabalhador assalariado do assistente social, subordinado a processos de alienação, restrição de sua autonomia técnica e intensificação do trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores assalariados em seu conjunto (RAICHELIS, 2011, p.434).

4.18. Perguntadas quanto à consonância entre os objetivos institucionais, objetivos do Serviço Social (na instituição) e os do Projeto Ético-Político do Serviço Social:

- A- Pode se dizer que sim. Embora seja tudo muito difícil em uma instituição privada, pois corremos o risco de demissão se formos muito contundentes. Mas há possibilidades para o nosso trabalho. Por exemplo, quando houve uma época que queriam cortar o direito à refeição do acompanhante, tivemos que recorrer à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para defendermos os direitos dos pacientes e familiares. Mesmo com os limites de uma instituição privada, devemos utilizar nosso Projeto Profissional como uma direção para seguirmos.
- B- Acredito. Considero importante e que depende do profissional. Como tenho 30 anos de trabalho, posso dizer que isso existe na minha atuação, já que desde que ingressei aqui, sempre me coloquei como assistente social. É óbvio que a direção e outros

- colegas, sempre irão tentar atribuir funções que não cabem a nós — como “tarefas de secretária” —, mas acho que isso depende de nós. Às vezes, surgem questões envolvendo o pagamento de serviços particulares, por parte de pacientes que chegam na emergência, e solicitam que eu vá avisá-los acerca disso. Me nego, pois não trabalho na parte financeira. Devemos sempre nos posicionar e estarmos cientes do nosso papel na instituição. Do contrário, podemos cometer erros gravíssimos. Imagine se uma família for ao CRESS denunciar que há uma assistente social na instituição, cobrando dinheiro para um procedimento em uma clínica?
- C- Essa pergunta é complexa, pois são objetivos que às vezes andam juntos e às vezes andam na contramão. Contudo, até então, posso dizer que sim.
- D- Tem muito a ver com o meu perfil. Só faço o que considero que é certo, não faço absolutamente nada que seja errado. Tudo que carimbo e assino, aconteceu de fato. Só assino o que realmente aconteceu. Toda a filantropia que sai deste hospital é, de fato, de direito. O Ministério Público tem um *site* aonde eles contatam os pacientes para saber do atendimento. O Ministério Público pode ligar, pois saberá que aqui ninguém pagou nada e foi muito bem atendido.
- E- Não faço absolutamente nada sem ética, o meu trabalho e a minha vida têm ética.
- F- Considero que sim.
- G- Entre a instituição e o Serviço Social aqui, sim.
- H- Sim. A instituição visa quase que exclusivamente o retorno financeiro e, muitas vezes, para alcançarem este retorno, requisitam do Serviço Social, coisas que não queremos e nem podemos fazer. Nós conseguimos ter “jogo de cintura” com a instituição, de modo que o Serviço Social resguarde a sua ética profissional, mas que consigamos atender mais ou menos o que foi pedido pela direção. Muitas vezes, realizamos coisas para a direção, que não digo que fira o Projeto Ético-Político, mas que não são atribuições do Serviço Social. Para exemplificar, somos proibidas de realizarmos denúncias contra o abandono de idosos aqui. Considero que isso vai de encontro ao Projeto Ético-Político, pois acho que era algo que o Serviço Social deveria fazer e somos vetadas. Acredito que a direção faça isso por não querer se comprometer e por não querer perder o paciente: ou melhor, o lucro que ele traz. A instituição privada não quer perder o paciente. Se fizermos uma denúncia, nós não só nos comprometemos, como se cria uma revelia com a família. Ou seja, na próxima vez que o paciente for internar, ele não procurará a nossa instituição e, sim, outra.
- I- Essa pergunta é difícil. Acredito que os objetivos da instituição não estão em consonância com o nosso Projeto Ético-Político. A instituição visa o atendimento de qualidade ao cliente, mas como toda empresa privada, visa o lucro, o que não condiz com o nosso Projeto Ético-Político.
- J- Considero que sim. Nunca atuei na saúde pública, mas creio que não deva existir tanta discrepância em relação à saúde privada.
- K- Às vezes são bem gratificantes, às vezes não. É como toda profissão. Às vezes tem seus pontos positivos e negativos, já que a realidade nos impõe muitas limitações.
- L- Creio que sim.
- M- Quando trabalhamos em empresa privada, se diferencia um pouco. Sou assistente social de ouvidoria e agradeço por trabalhar em regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), pois na maioria dos lugares, a ouvidoria é terceirizada, sem nenhum vínculo.
- N- Não tem. Empresário quer ganhar dinheiro. Os clientes são os cifrões dele, então não há consonância. Claro que não há, por mais que eu tente, por mais que eu queira implantar as coisas, se não for algo que mexa com o dinheiro da empresa, ok. Se for mexer com o dinheiro da empresa, a resposta é não. Uma vez sugeri que se abrisse um

serviço de terapia ocupacional, em função do grande número de idosos atendidos, e eles me embarreiraram afirmando que aqui não é casa de repouso e, sim, um hospital, sendo necessária apenas a parte médica, até porque logo eles recebem alta. Eles pensam que, em lugar de contratar um profissional como este, poderão contratar um que lhes traga muito mais retorno financeiro. Eles veem só a necessidade de tratamento das doenças, que objetivamente se apresentam, e o interesse do lucro. É um negócio onde se vende “saúde” e aquilo que é estritamente necessário para “restabelecê-la”. Queria trabalhar com estagiários, pois às vezes temos alguns que vem como voluntários, sem nenhuma bolsa. Acredito que, minimamente, deveriam receber alimentação e passagem para se deslocarem. Tive o pedido negado, pois disseram que se derem passagem, terão que registrar e se tiverem que registrar, terão que pagar, mesmo sendo estagiários. Colocam empecilhos, pois não querem registrá-los, fornecer bolsa ou passagens. Me pediram para esquecer essa ideia e, por causa disso, não posso ter estagiários. Ocorreu o mesmo com a outra assistente social que temos aqui. Eles se negaram a contratá-la como profissional do Serviço Social, mas como ouvidora, alegando que aqui já tem eu e que não precisava de outra.

O- Acho que é uma engrenagem: uma coisa não anda sem a outra.

P- A instituição espera de nós a mediação. Os objetivos do Serviço Social são basicamente a ouvidoria — que é o suporte ao familiar e ao paciente —, orientação social, mas também realizamos uma mediação com a instituição. Em relação ao Projeto Ético-Político, ele é mais enérgico, levanta outro tipo de bandeira, que nós que estamos inseridas na saúde privada, não temos autonomia para colocar em prática. Ficamos muito subordinadas, embora tentemos nossas estratégias. Há certas coisas que nós podemos lutar pelos direitos, tanto do paciente como do familiar, mas de um modo não contundente, buscando comprovar empiricamente a necessidade de algo. Considero ainda muito incipiente a discussão do Projeto Ético-Político na saúde privada, no sentido da efetivação concreta dos direitos. Ainda assim, considero que possuímos algumas possibilidades, como no caso do *homecare*, que costumamos encaminhar as famílias para a Câmara de Litígios da Saúde (Defensoria Pública). Há possibilidades, apesar dos limites, não há ninguém nos coagindo em nossa atuação profissional.

Q- Não respondeu.

Diante do exposto, é interessante observar como parte das entrevistadas referiu existir consonância entre os objetivos institucionais, objetivos do Serviço Social (na instituição) e os do Projeto Ético-Político do Serviço Social, enquanto a outra parte reiterou a contraposição entre tais objetivos, uma vez que o trabalho neste campo, como já mencionado neste estudo, tem a característica de estar subordinado a uma instituição privada e que dele requisita resultados específicos ligados ao interesse de viabilização do lucro empresarial.

O que dissemos, não desqualifica a necessidade e importância do trabalho profissional, em áreas empresariais, mas considera ser imprescindível a apreensão crítica da realidade pelo profissional, haja vista a necessidade de “identificar e construir estratégias que venham a orientar e instrumentalizar a ação profissional, permitindo não apenas o atendimento das demandas imediatas e/ou consolidadas, mas sua reconstrução crítica” (GUERRA, 2009, p.10).

Salientamos que, desde meados da década de 1990, a formação profissional dos assistentes sociais brasileiros, dispõe de um projeto pedagógico que compreende um conjunto de valores e diretrizes, que lhes dão a direção estratégica e contempla um determinado perfil de profissional. Deste modo, cabe ressaltar que o “perfil de profissional que nele se delinea prioriza a competência técnica, a crítica teórica e os compromissos ético-políticos” (GUERRA, 2009, p.10).

Acreditamos que tal perfil profissional possibilita a apreensão crítica da realidade por parte dos assistentes sociais e, dessa forma, a análise crítica da relação entre os objetivos institucionais, profissionais (do Serviço Social em dado espaço-ocupacional) e do atual Projeto Crítico Profissional. É nesta medida que, sublinhamos a premência de se analisar, criticar e debater a inserção do Serviço Social no referido campo de trabalho à luz da teoria social crítica, que nos fornece subsídios para analisar a conjuntura sócio-histórico-econômica e suas relações com os espaços sócio-ocupacionais em suas particularidades.

Ressaltamos, especificamente, as reflexões das entrevistadas “H”, “I” e “N”, que explicitaram com clareza as contradições atinentes à inserção do Serviço Social nesse campo, pontuando a contradição entre lucro/interesse empresarial e as diretrizes do Projeto Profissional.

Chamou-nos a atenção, particularmente, o relato da entrevistada “H” acerca da proibição da realização de denúncias contra o abandono de idosos na instituição, tendo em vista o temor da mesma em comprometer-se ante aos seus clientes. Há que se destacar o comprometimento ético gerado à profissional ante a tal determinação institucional.

As entrevistadas “A”, “B”, “C”, “K” e “P” destacam outros percalços e limitações enfrentados nas instituições em que atuam, tendo em vista as contradições existentes entre os objetivos institucionais e o Projeto Ético-Político. A entrevistada “A” salienta, ainda, o temor da demissão, no caso de reagir de forma mais contundente/enérgica ante as demandas institucionais. Já “B” assevera que, apesar das dificuldades em rechaçar as demandas institucionais equivocadas, como a cobrança direta de serviços particulares aos pacientes, o seu tempo de serviço na instituição (30 anos), possibilita uma melhor negociação com a mesma acerca de tais demandas.

Assim sendo, como salientamos ao longo desse estudo, consideramos que a requisição da atuação de profissionais de Serviço Social em hospitais privados, para atuar diretamente junto à clientela que utiliza os serviços institucionais, pode representar uma “nova” requisição ao Serviço Social na esfera empresarial, ao passo que tais profissionais, como constatamos, são chamados a atuar no sentido da “mediação” e “resolução” de conflitos entre os

consumidores e as instituições — como refere a entrevistada “P” — e, conseqüentemente, a auxiliar no aumento dos níveis de satisfação dessa clientela e dos lucros da empresa.

