



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Verônica Cristina de Oliveira

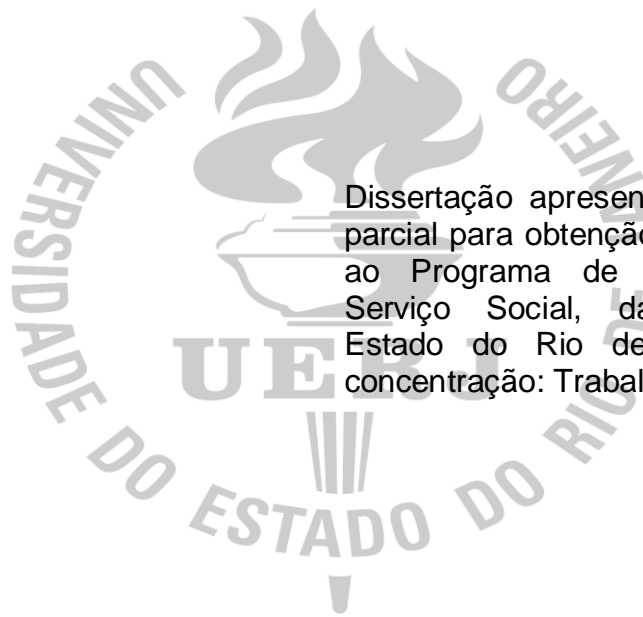
Desafios contemporâneos para o projeto ético-político do Serviço Social: cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência

Rio de Janeiro

2012

Verônica Cristina de Oliveira

**Desafios contemporâneos para o projeto ético-político do Serviço Social:
cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência**



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.^a Dra. Ana Maria Vasconcelos.

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CCS/A

- O48 Oliveira, Verônica Cristina de.
Desafios contemporâneos para o projeto ético-político do Serviço Social: cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência / Verônica Cristina de Oliveira. – 2012.
155 f.
- Orientadora: Ana Maria Vasconcelos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.
Bibliografia.
1. Assistentes sociais – Prática profissional – Teses. 2. Assistentes sociais – Formação – Teses. 3. Condições de trabalho – Teses. I. Vasconcelos, Ana Maria de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 36

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

Assinatura

Data

Verônica Cristina de Oliveira

**Desafios contemporâneos para o projeto ético-político do Serviço Social:
cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência**

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.

Aprovado em: 12 de Outubro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Maria de Vasconcelos (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof.^a Dra. Fátima de Maria Masson
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Rio de Janeiro

2012

À minha querida e saudosa Vó Carmosina
Minha maior incentivadora que ao longo desse árduo período se foi deixando muitas
saudades...

AGRADECIMENTOS

Um sonho que se sonha só,
É só um sonho que se sonha só,
Mas sonho que se sonha junto é realidade.

Raul Seixas

A elaboração de um estudo acadêmico embora tenha um protagonista central, o autor, é sempre uma produção coletiva mediada por um desafiador esforço de superação. **Superação** esta que não seria possível sem o auxílio e apoio de pessoas especiais. Sob o risco de cometer alguma injustiça, ao esquecer alguma ajuda prestada, irei citar aqui alguns nomes de pessoas indispensáveis durante esta trajetória árdua e de muitas angústias, sem as quais a conclusão deste estudo seria muito mais difícil, e num limite, impossível.

À minha família pelo apoio e estímulo. Em especial, à minha **mãe**, ao meu **pai**, ao tio **Carlos**, a **Vanessa**, ao **Maicon** e a **Cleonice**, pessoas sempre presentes que de um modo muito especial contribuíram para o meu fortalecimento nos momentos mais difíceis.

Ao meu querido marido **Israel**, pessoa irreverente que com sua alegria contagiante não mediu esforços para me apoiar nos momentos em que quase desisti... Obrigada Vida pelos momentos compartilhados entre choro e sorrisos.

Ao meu querido irmão **Fabício**, criança travessa que me roubou muitos sorrisos durante essa trajetória. Mesmo tão pequenino trouxe grandiosidade nos momentos em que vinha me servir um copo de água durante muitas horas de estudo “para repor as energias”, como dizia ele.

Aos meus queridos amigos pela compreensão nos MUITOS momentos de ausência. Pelo apoio constante e por sempre estimularem meu potencial. Em destaque agradeço minhas amigas **Sheila** e **Cléia**, por se fazerem sempre presentes, mesmo estando distantes.

Aos meus queridos amigos de trabalho por compreenderem minhas ausências e por sempre lutarem para que eu concluísse esse trabalho. Ao **Rogério**, **Núbia**, **Fernandinha** e **Simone**, por terem se preocupado comigo e por me substituírem em alguns momentos. Em especial, à **Conceição** pelo saboroso café após uma noite intensa de estudos; à **Rose** por se preocupar com minha

alimentação e cuidar dos mínimos detalhes; e por fim, não menos importante, ao Sr **Amiud**, pessoa muito acolhedora que me deu muitos puxões de orelha nos momentos em que eu secundarizei a pesquisa em virtude do trabalho, por sempre me lembrar que o sucesso de qualquer trabalho depende essencialmente dos investimentos a ele dispensados.