Como também já pontuado, temos que os assistentes sociais atuam junto às mais diversas expressões da questão social, objetivando viabilizar o acesso da população aos seus direitos sociais pela mediação das políticas sociais. Todavia, o significado desse trabalho altera-se substancialmente ao voltar-se aos direitos e deveres referentes às operações de compra e da venda, conforme ocorre nas instituições privadas de saúde (IAMAMOTO, 2009).

Consideramos tal discussão relevante, pois reconhecemos a importância de se analisar o trabalho do assistente social nos seus espaços ocupacionais, peculiarizando, na correlação de forças que incidem nesses espaços, na sua realização, as competências e atribuições profissionais enquanto expressões desse trabalho concreto; e o seu significado social no processo de reprodução das relações sociais na atualidade, ante as profundas transformações que se operam no âmbito do trabalho contemporaneamente (IAMAMOTO, 1999). Ou seja,

Nesse contexto de radicais alterações nos vários campos profissionais, não tem mais lugar as visões do Serviço Social “prisioneiras do passado”, que identificam as funções e atribuições tradicionalmente instituídas como sendo “o Serviço Social”. E à proporção que aquelas funções são eliminadas ou alteradas, que as organizações se reestruturam — e com elas o lugar do Serviço Social nos organogramas institucionais —, os profissionais, que caem nas armadilhas daquelas análises a-históricas, sentem “perder o chão”, “diluir sua identidade profissional”, receando a “morte prematura” do Serviço Social, a perda de espaço ocupacional e de poder. Sentem que a profissão parece “desprofissionalizar-se”. Desmistificar tais visões é pressuposto para que se ocupe, redimensione e amplie o espaço profissional em um mercado de trabalho altamente competitivo. Exige olhar além das fronteiras imediatas das atividades executadas rotineiramente, para apreender as tendências dos processos sociais e as mudanças macroscópicas que ocorrem na contemporaneidade, para identificar, por meio delas, novas possibilidades e exigências para o trabalho (IAMAMOTO, 1999, p.110).

Isto porque, compreendemos que os processos de trabalho em que se inserem os profissionais de Serviço Social não são por eles organizados e nem lhes são exclusivos, mesmo que nele participem de forma específica e disponham de autonomia ética e técnica:

Cuida-se de evitar uma superestimação artificial da profissão, como se os processos de trabalho nos quais se inscreve o profissional se moldassem em função do Serviço Social, conformando-se como processos de trabalho exclusivamente do assistente social. Este, na condição de um trabalhador assalariado especializado, não dispõe de um poder mágico de “esculpir” o processo de trabalho no qual se inscreve, o que ultrapassa a capacidade de ingerência de qualquer trabalhador assalariado individualmente. É função do empregador organizar e atribuir unidade ao processo de trabalho na sua totalidade, articulando e distribuindo as múltiplas funções e especializações requeridas pela divisão social e técnica do trabalho entre o conjunto dos assalariados (IAMAMOTO, 1999, p.107).

Costa (2000) assevera que na base da idealização da ação do Serviço Social, verifica-se uma espécie de tensão entre o trabalho concreto e o “dever ser” representado no ideário dos profissionais de Serviço Social.

A autora ressalva que subjacente a este fato, parece haver uma desconsideração das condições objetivas sob as quais se desenvolve o trabalho profissional, no contexto de produção e reprodução das relações sociais capitalistas, e das relações de subordinação inerentes à condição de trabalhadores assalariados, quais sejam: o trabalho assalariado, controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras:

Assim, o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam. De fato, a inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo, como organizam seus objetivos institucionais que se voltam para a intervenção sobre essas necessidades (COSTA, 2000, p.37).

Como referenda a supracitada autora, a desconsideração desse processo de subordinação, combinada a uma parca discussão sobre as particularidades do trabalho profissional nos diversos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social, configurará um dos fatores que repercutirão na tensão existente entre as exigências do mercado e a idealização dos profissionais sobre as suas ações profissionais.

Iamamoto (1999) ressalva que se faz necessário a ultrapassagem do mito da “indefinição profissional”, para o entendimento do lugar que o assistente social, enquanto trabalhador especializado ocupa em um processo coletivo de trabalho. Para tal, se torna premente o reconhecimento do caráter cooperativo dos processos de trabalho em que se inserem os assistentes sociais, tanto para se compreender o lugar do assistente social no processo coletivo de trabalho, quanto para a identificação de sua contribuição para a elaboração de um produto comum.

Torna-se fundamental levar em consideração que, ainda que dispondo de autonomia ética e técnica no exercício de seu trabalho — resguardadas inclusive pelo Código de Ética e pela Lei de Regulamentação Profissional —, o profissional de Serviço Social é convocado a desempenhar sua ação profissional no interior de um processo de trabalho coletivo, estruturado no interior de “condições sociais dadas, cujo produto, em suas dimensões materiais e sociais, é fruto do trabalho combinado ou cooperativo, que se forja com o contributo específico das diversas especializações do trabalho” (IAMAMOTO, 1999, p.107).

4.19. Quanto à indagação sobre a Lei de Regulamentação da Profissão facilitar o trabalho profissional dos assistentes sociais, as respostas são as seguintes:

- A- Sim, ela muito nos respalda.
- B- Com certeza, especialmente em função da regulamentação das 30 horas.
- C- Sim. É um documento que nos possibilita brigar por nossos direitos. Em alguns casos, facilita. Todavia, infelizmente, não podemos ser tão rigorosas e rígidas, pois nosso trabalho não permite isso.
- D- Facilita, porque ela limita as nossas atribuições e o que seremos responsáveis na instituição. Entretanto, isso não quer dizer que não iremos fazer coisas que não estejam em nossa Lei de Regulamentação.
- E- Eu a leio muito pouco. No passado, tinha mais contato por meio de estudos para concursos.
- F- Facilita. Temos a real noção do que pode e não pode. Até onde podemos ir ou não. Temos noção desse limite. O que devemos aceitar vindo de outros profissionais e o que não podemos. Por exemplo, a questão da comunicação do óbito, que não faço de jeito nenhum. Já houveram episódios de o médico querer que eu comunicasse o óbito e eu disse não. Esta questão é muito conflituosa.
- G- Sim, claro. Tomara que a “moda” de São Paulo não venha para cá, a qual permite que pessoas com segundo grau sejam contratadas como “atendentes sociais”, para fazer o nosso trabalho em CRAS e CREAS, atendendo a população de rua, com uma carga horária de 30 horas e um salário de cerca de 1400 reais. Observei que o movimento que o mercado tem realizado para a contratação de assistentes sociais, após a implementação das 30 horas e o piso mínimo, é rebaixar o cargo. Assim, ao invés de contratar o profissional como assistente social, contratam como “analista de RH”, “assistente de RH” ou “atendente social”, para trabalhar 40 horas e pagar 1500 ou 1600 reais, ou também no cargo de ouvidor, que é para não pagar o piso mínimo, nem conceder as 30 horas.
- H- Sim, facilita e estabelece as metas.
- I- Com certeza, porque regulamenta o nosso trabalho.
- J- Auxilia bastante.
- K- Considero que sim.
- L- Facilita sim.
- M- Sim.
- N- Claro, e quero que venham mais leis. A lei das 30 horas ajudou bastante.
- O- Acho que ainda há muita coisa para melhorar.
- P- Considero mais os parâmetros. Prefiro os parâmetros, pois eles são minha cartilha.
- Q- Sim, facilita. Tem que haver regulamentação do nosso trabalho.

Como podemos averiguar, as entrevistadas, majoritariamente, indicaram o favorecimento da Lei de Regulamentação, no que se refere ao exercício profissional do assistente social, uma vez que possibilita delimitar o seu âmbito de ação, isto é, as atribuições privativas e competências profissionais nas instituições.

Há também a indicação da importância da regulamentação da carga horária de 30 horas semanais, implementada a partir da promulgação da Lei 12.317, de 26 de agosto de

2010, que altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8.662/1993) e define a referida jornada de trabalho dos assistentes sociais, sem redução salarial. Duas das entrevistadas (“C” e “D”) mencionam, ainda, que não obstante a importância da Lei de Regulamentação Profissional, isso não significa, necessariamente, que as mesmas não sejam convidadas a realizarem atividades que não figurem nesta Lei. A entrevistada “F” cita o caso da demanda pela comunicação do óbito, como elemento que frequentemente envolve conflitos no seu exercício cotidiano de trabalho.

Destarte, como sabemos, em situações relativas à requisição de comunicação de óbito, cabe ao profissional de Serviço Social atuar paramentado por sua Lei de Regulamentação, uma vez que o mesmo não possui qualificação técnico-científica para esclarecer aos familiares sobre a *causa mortis* de qualquer paciente e, portanto, configura uma ilegalidade atribuir essa tarefa ao assistente social.

A entrevistada “G”, ainda, realiza interessante observação acerca da precarização do exercício profissional, citando o fato da contratação de assistentes sociais em outros “enquadramentos funcionais”, de forma a elidir o seu direito à carga horária de 30 horas e à uma remuneração justa. Dessa maneira, pode-se afirmar que a reflexão dos assistentes sociais acerca de sua Lei de Regulamentação Profissional é imprescindível, pois:

Ao buscar apoio na Lei de Regulamentação da Profissão, para entender melhor as competências e atribuições privativas, o assistente social tende a ter maior clareza do seu exercício profissional e do lugar ocupado pela profissão na divisão sócio-técnica do trabalho. Ao mesmo tempo, a Lei pode servir de parâmetro para a ampliação de frentes de trabalho e para a inserção em outras áreas de intervenção e investigação com vistas à produção do conhecimento (TORRES, 2007, p.52).

4.20. Sobre o atual Código de Ética Profissional dos assistentes sociais e como consideram os seus Princípios Fundamentais, as entrevistadas teceram as seguintes considerações:

- A- Acredito que ele precisa ser atualizado. Especialmente, no que diz respeito à questão de o assistente social estar inserido nos novos espaços de trabalho, como por exemplo, o terceiro setor e a ouvidoria. Observo certa rejeição ao dizermos que atuamos nesses espaços. Acredito que algumas coisas precisam ser revistas e atualizadas, como o Código e as atribuições. Destaco o princípio do sigilo profissional.
- B- Acredito que a questão ética seja muito importante. Acho que o Código de Ética é fundamental para todas as profissões, pois serve para legitimar nossa atuação frente ao nosso empregador.
- C- Considero importante. Destaco o sigilo profissional, que é fundamental para o Serviço Social.
- D- Ele é ótimo. O Código de Ética traduz tudo aquilo que não só o assistente social, mas que toda pessoa em si deveria seguir. Ele tem um cunho social, mas é difícil sermos

respeitados em nossa ética, já que ele é muito exigente. Gosto de todos os tópicos que falam dos direitos humanos.

- E- O Código de Ética está em mim, pois busco resguardar a ética profissional durante minha atuação. Gostaria que a minha sala fosse vedada com vidro, para que nada que fosse dito pelos pacientes seja ouvido, como o diagnóstico de HIV/AIDS, por exemplo. Os atendimentos devem ser muito sigilosos. Gosto do Princípio que fala do sigilo profissional, pois ele é primordial.
- F- Considero que o Código confere um Norte para a profissão. Contudo, acredito que deveria haver mais fiscalização nas empresas, pois muitas burlam as contratações. Atualmente, com a redução dos postos de emprego, as pessoas acabam se submetendo às modalidades precarizantes que citei, então, considero que falta fiscalização. Em muitas instituições e hospitais, os profissionais acabam se submetendo a fazer coisas que não são atribuições do Serviço Social (comunicação do óbito), pela própria questão da sobrevivência. Aqui, conseguimos eliminar isto através do embasamento do Código do Ética do Serviço Social.
- G- Não tenho nenhuma crítica a ele.
- H- Acho que é um Código bom, atual.
- I- Considero que dá base para o trabalho que realizamos. Acho que aqui o sigilo é o principal, principalmente porque é importante que tudo esteja relatado em prontuário, mas resguardar o sigilo é fundamental.
- J- Busco desenvolver um trabalho ético. Gosto de todos os princípios.
- K- Para mim é relativo.
- L- Ele é bom, propicia um respaldo, mas com o passar do tempo torna-se necessária uma reavaliação, em função das mudanças que ocorrem. Gosto da parte da defesa dos direitos e do sigilo que é importantíssimo.
- M- É obrigatório. Destaco o sigilo profissional.
- N- Acredito que algumas coisas poderiam ser trocadas, como por exemplo, o não envolvimento com o cliente. Acredito que haja coisas que já estão ultrapassadas e precisam ser revistas. Claro que há coisas relevantes como o sigilo profissional, que é extremamente importante.
- O- O sigilo é o que mais gosto, pois ele norteia tudo.
- P- Acho o Código de Ética desatualizado e pouco estudado na faculdade. Considero que deveria haver dois períodos dedicados a ele. Acho que ele deveria ser mais estudado, mais renovado e mais elaborado.
- Q- Nós o utilizamos muito. Se você souber usar isso a seu favor, é ótimo. Ele serve para estabelecer limites tanto com os demais profissionais, como com os outros assistentes sociais. Utilizo mais os parâmetros do que o próprio Código, pois o consulto somente quando ocorre um caso mais sério.

Ao que podemos verificar, grande parte das entrevistadas ressaltam a importância do Código de Ética Profissional, especialmente, por sinalizarem o fato de que o mesmo configura um instrumento fundamental e que norteia e embasa o exercício profissional. Na avaliação, respectivamente, das entrevistadas “B” e “Q”, a importância do Código de Ética reside no fato de que ele “[...] serve para legitimar nossa atuação frente ao nosso empregador”, como

também, “[...] para estabelecer limites tanto em relação aos demais profissionais, como com os outros assistentes sociais”.

A profissional “F”, faz ainda menção à relevância do Código de Ética na luta contra a precarização do exercício profissional neste campo, uma vez que informou ter conseguido suplantar a demanda pela comunicação do óbito dos pacientes, através do embasamento fornecido pelo referido Código. A referência ao sigilo profissional, enquanto “Princípio” destacado, aparece por sete vezes nas respostas das entrevistadas.

Contudo, como sabemos, o sigilo profissional não figura entre os Princípios Fundamentais do Código de Ética Profissional, mas sim, no Capítulo V — Do Sigilo Profissional — e artigo 17 deste Código e que veda ao/à assistente social revelar sigilo profissional. As profissionais “A”, “N” e “P”, ainda, referem suposta desatualização e necessidade de revisão deste Código, mesmo sem explicitarem argumentos mais aprofundados para tal. Acerca do Código de Ética Profissional, segundo Forti (2010):

O Código de Ética vigente representa, a nosso ver, de maneira destacada, uma vez que orientação para a ação profissional, a direção dos compromissos assumidos pelo Serviço Social brasileiro nas últimas décadas do seu percurso histórico — o Projeto Ético-Político hegemônico. Nele pode-se observar claramente uma perspectiva crítica à ordem econômico-social estabelecida e a defesa dos direitos dos trabalhadores. Isso porque o avanço experimentado pelo Serviço Social nas últimas três décadas que possibilitou, inclusive, a concretização do seu Código atual ou, melhor, o processo de renovação em curso nessa profissão em detrimento do Serviço Social tradicional, vem sendo acompanhado por metamorfoses sociais que em favor do capital aviltam o trabalho, chegando não só representar a inviabilidade de ampliação do movimento de conquistas da classe trabalhadora, mas o seu retrocesso (FORTI, 2010, p.115).

4.21. Sobre possuírem como referência o atual Projeto Ético-Político do Serviço Social (brasileiro), as entrevistadas consideram:

- A- Tenho sim, o Projeto Ético-Político é meu Norte.
- B- Tenho sim. Busco sempre trabalhar em prol dos direitos do ser humano, em todos os lugares que trabalhei, e até mesmo em minha vida privada. O trabalho no Serviço Social pressupõe o gostar do ser humano.
- C- Sim, com certeza. Utilizo como diretriz para o meu trabalho.
- D- Sim, óbvio. Ele regulamenta e confere nossas diretrizes de atuação profissional.
- E- Sim.
- F- Sim, procuro me respaldar por ele.
- G- Sim.
- H- Não sou muito envolvida. Gostaria de me reaproximar da academia e do estudo acerca dele.
- I- Considero que, em partes, mas não em tudo. Claro que ele nos dá base, mas acho que a sociedade mudou muito e precisamos nos adaptar.
- J- Como direção para a atuação.

- K- Ele é a diretriz do meu trabalho.  
 L- É importante. Ele fornece base e respaldo.  
 M- Na situação da ouvidoria se diferencia, mas acho importante.  
 N- Não respondeu.  
 O- Às vezes na prática, é difícil cumprirmos.  
 P- É o dia-a-dia, é o que eu faço. Eu procuro usar a ética em tudo, resguardando o sigilo profissional. Tenho muito cuidado em preservar as pessoas.  
 Q- Nós utilizamos entre aspas, devemos ter a consciência crítica, mas não o utilizamos muito. Aqui também se reproduz o trabalho alienado e fazemos parte desse ciclo. Não podemos perder essa consciência crítica e aí o Projeto Ético-Político ajuda muito.

Como podemos observar, em grande parte, as entrevistadas mencionaram ter o Projeto Ético-Político como referência para sua atuação, onde destacamos as reflexões realizadas pelas profissionais “O” e “Q”, uma vez que enfatizam as contradições atinentes entre as diretrizes do Projeto Ético-Político Profissional e a alienação do trabalho própria da sociedade capitalista e dos limites objetivos enfrentados em seu campo de trabalho.

Há que se destacar, ainda, a fala da entrevistada “H”, que, ponderando sobre o Projeto Crítico Profissional, refere “não ser muito envolvida”, manifestando o desejo de se “[...] reaproximar da academia e do estudo acerca dele”, e da profissional “I”, que pontua que “[...] ele nos dá base, mas acho que a sociedade mudou muito e precisamos nos adaptar”. Tais respostas, ao que nos parece, apresentam importantes distorções acerca do entendimento do Projeto Ético-Político, que podem ser fruto de uma parca reflexão sobre o mesmo. Assim,

A apreensão clara do conteúdo de tal compromisso visando ao fortalecimento e à defesa do atual projeto crítico, implica esforço teórico-prático dos profissionais, visando à materialização de valores e princípios democráticos, compatíveis com tal direção social, no cotidiano do exercício profissional — portanto, exige a busca de correspondência teórico-prática frente aos valores e princípios defendidos (FORTI; COELHO, 2015, p.36)

Entrementes, não podemos deixar de salientar o comprometimento expresso ao longo das entrevistas com uma direção social no trabalho das profissionais, pois apesar das limitações e requisições empresariais — que se relacionam à “mediação/resolução” de conflitos e às exigências do lucro —, as entrevistadas parecem envidar um esforço no sentido de “extrapolar” tais demandas mercantis, objetivando também orientar os cidadãos em seus direitos sociais e buscando qualificar os serviços prestados pelas instituições. Assim, reiteramos que:

a objetivação de valores democráticos exige que se coloque a dimensão ético-política no centro do exercício profissional. Ou seja, o enfrentamento e a superação dos limites e dos obstáculos que dificultam as objetivações de valores democráticos não podem ocorrer apenas por meio de respostas instrumentais-operativas. A dimensão ético-política é responsável por impregnar de sentido, dar direção à ação profissional (FORTI; COELHO, 2015, p.35)

Isto é, entendemos que, apesar das contradições atinentes ao trabalho nesse campo, podemos depreender que as profissionais buscam realizar um trabalho qualificado, comprometido com aqueles que, premidos pela precarização dos serviços públicos, são também compelidos a consumir serviços privados para assistência à sua saúde.

Assim sendo, concordamos com Iamamoto (2012), quanto à premissa de que pensar o Projeto Profissional supõe articular essa dupla dimensão: de um lado, as condições macrosocietárias que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro lado, as respostas técnico-profissionais e ético-políticas dos agentes profissionais nesse contexto, que traduzem como esses limites e possibilidades são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais.

Ainda, segundo a referida autora, a condição de trabalhador assalariado, regulado por um contrato de trabalho, introduz um conjunto de novas mediações que não podem ser desprezadas na análise do trabalho profissional, sob pena de se resvalar para uma análise a-histórica:

A condição assalariada envolve necessariamente a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho consubstanciadas no contrato de trabalho, estabelecem as condições em que este trabalho se realiza em termos de intensidade, jornada, salário, controle do trabalho e de sua produtividade, metas a serem cumpridas, assim como prevê a particularização de funções e atribuições decorrentes da normatização institucional que regula a realização do trabalho coletivo no âmbito dos organismos empregadores, públicos e privados (IAMAMOTO, 2012, p.45).

Ressalte-se, ainda, que a atual conjuntura requer considerar o redimensionamento dos espaços ocupacionais e das demandas profissionais que suscita “novas” demandas e competências aos assistentes sociais. A reconfiguração dos espaços ocupacionais é resultante das profundas transformações sócio-históricas, com mudanças regressivas nas relações entre o Estado e sociedade em um quadro de recessão na economia internacional, submetida à ordem financeira do grande capital (IAMAMOTO, 2012).

Em suma, para analisarmos as atuais competências e atribuições do assistente social é necessário atentarmos para este momento particular de mudanças no padrão de acumulação e regulação social, nos marcos da denominada globalização da produção dos mercados e dos bens culturais, que vêm provocando profundas alterações na produção de bens e serviços, nas formas de organização e gestão do trabalho nos organismos empregadores, com marcantes alterações nas formas como os diversos profissionais de serviços se articulam no interior dessas entidades. É esse mesmo contexto que confere alterações às demandas de

trabalho do assistente social, redimensionando o mercado de trabalho, alterando os processos de trabalho e as condições em que se realizam (IAMAMOTO, 2012).

Destacamos a premência de se atribuir densidade histórica ao projeto profissional e imprimir objetivamente uma direção social ao trabalho profissional cotidiano, o que pressupõe o reconhecimento das forças sociais que o tensionam e efetuar a análise da organização dos reais processos de trabalho em que se realiza a profissão, com vistas ao estabelecimento de uma base realista, ainda que “sem perder o encanto do sonho e da utopia às nossas projeções profissionais e à sua viabilização” (IAMAMOTO, 2012, p.47).

E avançar uma legitimação da profissão na sociedade, na apropriação e ampliação dos espaços ocupacionais, reforçando a nossa identidade profissional. O desafio maior é, pois, traduzir o Projeto Ético-Político em direção efetiva no âmbito das condições em que se realiza o trabalho do assistente social. Nesse sentido, isto exige transcendermos da análise da profissão ao seu efetivo exercício, o que pressupõe articular profissão e trabalho assalariado ou a profissão nas condições sociais de sua realização, mediada pelo assalariamento. Deste modo, consideramos que a análise acerca das atuais requisições ao Serviço Social, e, mais especificamente, acerca da inserção profissional no âmbito da saúde privada, não pode prescindir destes elementos (IAMAMOTO, 2012).

À efetivação deste movimento, torna-se imprescindível a análise acurada das reais condições e relações sociais em que se efetiva a profissão, num esforço de integrar o “dever ser” com a objetivação desse projeto, como estratégia à superação do risco de se deslizar para uma proposta ideal — uma vez que apartada da realidade histórica e suprimidas as particulares determinações e mediações que repercutem na operacionalização dessa especialização do trabalho coletivo (IAMAMOTO, 2012).

A despeito das limitações determinadas pela realidade ao trabalho profissional, suscitarem a necessidade de, como anteriormente mencionado, considerá-lo a partir de uma análise acurada das reais condições e relações sociais em que se efetiva a profissão, num esforço de integrar o “dever ser” com a objetivação desse projeto, os assistentes sociais detêm, considerando a sua relativa autonomia, possibilidades de formulação de estratégias que se direcionem à busca pela efetivação dos princípios e valores, contidos no Projeto Ético-Político do Serviço Social:

O trabalho profissional, na perspectiva do Projeto Ético-Político, exige um sujeito profissional qualificado capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência para propor, negociar com os empregadores privados ou públicos, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais (RAICHELIS, 2011, p. 427-428).

Nessa perspectiva, acreditamos que, embora a atuação dos assistentes sociais no âmbito da saúde privada, como buscamos evidenciar ao longo desta pesquisa, encerre complexas questões que precisam ser aclaradas e debatidas no âmbito da categoria profissional, consideramos que tal campo de atuação, contenha também possibilidades (favoráveis) para a atuação profissional, especialmente no que diz respeito à implementação de ações para a qualificação dos serviços institucionais prestados à população e para a viabilização do acesso aos seus direitos sociais.

Entrementes, para tal, ratificamos a necessidade do exercício profissional crítico e compromissado com os valores do Projeto Ético-Político, e que, portanto, objetive ultrapassar as requisições de cariz conservador no âmbito destas instituições, no sentido da efetivação de ações de melhoria da qualidade dos serviços prestados, do acesso da população às políticas sociais e, que, portanto, objetivem ultrapassar as meras exigências do lucro e da “mediação/resolução” de conflitos no âmbito dessas instituições hospitalares.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Iniciamos as nossas reflexões neste estudo, tomando como princípio básico do referencial teórico marxiano, a premissa de que no ato da produção dos meios de vida, os homens estabelecem laços entre si e, por meio deles, exercem uma ação que visa a transformação da natureza para a produção de sua própria subsistência. Como destacamos ao longo do Capítulo 1, o referencial supracitado traz à tona a centralidade do trabalho em face do mundo dos homens, afirmando-a enquanto atividade humana que se diferencia das demais, pois pressupõe teleologia.

Entrementes, no modo de sociabilidade caracterizado pela égide do capital, o trabalhador efetiva a sua atividade sob o controle do capitalista, a quem pertence o seu trabalho. Outrossim, é inerente ao regime capitalista uma profunda contradição: a produção assume cada vez mais um caráter social, ao mesmo tempo em que a propriedade dos meios de produção permanece como propriedade privada capitalista, incompatível com o caráter social da produção.

Como também buscamos demonstrar, o capitalismo, no final do século XIX, experimentou profundas alterações no seu ordenamento e dinâmica econômicos, com fortes repercussões sob a estrutura social e política das nações que abrangia. Tal período histórico

refere-se à transição entre o capitalismo concorrencial e o capitalismo monopolista, caracterizado como o estágio imperialista do capital (MANDEL, 1985).

Nesse sentido, sublinhamos que o capitalismo monopolista reproduz, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que atribui à ordem burguesa os seus traços estruturais de exploração, alienação e transitoriedade histórica. O crescimento exponencial dos capitais excedentes — que se tornam tanto mais exacerbados quanto mais se agudiza a tendência descendente da taxa média de lucro —, é próprio da dinâmica do capitalismo monopolista (NETTO, 1992).

Assim sendo, entendemos que a existência de grandes quantidades de capital que não podem se valorizar mais na indústria é um elemento precípua para a ampliação do chamado setor de serviços. Dessa maneira, apreendemos o papel do setor de serviços na esfera econômica em sua imprescindibilidade no que se relaciona à lógica das transformações que se operam na esfera produtiva.

Como vimos, nesse contexto, o papel do Estado “redefine-se” à medida que sua intervenção esporádica/pontual na fase concorrencial do capitalismo transmuta-se em uma intervenção sistemática e contínua que age intensivamente sob a organização e dinâmica econômica (NETTO, 1992).

Afirma-se que durante a etapa do capitalismo concorrencial, a intervenção estatal nas sequelas da questão social, respondia básica e coercitivamente às lutas das massas oprimidas ou à necessidade de manutenção das relações sociais que balizavam o sistema capitalista. É nessa conjuntura que se gestam as condições necessárias onde as sequelas da denominada questão social tornam-se alvo de uma intervenção contínua e sistemática por parte do poder estatal.

Assim, temos que o enfrentamento sistemático das mazelas provenientes da questão social resultou do “redimensionamento” do Estado burguês, que se “amplia” e torna mais complexa a estrutura e o significado de sua ação. É nesse contexto que se expande a implementação dos serviços sociais e o bojo da intervenção estatal no âmbito das sequelas da questão social.

Como buscamos enfatizar, a implantação dos serviços sociais significa, portanto, não apenas o êxito da classe operária na luta pelo reconhecimento de sua cidadania na sociedade burguesa, pois, mais do que mera manifestação de uma faceta “humanitária” do Estado, representa uma estratégia do mesmo e da burguesia no sentido de incorporar como suas, uma série de reivindicações da classe trabalhadora em sua luta de resistência em face ao capital e

de afirmação de seu papel como classe na sociedade, defesa dos salários, direito à educação, saúde, cultura, dentre outros (IAMAMOTO, 1998).

Desse modo, temos que a expansão dos serviços sociais dirigidos à reprodução dos trabalhadores e das suas famílias no capitalismo tardio, é expressão da complexa e contraditória tensão entre a sua existência como um serviço que tem um valor de uso social e coletivo e a possibilidade de serem transformados em um serviço cuja utilidade social passa a depender da geração de lucros, isto é, da sua mercantilização (COSTA, 1998).

Assim sendo, reiteramos que os estudos sobre a organização atual das Políticas de Saúde, quaisquer que sejam as suas orientações metodológicas, dificilmente deixam de referir-se à demarcada expansão da produção de serviços, bem como à generalização do consumo por contingentes sempre mais amplos da população (DONNAGELO; PEREIRA, 1976).

O processo de “aplicação” da medicina ao corpo, enquanto elemento funcional da produção econômica fundamenta, entre outras, uma perspectiva de análise que apreende a participação dos serviços de saúde no processo de acumulação através de sua imediata articulação com a estrutura econômica, em particular, com o momento da produção (MERHY, 2014).

Afirma-se que com o avanço das forças produtivas, ocorreram mudanças no âmbito do trabalho, que dizem respeito ao aumento do seu ritmo e da produtividade, exigindo um trabalhador “apto” à sua realização. Com efeito, o objetivo e o objeto da Política de Saúde se definiram, historicamente, no modo de produção capitalista, em torno do processo de acumulação de capital, no plano econômico e político (MERHY, 2014).

Nesse sentido, compreendemos que para que possamos apreender apropriadamente as especificidades das Políticas de Saúde que se institucionalizarão em países periféricos como o Brasil, por exemplo, dever-se-á considerar que o processo de “importação” das teorias que instrumentalizaram as “práticas sanitárias”, que se desenvolveram nos países centrais, se dá através de uma descontextualização/recontextualização, conforme os padrões próprios de desenvolvimento das relações sociais capitalistas em seus contextos particulares.

Destarte, como buscamos pontuar, entre as iniciativas estatais de ampliação e organização do setor da saúde no Brasil, no início do século XX, destacam-se a Reforma Carlos Chagas em 1923 — que objetivou a extensão da atenção à saúde da população —, e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), também em 1923 — que se refere mais especificamente à higiene e à saúde do trabalhador —, sendo esta medida comumente identificada como o embrião do sistema previdenciário brasileiro (BRAVO, 2009).

A partir da década de 1930, a intervenção do Estado na saúde se torna mais efetiva, tendo a sociedade brasileira apresentado importantes alterações, como o processo de industrialização e a emergência das políticas sociais.

Contudo, buscamos também sinalizar que a partir de 1950, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava estruturada e acenava na direção da formação das empresas médicas. Estas corporações vinculadas aos interesses privados do setor, pressionavam o financiamento através do Estado, da produção privada.

Nesse sentido, em virtude do regime ditatorial — que fora deflagrado a partir de 1964 — a medicalização da vida social fora imposta, tanto na saúde pública quanto na Previdência Social. Nessa conjuntura, a Política de Saúde ficou caracterizada pelo “modelo de privilegiamento do produtor privado”, isto é, ela progressivamente assumiu feições capitalistas, com a assimilação das mudanças tecnológicas ocorridas no plano internacional — via indústrias de equipamentos hospitalares e farmacêuticas —; ênfase nas práticas médicas curativas, individuais, assistencialistas e especializadas (BRAVO, 2009).

No que tange à inserção do Serviço Social no bojo desse processo, isto é, à atuação profissional no âmbito da Política de Saúde, salientamos que embora as resoluções que formalizam o reconhecimento dos assistentes sociais como profissionais da saúde sejam recentes, tal atuação é requisitada desde meados da década de 1940, e se transformou progressivamente em um dos setores que mais absorve os profissionais de Serviço Social no Brasil.

Tais profissionais demarcaram seu ingresso na área da saúde, através da realização de atividades educativas junto à população, que visavam intervir nos seus hábitos de higiene e saúde aplicados à vida privada (SODRÉ, 2010).

Reiteramos que já nos anos 1990, se constatou a existência de dois<sup>50</sup> projetos políticos em disputa na área saúde: o Projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista. E, evidentemente, ambos apresentam diferentes requisições para o Serviço Social (BRAVO, 2009).

O Projeto da Reforma Sanitária vem requisitando aos assistentes sociais o trabalho no sentido da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação da população na gestão dos serviços.

---

<sup>50</sup>Embora na contemporaneidade, de acordo com Bravo (2013), se admita a existência de um terceiro projeto na área da saúde: “Projeto da Reforma Sanitária flexibilizada”.

Todavia, o projeto privatista requisitou, e segue requisitando aos assistentes sociais, entre outras demandas: atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (BRAVO; MATOS, 2009).

Assim, em contraposição a proposta do Projeto de Reforma Sanitária, temos o projeto de saúde articulada ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização do atendimento às demandas da população (BRAVO, 2009).

Verifica-se que a universalidade do direito — um dos fundamentos centrais do Sistema Único de Saúde (SUS) e contido no Projeto de Reforma Sanitária —, é um dos aspectos que tem provocado significativa tensão e oposição dos defensores do projeto de saúde voltado para o mercado.

A esse respeito, pode-se afirmar que a mercantilização da saúde no Brasil, mantém estreita vinculação com a sua formação sócio-histórica que, como buscamos sinalizar no decorrer do presente estudo, historicamente priorizou a saúde privada em detrimento de uma cobertura que abarcasse o conjunto da população (NOGUEIRA, 1983).

Registra-se que o mercado de serviços privados de assistência à saúde no Brasil, apresenta origem e desenvolvimento interrelacionado com a definição das Políticas Públicas de Saúde, especialmente no que se refere ao financiamento direto — no caso dos convênios-empresa do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) — ou indireto, mediante o mecanismo de renúncia fiscal (NITÃO, 2004).

Como sabemos, o Estado no Brasil, possui a característica de figurar como grande impulsionador e financiador do setor privado de saúde, seja por meio de financiamento direto, ou por formas diversas de atuação, como a concessão de subsídios, isenções fiscais ou incentivos. O Estado, indubitavelmente, desempenhou e segue desempenhando um papel facilitador do setor privado de saúde (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Nesse contexto, como pontuamos, os cidadãos passam a reconhecer o acesso à saúde, não como um direito social concernente à cidadania, mas como mais uma mercadoria disponível no mercado. Torna-se evidente que a saúde se constitui como um dos setores em disputa no mercado, representando, de fato, mais uma das estratégias de expansão das fronteiras para obtenção de lucro do capital.

Dessa maneira, os serviços de saúde integram o amplo leque dos denominados serviços de consumo coletivo — dos quais fazem parte a educação, as formas organizadas de

lazer, dentre outras atividades dependentes da existência de equipamentos sociais — e, censitariamente, estão incluídas no setor terciário da economia. Ademais, como prestação de serviços, o trabalho em saúde traz a característica específica da presença da força de trabalho humana em todos os componentes do processo (NOGUEIRA, 1983).

Verificamos, assim, que uma das características mais proeminentes do trabalho nos serviços de saúde é a crescente coletivização dos agentes prestadores desses serviços, o que redundará na emergência do trabalho coletivo, realizado por diferentes categorias profissionais em regime de cooperação técnica, seja numa unidade isolada (clínica, hospital), seja numa rede hierarquizada de unidades.

Concordamos com Alves (2015), quanto à premissa de que para analisarmos o setor de serviços na contemporaneidade — e em seu interior, os serviços de saúde —, devemos apreendê-lo numa dinâmica econômica em que se destaca o aumento das modalidades flexíveis de contratação laboral no Brasil.

Assim, pode-se dizer que na área da saúde, o mercado de trabalho segue a tendência geral da evolução (ou retrocesso) das relações de trabalho brasileiras, sobretudo, nos últimos anos. Esse quadro tem gerado desequilíbrio entre a oferta e a demanda de postos de trabalho, por exemplo, no Sistema Único de Saúde (SUS), com impacto direto na quantidade e na qualidade dos mesmos.

Como objetivamos sublinhar ao longo deste trabalho, analisar a inserção do Serviço Social no âmbito da saúde privada no município do Rio de Janeiro, ao que ficou evidenciado por meio do levantamento que realizamos, é algo que pode-se dizer pouco explorado no lastro da produção teórica da profissão.

Desse modo, o presente estudo norteou-se por uma perspectiva crítico - dialética, onde as contradições contidas na realidade em suas tendências, relações e múltiplas determinações foram levadas em conta no ato de se analisar o exercício profissional dos assistentes sociais no âmbito das instituições privadas de saúde selecionadas para a pesquisa.

Tal análise, nestes termos, possibilitou-nos captar as estratégias de que lançam mão as profissionais inseridas nesse campo, no seu exercício profissional cotidiano, bem como os desafios presentes à sua atuação. Consideramos que estas estratégias expressam o esforço envidado por estas profissionais em imprimir uma direção social em sua atuação em um espaço onde as mesmas são conclamadas a envolverem-se nos objetivos da empresa privada de saúde, que tem como objetivo final — como toda empresa capitalista — o lucro advindo da comercialização, no caso específico, de serviços de saúde.

Assim sendo, a partir deste estudo, buscamos captar o perfil profissional, as condições/relações em que se processa o trabalho destas profissionais nas instituições, as demandas/requisições que são dirigidas às mesmas, bem como as respostas profissionais, em contrapartida. O instrumento utilizado para a coleta de dados, constituiu uma entrevista semiestruturada (Apêndice A) composta por perguntas fechadas, que se relacionam ao perfil profissional das entrevistadas, e abertas, nas quais as participantes poderiam expressar-se livremente.

O número total de profissionais de Serviço Social participantes, representou um montante de dezessete assistentes sociais, distribuídas em treze instituições de saúde privada. O referido montante específico de entrevistadas, foi definido com base na manifestação de interesse das profissionais no que tange à participação na pesquisa. Assim, o presente estudo tratou-se de uma pesquisa científica realizada com base em levantamento bibliográfico, documental, na aplicação de entrevistas semiestruturadas e na análise de conteúdo.

Dessa maneira, a partir do levantamento preliminar que envidamos, aferimos que dos 83 hospitais gerais privados referidos, cerca de 62% possui assistentes sociais em seus quadros funcionais, isto é, 51 instituições. Dentre estes profissionais, dezessete — que se encontram distribuídas em treze instituições hospitalares —, sinalizaram o interesse e efetivamente participaram de nosso estudo. As instituições localizam-se, respectivamente, na zona norte (03), centro da cidade (03), zona oeste (04) e zona sul (03) do município do Rio de Janeiro.

No que se relaciona à faixa etária das profissionais entrevistadas, pode-se dizer que sobressai a faixa etária de 30 a 50 anos, todas do gênero feminino. No que tange a formação profissional, as profissionais entrevistadas se formaram em instituições públicas e privadas, em sua maioria, — isto é, 70% delas — em cursos noturnos, em períodos diversos que vão desde 1980 a 2013.

Todas as entrevistadas informaram possuir vínculo funcional de natureza celetista com as instituições em que trabalham. Como pudemos averiguar, as equipes de assistentes sociais atuantes nesses espaços, ao que nos foi relatado, são bem reduzidas, variando o número de profissionais de uma a no máximo quatro para toda a instituição — 46% contam com duas profissionais, 23% respectivamente, com uma e três profissionais e 8% contam com quatro assistentes sociais —, que como já mencionamos, são hospitais gerais e que contam, na maioria das vezes, com centros de tratamento intensivo (CTIS), unidades de emergência e de internação, além de ambulatórios.

Como também se pode constatar, majoritariamente, as entrevistadas encontram-se na faixa média de onze a vinte e cinco anos de tempo de trabalho como assistentes sociais. Outrossim, o tempo de trabalho nas instituições em questão, apresenta variação de um a trinta e dois anos. Quanto à carga horária de trabalho diária, duas assistentes sociais informaram serem plantonistas (plantões de 12x36 e 3x10) e quinze diaristas (seis e oito horas diárias). Dezesesseis entrevistadas explicitaram terem sido contratadas como assistentes sociais, enquanto uma, como ouvidora.

Com relação aos níveis de satisfação das profissionais com o trabalho desenvolvido nas instituições, podemos dizer que, majoritariamente, isto é, quinze das assistentes sociais (88%) afirmaram estarem satisfeitas com o trabalho desenvolvido, para 12% que mencionaram estarem insatisfeitas com o trabalho nas instituições.

Entre os principais motivos de insatisfação elencados, estão: o baixo reconhecimento profissional, baixos salários, a falta de autonomia profissional e a realização de atividades que não constam como atribuições e competências do Serviço Social na área da Saúde — ex.: informação de altas, trabalho com o setor de documentação médica e guardar os pertences dos familiares no horário das visitas —, conforme referendado pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS).

É observável que, em sua maioria, as profissionais encontram-se inseridas no setor de Serviço Social — a despeito da grande diversidade da atuação profissional nas instituições ora analisadas —, apresentando uma variação de tempo de inserção neste espaço de 02 a 32 anos, concentrando sua atuação em setores específicos, como o de internação, hemodiálise (clínica-satélite que possui convênio com o SUS), projetos filantrópicos, atuando também junto aos trabalhadores da instituição, referindo, ainda, estarem também inseridas ou fornecerem suporte às ouvidorias das instituições.

Com exceção da entrevistada que é contratada como ouvidora, que informou ter realizado um curso de ouvidoria (custeado pela instituição em que trabalha) na cidade de Florianópolis (SC), como treinamento para a sua atuação profissional neste âmbito, nenhuma outra profissional relatou ter recebido qualquer tipo de treinamento nas instituições em que atuam, tendo construído a sua atuação profissional, no “cotidiano” ou no “*feeling*”, como referido por uma das entrevistadas. Ou mesmo, a partir de experiências pregressas na saúde privada.

Salientamos, ainda, as referências realizadas por algumas das entrevistadas quanto à sobrecarga de funções que enfrentam nas instituições em que atuam, e que se relacionam à

exigência de polivalência no trabalho. Tais fatos podem evidenciar determinada desqualificação enfrentada pelas profissionais ao inserirem-se neste campo.

Como foi possível perceber nas respostas das profissionais, com exceção de uma das entrevistadas, que informou cumprir a carga horária de 40 horas semanais e ser contratada como ouvidora, as demais profissionais relataram terem sido contratadas como assistentes sociais e cumprirem a carga horária das 30 horas fixadas para os profissionais de Serviço Social, a partir da promulgação da Lei 12.317, de 26 de agosto de 2010, que altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8.662/1993) e redefine a referida jornada máxima de trabalho, vedada a redução salarial.

Em sua maioria, as entrevistadas mencionaram trabalhar os cinco dias semanais, exceto duas profissionais que informaram trabalhar em regime de plantão (respectivamente, plantões de 12x36 e 3x10), além de uma outra entrevistada que afirmou não realizar plantões, porém, permanecer de “sobreaviso”.

Como pudemos observar, com exceção de duas profissionais que afirmaram receber salários inferiores ao piso estadual (definido pela lei 7.530 de 09 de março de 2017, que institui pisos salariais no âmbito do Rio de Janeiro para algumas categorias profissionais, dentre elas, os assistentes sociais), as demais entrevistadas informaram receber remuneração compatível ou um pouco superior ao referido piso estadual. Vale destacar que, no caso de profissionais que exercem a função de chefia de Serviço Social, os salários situam-se na faixa de cinco mil reais.

A despeito de, majoritariamente, as participantes terem afirmado que o contrato de trabalho, salário ou carga horária não interferem em sua atuação profissional, em seus relatos, pudemos captar elementos que divergem dessa assertiva. Dentre os aspectos que podemos destacar, houve menção ao excesso da carga de trabalho, em contraposição à equipe reduzida de profissionais de Serviço Social, além do fato de que este quadro impele as profissionais a excederem a sua carga horária diária de trabalho, para concluírem as suas atividades. Houve também referência à dificuldade (e até mesmo impossibilidade) enfrentada pelas entrevistadas, para receberem o pagamento das horas extras realizadas.

Não obstante, houve também menção à desvalorização e defasagem salarial relativa às remunerações recebidas, bem como à insatisfação e desmotivação decorrentes deste fato. De modo geral, as entrevistadas denotam a realização de grande esforço pessoal para que, apesar das condições muitas vezes desfavoráveis de trabalho, o mesmo seja realizado de modo a não ser prejudicado.

Apreciando o modo como as entrevistadas captam o objeto de estudo/intervenção do Serviço Social, observamos que há a identificação, de modo expressivo, do paciente e/ou sua família como representação desse objeto. Isso pode refletir um entendimento de que as situações a serem trabalhadas pelo Serviço Social resultam do plano das relações interpessoais, do âmbito psicossocial e não, fundamentalmente, no campo das determinações e dos condicionantes estruturais (FORTI, 2010).

Como pudemos observar, quatro das entrevistadas nos informaram não existirem ou mesmo desconhecem a existência de projetos ou programas nas instituições. Duas das profissionais referiram a existência de projetos multidisciplinares voltados à prestação de orientações aos pacientes acerca de enfermidades e demais temáticas vinculadas à saúde. Duas outras assistentes sociais mencionaram o interesse em desenvolverem projetos relativos, respectivamente, à implementação de uma creche para os filhos das trabalhadoras e de estímulo aos profissionais das instituições.

No que tange à existência de projetos de intervenção profissional escritos, como podemos observar, ainda que algumas das entrevistadas tenham informado a sua existência — mesmo que tenham optado por não explicitarem maiores detalhes acerca deles —, em sua maioria, as profissionais relataram desconhecer ou não existirem projetos de intervenção.

Ou seja, a maioria das exposições obtidas expressam a inexistência de projetos de intervenção profissional documentados nos âmbitos hospitalares analisados. Consideramos que tal quadro traz sérias implicações ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, especialmente, pela natureza do campo e a necessidade de avaliação crítica das requisições dirigidas aos profissionais. Como sabemos, a estratégia de formulação de um projeto de intervenção é um elemento fundamental para o enfrentamento da desqualificação profissional nos campos de trabalho e, por conseguinte, na defesa do Projeto Ético-Político.

Com exceção de cinco das entrevistadas, que pontuaram a não existência de condições tão favoráveis de trabalho — sobretudo, no que se relaciona a inexistência de uma sala própria de trabalho, elemento fundamental para que o sigilo profissional possa ser resguardado —, as demais profissionais afirmaram estarem satisfeitas com as suas condições de trabalho.

Dentre os principais instrumentos de trabalho destacados pelas entrevistadas, temos: o censo hospitalar, relatório social, entrevista social, visitas domiciliares, laudos sociais, fichas sociais, pareceres sociais, “anamneses”, fichas de “evolução social”, atendimento direto à população, escuta ativa, reuniões, registros, utilização de *e-mail*, além de documentação

específica vinculada aos programas de trabalho, como informado por uma das entrevistadas, no caso do programa de desospitalização.

A respeito dos instrumentos informados por nossas entrevistadas, cabe salientar, que os mesmos não parecem divergir, de todo, dos instrumentos utilizados pelo Serviço Social nos demais espaços sócio-ocupacionais em que se insere (públicos e privados) — não obstante a especificidade da natureza privada das instituições de saúde em questão. Esta ressalva se faz necessária por nossa experiência no campo privado da saúde — em uma ouvidoria — ter sido bastante diversa no que tange aos instrumentos de trabalho, em comparação ao relatado por nossas entrevistadas.

Como principais eixos do trabalho do Serviço Social nos hospitais privados ora analisados, podemos destacar: a) o acompanhamento dos pacientes/familiares, que acessam os serviços institucionais através de planos de saúde ou mesmo contratam os seus serviços particulares, no que tange o fornecimento de orientações acerca dos seus direitos do consumidor, serviços, rotinas hospitalares, bem como a prestação de orientações sociais diversas (trabalhista, previdenciária, assistencial, dentre outras); b) o trabalho nas ouvidorias das instituições, recebendo queixas, sugestões, elogios, auxiliando na “mediação/resolução” de conflitos e, por conseguinte, no aumento dos níveis de satisfação e fidelização da clientela; c) administração de serviços filantrópicos ofertados pelos hospitais, no sentido da realização de triagem socioeconômica e acompanhamento dos pacientes; d) o trabalho junto aos pacientes atendidos em uma clínica satélite de hemodiálise, a qual corresponde à um convênio entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição privada; e f) atendimento direto aos trabalhadores da instituição.

Como sabemos, o lucro é a finalidade de toda e qualquer empresa capitalista e a necessidade de profissionais que atuarão no sentido de assegurar a satisfação dos clientes, sua fidelização, a “mediação/resolução” de conflitos entre os mesmos e as instituições, e o consequente aumento dos lucros, emerge como um imperativo. Nesse sentido, ao analisarmos as demandas dirigidas ao Serviço Social no contexto da saúde privada, observa-se claramente tal tendência presente nas requisições que são atribuídas a estas profissionais.

Ao que pudemos verificar, as assistentes sociais são requisitadas para acompanhar os pacientes e suas famílias, buscando subsidiá-los de orientações acerca de seus direitos do consumidor, serviços e rotinas institucionais, além de seus direitos sociais, no sentido de uma “mediação/resolução de conflitos” entre tais consumidores, as instituições e as operadoras de saúde e, conseqüentemente, a prevenção de conflitos potenciais, até mesmo judiciais, para as empresas.

Ressalte-se que as narrativas das profissionais informam, em parte majoritária, existir consonância entre as atribuições e competências profissionais e o trabalho neste campo, ainda que as mesmas realizem uma série de ressalvas críticas a tal afirmativa.

Como pudemos perceber, os relatos das entrevistadas nos apontaram certa unanimidade no que diz respeito à existência de trabalho multidisciplinar; boas relações entre as profissionais, as demais equipes e chefias e a importância desse elemento para o desenvolvimento do trabalho.

Como se pode também averiguar, as entrevistadas, em grande parte, mencionaram terem as metas e objetivos de seu trabalho, definidos, diretamente, pela direção/administração hospitalar ou por chefias/coordenações, seja do Serviço Social ou médicas. Duas das entrevistadas relataram que as metas para o Serviço Social, compõem, inclusive, o planejamento estratégico das instituições em que atuam. Outrossim, as participantes referem, ainda, terem o seu trabalho avaliado pelas instâncias supracitadas: direção/administração ou chefias/coordenações, inclusive, por meio de indicadores de produtividade.

As profissionais, em grande parte, informaram não existirem instrumentos de caracterização da população atendida, sendo a mesma captada no cotidiano profissional. A população idosa, de classe média, e conveniada a planos de saúde fora majoritariamente referida, como sendo o segmento populacional que usualmente é atendido pelo Serviço Social nas instituições, por constituir-se a maior parte da gama dos pacientes atendidos nos hospitais analisados.

Diante do exposto, é interessante observar como parte das entrevistadas referiu existir consonância entre os objetivos institucionais, objetivos do Serviço Social (na instituição) e os do Projeto Ético-Político do Serviço Social, enquanto a outra parte reiterou a contraposição entre tais objetivos, uma vez que o trabalho neste campo, como já mencionado neste estudo, tem a característica de estar subordinado a uma instituição privada e que dele requisita resultados específicos ligados ao interesse de viabilização do lucro empresarial.

Como pudemos aferir, as entrevistadas, majoritariamente, indicaram o favorecimento da Lei de Regulamentação, no que se refere ao exercício profissional do assistente social, uma vez que possibilita delimitar o seu âmbito de ação, isto é, as atribuições privativas e competências profissionais nas instituições.

Há também a indicação da importância da regulamentação da carga horária de 30 horas semanais, implementada a partir da promulgação da Lei 12.317, de 26 de agosto de 2010, que altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8.662/1993) e define a referida jornada de trabalho dos assistentes sociais sem redução salarial. Duas das

entrevistadas mencionaram, ainda, que não obstante a importância da Lei de Regulamentação Profissional, isso não significa, necessariamente, que as mesmas não sejam convidadas a realizarem atividades que não figurem nesta Lei. Uma das entrevistadas citou o caso da demanda pela comunicação do óbito, como elemento que frequentemente envolve conflitos no seu exercício cotidiano de trabalho.

Ao que pudemos verificar, grande parte das entrevistadas ressaltaram a importância do Código de Ética, especialmente, por sinalizarem o fato de que tal documento configura um instrumento fundamental para nortear e embasar o trabalho profissional. Outrossim, majoritariamente, as entrevistadas mencionaram ter o Projeto Ético-Político como referência para sua atuação, onde destacamos as reflexões realizadas por duas profissionais, as quais enfatizam as contradições atinentes entre as diretrizes do Projeto Ético-Político Profissional e a alienação do trabalho própria da sociedade capitalista e dos limites objetivos enfrentados em seu campo de trabalho.

Ante ao exposto, como pudemos constatar, as demandas dirigidas ao Serviço Social no âmbito da saúde privada no município do Rio de Janeiro, relacionam-se à “mediação/resolução” de conflitos entre as instituições, operadoras de saúde e os consumidores, isto é, ao “apaziguamento” de situações potencialmente conflituosas e danosas às empresas analisadas, as quais nos remetem, inclusive, às requisições tipicamente conservadoras que historicamente têm sido dirigidas ao Serviço Social, relacionadas ao controle, “mediação”, “redução de tensões”, dentre outras.

A nosso ver, a requisição de assistentes sociais nas instituições analisadas, pode estar diretamente relacionada ao que fora acima mencionado. Ou seja, reiteramos a premissa de que existe uma “imagem” da profissão de que os profissionais de Serviço Social possuiriam uma habilidade de “mediação de conflitos”, de forma “humanizada” e, portanto, seriam profissionais aptos a atuar no sentido da “redução de tensões”, que eventualmente possam surgir na relação entre os estabelecimentos e os consumidores (LOMIENTO, 2014).

Acreditamos que a supracitada perspectiva — proveniente das representações existentes no âmbito do senso comum sobre a profissão, que segundo Prado (2005), fora construída ao longo do processo histórico do trabalho junto à assistência, que desde a antiguidade esteve ligada à noção de caridade — e o trabalho requisitado pelos empregadores na saúde privada, combinam-se perfeitamente, haja vista que o trabalho desempenhado por estas profissionais, ao que ficou evidenciado em nosso estudo, relaciona-se, de fato, às demandas anteriormente mencionadas.

Outrossim, ao que também pudemos averiguar, as requisições dirigidas ao Serviço Social no âmbito das instituições de saúde privada relacionam-se aos interesses empresariais vinculados, como afirmamos ao longo deste estudo, à satisfação e fidelização da clientela (ouvidoria), ao trabalho junto à “responsabilidade social” das empresas (projetos filantrópicos), ao processo de acreditação hospitalar, à desospitalização, à atuação junto ao corpo de trabalhadores das instituições, dentre outras demandas relacionadas ao aumento dos lucros das referidas empresas, exercendo o Serviço Social, assim, conforme referido no Capítulo 1, um trabalho produtivo nesses estabelecimentos.

Outro aspecto fundamental captado em nosso estudo é a requisição do trabalho profissional junto às famílias, que após a promulgação dos Estatutos da Criança e do Adolescente (1990) e do Idoso (2003), passaram a inserir-se como acompanhantes no âmbito hospitalar, demandando, por conseguinte, também a intervenção do Serviço Social em seu acompanhamento.

Ressalte-se que conforme aferido em nossa pesquisa, a população idosa é o segmento majoritariamente atendido pelas assistentes sociais nos hospitais analisados, pois como buscamos destacar neste estudo, tem se verificado o aumento da longevidade da população e, portanto, a incidência de doenças crônicas, repercutindo, assim, no aumento da demanda por serviços de saúde por esta população.

Entrementes, a despeito das requisições institucionais que referendamos até aqui e que, ao nosso ver, expressam uma preocupação emanada pelos próprios interesses empresariais em contratar assistentes sociais que atuem no sentido da viabilização do aumento dos seus lucros, consideramos, pois, que as referidas profissionais busquem ultrapassar tais demandas institucionais. Isto é, observa-se um esforço das mesmas em subsidiarem os cidadãos também de orientações acerca do acesso aos seus direitos sociais: trabalhistas, previdenciários, assistenciais, dentre outros, isto é, para além dos “direitos do consumo”.

Mediante o exposto, não obstante a atuação dos assistentes sociais no âmbito da saúde privada, como buscamos evidenciar ao longo deste estudo, encerre complexas questões que precisam ser aclaradas e debatidas no meio profissional, consideramos que tal campo de trabalho, contenha também possibilidades (favoráveis) para a atuação profissional, especialmente, no que diz respeito à implementação de ações para a qualificação dos serviços institucionais e nos subsídios prestados à população quanto ao acesso aos seus direitos sociais, visando suplantam, assim, as meras exigências do lucro e da “mediação/resolução” de conflitos no âmbito dessas instituições hospitalares, no sentido da defesa do nosso Projeto Ético-Político.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Dados e indicadores do setor*. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 21 ago. 2017.

ALMEIDA, N. L. T. de; CARDOSO, F. G; BARBOSA, R. N. C. A categoria processo de trabalho e o trabalho do assistente social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v.58, 1998.

\_\_\_\_\_. Considerações iniciais para o exame do processo de trabalho do Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, v. 52, 1996.

\_\_\_\_\_; ALENCAR, M. M. T. Serviço Social e trabalho: particularidades do trabalho do assistente social na esfera pública estatal brasileira. *O Social em Questão*, v.34, 2015.

ALVES, G. A lógica da terceirização e o capitalismo no Brasil: precarização do trabalho na era do neodesenvolvimentismo. *O Público e o Privado* (UECE), v. 25, 2015.

AMARAL, A. S.; CESAR, M. O trabalho do assistente social nas empresas capitalistas. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

ASSIS, A. Privatização e reordenamento da política de transplantes no Estado do Rio de Janeiro. In: *A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro*. Cadernos de Saúde. FAPERJ. 2015.

BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAGA, J. C. S.; SILVA, P. L. B. A mercantilização “admissível” e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil, in B. Negri e G. Di Giovanni (orgs.), *Brasil: radiografia da saúde*, Campinas, Instituto de Economia da Unicamp. 2001.

BRASIL. Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014. *Regulamenta a Lei nº 12.101 de 2009*.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010. *Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social*.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. *Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis n. 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências*.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 312 de 30 de abril de 2002. *Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar*.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. *Regulamentação das profissões de saúde*.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Terminologia Básica em Saúde*. Brasília, Centro de Documentação, 1983.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista*. A degradação do trabalho no século XX. 3. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1987.

BRAVO. M.I.S.; MATOS, M. C. *A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal*. In: Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete et alii (orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). *Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas: Papel Social, 2013.

\_\_\_\_\_. Principais Marcos e Características da Atenção à Saúde nos Países Centrais. *Em Pauta* (Rio De Janeiro), Rio de Janeiro, 1998.

\_\_\_\_\_. MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete et alii (orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Ed. da UFRJ, 1996.

CFESS. *Assistentes sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional*. CFESS/UFAL. 2005.

\_\_\_\_\_. *Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Brasília: 1993.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências*.

\_\_\_\_\_. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 2011.

\_\_\_\_\_. Resolução CFESS, n.383 de 29 de março de 1999. *Caracteriza o assistente social como profissional da saúde*.

CISLAGHI, J. F. Retrocessos no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. S. et. Elli (Orgs.). *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro*. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2015.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. *Cartilha: Modernização Trabalhista na Saúde*. Federação Brasileira de Hospitais. 2017.

CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal. 1984.

CORREIA, M. V. C; OMENA, V. C. de. *A mercantilização da saúde e a política de saúde brasileira: a funcionalidade da saúde suplementar*. IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2013.

\_\_\_\_\_. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: O banco mundial e as tendências da contrarreforma na política de Saúde brasileira. *Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios*. *Temporalis*. Revista da ABEPSS, Ano VII, n. 13, São Luiz, 2007.

COSTA, D. H. C. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade* n° 62. São Paulo, Cortez, mar. 2000.

\_\_\_\_\_. Os serviços sociais na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: MOTA, A. E. (Org.). *A Nova Fábrica de Consensos*. São Paulo, Cortez, 1998.

CRESS. *Cartilha: Diferenças das atribuições entre Conselhos Profissionais e Sindicatos*. CRESS 7ª Região. 2017.

DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. *Política e Sociedade*, Revista de Sociologia Política, n.5. Florianópolis: UFSC, 2004.

DATASUS. *Demográficas e Socioeconômicas*. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>> Acesso em: 28 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. *Rede Assistencial*. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>> Acesso em: 28 ago. 2017.

DEDECCA, C. S. Flexibilidade e regulação de um mercado de trabalho precário: a experiência brasileira. In: *Colóquio Internacional Novas Formas do Trabalho e do Desemprego: Brasil, Japão e França, numa perspectiva comparada*. São Paulo: USP; 2006.

DONNANGELO M. C, PEREIRA L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

FAVERET FILHO, P; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*. 1990.

FERNANDES, F. *A Revolução burguesa no Brasil*. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

\_\_\_\_\_. *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

FORTI, V. L.; COELHO, M. Contribuição à crítica do projeto ético-político do serviço social: considerações sobre fundamentos e cotidiano institucional. In FORTI, V. L. & GUERRA, Y. D. (Orgs.), *Projeto ético-político do serviço social: contribuições à sua crítica*. Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2015.

FORTI, V. L. *Ética, crime e loucura: reflexões sobre a dimensão ética no trabalho profissional*. 2ª e. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

\_\_\_\_\_. GUERRA, Y. D. “Na prática a teoria é outra?”. *Serviço Social: Temas, Textos e Contextos*. In: FORTI e GUERRA (Org.), Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2009.

GODOI, A. F. de. *O turismo de saúde: uma visão da hospitalidade médica mundial*. 1. Ed. São Paulo: Ícone Editora, 2009, V. 1.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Lei de nº 7.530 de 09 de março de 2017. *Institui pisos salariais no âmbito do Estado do Rio de Janeiro para as categorias profissionais que menciona e estabelece outras providências*.

GUERRA, Y. D. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos e competências profissionais*. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. *A instrumentalidade do Serviço Social*. São Paulo, Cortez, 1995.

IANNI, O. *A ditadura do grande capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

IAMAMOTO, M. V. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo, Cortez: 1999.

\_\_\_\_\_. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

\_\_\_\_\_. Projeto profissional, espaços sócio-ocupacionais e trabalho do/a assistente social na atualidade. CFESS. *Atribuições Privativas do/a Assistente social em Questão*. 1ª Ed revisada e ampliada. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. CARVALHO, R. de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo: Cortez, 1998.

KOWARICK, L. *Trabalho e vadiagem*. São Paulo. Paz e terra, 1994.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. *Revista Serviço Social & Saúde* [online]. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, dez., 2010.

LANZA, L.M.B.; CAMPANUCCI, P. da S.; e BALDOW, L.O. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. *Revista Katálisis*. 2012, v. 15, n.2.

LOMIENTO, N. M. *Ouvidoria e Serviço Social: um estudo do exercício profissional em instituição de saúde privada*. Trabalho de Conclusão de Curso. UERJ, 2014.

LUKÁCS, G. Os princípios ontológicos fundamentais de Marx. In: LUKÁCS, G. *Para uma ontologia do Ser Social I*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2012.

MACHADO, A. da S.; CABRAL, A. C. de A.; SANTOS, S.M. dos; PESSOA, M. N. M. ; ROLDAN, V. P. S. Reestruturação produtiva no setor de saúde: estudo de caso em um hospital de Fortaleza/CE. *RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, v. 8, 2012.

MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MARANHÃO, C. H. Acumulação, trabalho e superpopulação: crítica ao conceito de exclusão social. In. *O Mito da Assistência Social: Ensaio sobre Estado, política e sociedade*. SP, Cortez, 2008.

MARCONSIN, C. Documentação em Serviço Social: debatendo a concepção burocrática e rotineira. In: Valeria Forti; Yolanda Guerra. (Org.). *Serviço Social: Temas, Textos e Contextos*. 4ªed. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2013, v. 1.

MARTINS, M. I. C; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 18, 2013.

MARX, K. A chamada acumulação primitiva. *O capital*. Livro I, volume 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

\_\_\_\_\_. A mercadoria. *O capital*. Livro I, volume I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p.53-105.

\_\_\_\_\_. Introdução. In: MARX, K. *Grundrisse*. São Paulo, Boitempo Editorial, 2011.

\_\_\_\_\_. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2004.

\_\_\_\_\_. *O capital: crítica da economia política. A Lei Geral da Acumulação Capitalista*. São Paulo: Nova Cultural, 1996. (Os Pensadores, livro 1, tomo 2).

\_\_\_\_\_. Processo de Trabalho e processo de valorização. ANTUNES, Ricardo. *A dialética do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

\_\_\_\_\_. Salário, preço e lucro. ANTUNES, Ricardo. *A dialética do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

\_\_\_\_\_. Trabalho produtivo e trabalho improdutivo. ANTUNES, Ricardo. *A dialética do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

MENDES, A. N. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.24, 2015.

MÉSZÁROS, I. *Para além do capital*. São Paulo: Boitempo, 2002.

MERHY, E. *O capitalismo e a saúde pública: A emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. 2ª Edição Porto Alegre, Editora Rede Unida, 2014.

MONTAÑO, C. E. Reforma do Estado e “terceiro setor”, o novo trato à questão social no contexto da reforma do Estado. In: *Serviço Social, trabalho e direitos sociais*. Maceió: Edufal, 2001.

MOTA, A. E. Apresentação. In. *O Mito da Assistência Social: Ensaio sobre Estado, política e sociedade*. SP, Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. *Cultura da crise e seguridade social*. Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. Questão social e Serviço Social: um debate necessário. In. *O Mito da Assistência Social: Ensaio sobre Estado, política e sociedade*. SP, Cortez, 2008.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

\_\_\_\_\_. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. *Temporalis*, Brasília, n. 3, 2001.

\_\_\_\_\_. *Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal*. São Paulo: Cortez. 1993.

\_\_\_\_\_. *Ditadura e Serviço Social*. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. Introdução ao método da teoria social. In: *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2011.

NITÃO, S.R.V. *Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós regulamentação*. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. FIOCRUZ, 2004.

NOGUEIRA, R. P. *Capital e trabalho nos serviços de saúde*. UnB: Brasília. 1983.

OCKÉ-REIS, C. A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de benchmarks. In: Piola e Jorge (orgs.), *Prêmio em Economia da Saúde: 1º Prêmio Nacional - 2004: Coletânea Premiada*. Brasília: Ipea. 2005.

\_\_\_\_\_; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? *Revista Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2006.

ORTIZ, F. G. *O Serviço Social no Brasil: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes*. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

PEREIRA, P. A. P. *Política Social e Democracia*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

PIRES, D. E. P. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n.2, 2000.

PRADO, T. M. B. A representação social do assistente social. In: *Jornada Internacional de Políticas Públicas*, 2005, Maranhão. Anais da Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2005.

RAICHELIS, R. O Assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. *Serv. Soc. Soc.* n.107. 2011.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009, vol.14, n.3.

SINGER, P. *Economia política do trabalho*. São Paulo: Hucitec, 1977.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. *Serviço Social & Sociedade*, v. 1, 2010.

TEIXEIRA, M. J. de O. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático? In. BRAVO. M.I.S e MENEZES, J.S.B de. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. São Paulo: Cortez, 2012.

TORRES, M. M. Atribuições privativas presentes no exercício profissional do assistente social: uma contribuição para o debate. *Libertas*. 2007.

TROTSKY, L. *História da revolução russa*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VASCONCELOS, E. M. O taylorismo e a construção da medicina das classes populares. *Serviço Social e Sociedade*, 1989.

VECINA NETO, G; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp.825-839.

VIANNA, M. L. W. *Política social e transição democrática: o caso do INAMPS*. Texto para discussão n. 226. Rio de Janeiro: IEI. 1989.

WERMELINGER M, et alli. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.45, 2010.

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****Pesquisa: “Reflexões sobre o trabalho do assistente social no âmbito da saúde privada:  
um estudo no município do Rio de Janeiro”**

Pesquisadora responsável: Nayara Marques Lomiento

E-mail: nayara.lomiento@hotmail.com / Cel. (21) 96917-0215

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, do estudo/pesquisa intitulado “Reflexões sobre o trabalho do assistente social no âmbito da saúde privada: um estudo no município do Rio de Janeiro”, conduzida por Nayara Marques Lomiento, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS/UERJ). Este estudo tem por objetivo analisar as peculiaridades da inserção profissional na esfera privada da saúde no município do Rio de Janeiro, objetivando captar os contornos que adquire o trabalho do Serviço Social, bem como os limites e potencialidades para a referida intervenção profissional nesse campo, no que tange a defesa do Projeto Ético-Político.

Você foi selecionada por exatamente exercer sua ação profissional na instância que pretendemos analisar. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os benefícios decorrentes da participação nesta pesquisa, relacionam-se a um maior conhecimento/visibilidade do exercício profissional neste campo e, conseqüentemente, na contribuição ao adensamento do arcabouço científico de nossa categoria. Ressalte-se a exígua literatura a respeito desta temática e a relevância da investigação proposta.

Sua participação nesta pesquisa consistirá na concessão de entrevista, que poderá ser gravada, caso autorize previamente. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos [ou instituições] participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável/coordenadora da pesquisa.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada

### I – Identificação:

- 1.1. Ano de nasci/\_\_\_\_\_
- 1.2. Gênero: ( ) feminino ( ) masculino

### II – Formação profissional:

- 2.1. Ano de conclusão da graduação: \_\_\_\_\_
- 2.2. Inst. Pública ( ) privada ( ) Ensino à distância ( )
- 2.3. Curso: ( ) noturno ( ) diurno
- 2.4. Identificou alguma corrente teórico – metodológica hegemônica orientando a formação profissional na sua Instituição de Ensino? (S) (N) Especificar: \_\_\_\_\_
- 2.5. Formação permanente: Nível de qualificação: Completa ( ) Incompleta ( )  
Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós - doutorado ( ) Em que área?
- 2.6. Possui outra titulação? (S) (N) Em caso afirmativo, em qual (is) área?

### III – Exercício profissional e relações de trabalho:

- 3.1. Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_
- 3.2. Ano de admissão: \_\_\_\_\_
- 3.3. Tempo na unidade: \_\_\_\_\_
- 3.4. Vínculo empregatício: \_\_\_\_\_
- 3.5. Carga horária: de contrato: \_\_\_\_\_hs/semana – carga horária diária: \_\_\_\_\_hs/dia
- 3.6. Trabalha quantos dias semanais (5) (4) (3) (2) ( ) Regime de plantão.
- 3.7. Você desenvolve atividades de supervisão? Como ela é organizada? Como se insere dentro da sua jornada de trabalho? Quantos alunos costuma receber?
- 3.8. Trabalhou como assistente social em outras áreas? Em caso afirmativo, quais? Qual foi a forma de ingresso?
- 3.9. Está satisfeito profissionalmente com o seu trabalho desenvolvido na instituição? (S) (N) Justifique.
- 3.10. Você participa de entidades profissionais? (S) (N) ( ) CRESS ( ) Sindicato
- 3.11. Participou de eventos da categoria profissional nos últimos 05 anos? (S) (N)

#### IV – Exercício profissional no campo específico:

- 4.1. Por que veio trabalhar nesta área? Como se deu a sua inserção nesta instituição?
- 4.2. Em qual setor trabalha nesta unidade? Há quanto tempo? Já trabalhou em outros? Quais?
- 4.3. Teve algum treinamento específico para trabalhar na atual instituição? (S) (N). Em caso afirmativo, como foi realizado?
- 4.4. Que tipo de vínculo empregatício você mantém com a unidade? Você é contratado como assistente social? Qual a sua carga horária/jornada de trabalho? Como ela se distribui durante os dias da semana? Você trabalha em esquema de plantão? Existem folgas, licenças, *day off*, ou outras situações acordadas com a chefia ou que façam parte da composição da jornada de trabalho da equipe?
- 4.5. Qual a sua faixa salarial considerando apenas esse emprego? Você considera que o contrato de trabalho e/ou o salário e/ou a carga horária na instituição interferem em seu desempenho profissional? (S) (N). Se afirmativo, como?
- 4.6. Qual é o objeto de intervenção/estudo do Serviço Social nesse campo?
- 4.7. Quais são os seus objetivos profissionais nesse campo? Quais os resultados do trabalho do Serviço Social neste espaço sócio-ocupacional? Que tipo de recursos e serviços são alcançados pela população a partir de sua atuação? Eles são visualizados na unidade?
- 4.8. Quais os principais programas e projetos desenvolvidos pela unidade? Em quais o Serviço Social está inserido?
- 4.9. Existem projetos do Serviço Social escritos? Eles são periodicamente avaliados?
- 4.10. Em que condições é realizado seu trabalho na unidade? Você dispõe de local e instalações apropriadas para o exercício de seu trabalho?
- 4.11. Quais são seus principais instrumentos de trabalho?
- 4.12. Descreva o trabalho que você desenvolve relacionando as frentes de atuação, rotinas e as principais atividades executadas? Como está organizada (divisão do trabalho, funções e competências) e quem compõe a equipe de trabalho da qual participa?
- 4.13. Considera que existe consonância entre as atribuições e competências profissionais e o trabalho neste campo? Justifique.

- 4.14. Qual o grau de relacionamento do seu trabalho com o trabalho de outros profissionais? Existem frentes e projetos desenvolvidos exclusivamente por você ou pelo Serviço Social? Quais? Como é sua relação com a chefia? E com os demais assistentes sociais? Quais as formas de comunicação estabelecidas?
- 4.15. Estabelecem-se metas e objetivos específicos para o Serviço Social? Em caso afirmativo, quem os estabelece e como? Como e por quem são planejadas, controladas e avaliadas as atividades que você desenvolve? Como você avalia o grau de autonomia que dispõe no seu trabalho?
- 4.16. Quais são as referências ou padrões de produtividade utilizados pela unidade para avaliar seu trabalho? Qual a capacidade de atendimento em seu trabalho? Você consegue estabelecer alguma referência entre tempo e quantidade de atendimento (ou produção) em seu trabalho?
- 4.17. Qual o perfil da população alvo da unidade? E o da que o Serviço Social atende? Descreva os principais processos e instrumentos de caracterização da população (como se conhece a população)?
- 4.18. Existe consonância entre os objetivos institucionais, objetivos do Serviço Social (na instituição) e os do Projeto Ético-Político do Serviço Social? Justifique.
- 4.19. Considera que a Lei de Regulamentação da Profissão facilita o trabalho profissional dos assistentes sociais?
- 4.20. Qual a sua opinião acerca do atual Código de Ética profissional? Como considera os Princípios deste Código? Destacaria algum e por quê?
- 4.21. Tem como referência o Projeto Ético-Político para sua intervenção profissional? Justifique.