Aos queridos companheiros de turma do PPGSS, **ME2010 “A turma mais bonita da cidade!”**. Pelo estímulo, pelos momentos de reflexão, pelas pizzas, pelos encontros comemorativos após a entrega de trabalhos, pelas viagens, e por todas as ocasiões compartilhadas ao longo do processo de formação. Ficam aqui meus agradecimentos: Ana Paula, Aline, Carol, Charles, Cristiane, Daniele, Eliane, Everton, Guilherme, Livia, Jonatas, Maria Clara, Marianne, Matheus, Morena, Natália, Roberto, Sirley e Vivian. Em especial, ao **Jonatas** pela assessoria artística de sempre e pelas análises coletivas a cerca de nosso objeto de estudo; à **Livia**, minha querida e talentosa amiga que sempre esteve presente compartilhando muitos sorrisos.

A toda equipe de Serviço Social da unidade de saúde pesquisada que me recepcionaram, em princípio com muito receito, mas posteriormente compreenderam a importância de estudos como este e me recepcionaram dividindo comigo suas reflexões sobre suas experiências profissionais. Em especial, **as 15 assistentes sociais entrevistadas**; e as auxiliares administrativas (**Marlene, Elys e Tuany**) que me auxiliaram na coleta de dados sobre a unidade de saúde.

À todos que compõem o PPGSS da UERJ. Em especial, ao **Luciano** e a **Roseléia** pessoas atenciosas que sempre auxiliaram nas questões administrativas referentes ao mestrado.

À professora **Maria Inês de Souza Bravo** e toda sua equipe de pesquisa por me recepcionarem durante parte expressiva dessa trajetória no mestrado. Por compartilharem comigo as participações nos Conselhos de Saúde; nas discussões referentes à Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde; nas inúmeras manifestações que tinham por objetivo a luta pela saúde pública e de qualidade.

Aos professores que compõem a minha banca, **Fátima de Maria Masson** e **Maurílio de Castro Matos** que com muito carinho aceitaram meu convite e me estimularam a produzir análises mais aprofundadas sobre o objeto estudado.

À minha queridíssima orientadora **Ana Maria de Vasconcelos** que logo nos primeiros meses do mestrado começou a compartilhar e estimular as reflexões sobre

a prática a partir das muitas noites de terças-feiras dedicadas ao GEMASS I – seu grupo de estudos composto por Aline, Valquíria, Eliane, Simone, Mayana, Renata, Vivian e Juliana. A participação neste grupo me possibilitou elaborar reflexões sobre a prática que sozinha não seria possível alcançar. Agradeço também pela dedicação que me foi dispensada mesmo durante momentos difíceis de sua vida, sempre lendo meus textos e acrescentando uma tonalidade vermelha às páginas produzidas em preto e branco. Agradeço também a todas as alunas da pesquisa que sempre me recepcionaram com muita simpatia, em especial à Jaqueline e Juliana monitoras sempre muito dedicadas.

Por fim, agradeço a duas pessoas que o mestrado na UERJ me possibilitou conhecer: **Aline** e **Vivian**. Duas amigas indispensáveis durante todo esse percurso que compartilharam comigo não apenas as reflexões acadêmicas, mas também momentos de muita tristeza e imensa alegria. Pelas muitas noites de estudo através da internet, pelos “ensaios” para apresentação de trabalho, pelas viagens, pelas afinidade intelectual, pela produção de artigos conjuntos, pelo companheirismo sempre.

E existem muitos formatos
Que só têm verniz e não tem invenção
E tudo aquilo contra o que sempre lutam
É exatamente tudo aquilo o que eles são.

Legião Urbana.

RESUMO

OLIVEIRA, Verônica Cristina de. **Desafios contemporâneos para o projeto ético-político do Serviço Social:** cotidiano profissional dos assistentes sociais em uma grande emergência. 2012. 155 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

O presente trabalho tem por objetivo analisar a prática dos assistentes sociais na saúde, tomando como parâmetro de análise o atual Projeto Ético-Político do Serviço Social. Na elaboração deste estudo, foram consideradas duas intervenientes principais, quais sejam, a formação profissional e as condições de trabalho dos assistentes sociais. Embora o projeto profissional seja constantemente atingido pelas tensões oriundas da esfera político-econômica, este, ao ser adotado pelos assistentes sociais no cotidiano de sua prática, certamente se apresenta como alternativa de efetivação de uma postura crítica frente à contradição que fundamenta as relações sociais estabelecidas na sociedade capitalista. Deste modo, buscamos através deste estudo, identificar em que medida a formação profissional em Serviço Social e as condições de trabalho vêm contribuindo para uma prática mediada pelo PEPSS. O campo da saúde foi determinante para as análises construídas por se tratar de um espaço profissional historicamente ocupado pelo Serviço Social, entretanto os resultados obtidos podem facilmente ser percebidos em outras áreas de atuação do Serviço Social. A formação profissional tem apresentado fragilidades importantes para a criação de estratégias de intervenção que traduzam uma prática que tenha por horizonte os princípios estabelecidos no projeto profissional. Acrescido a isso a carência de investimentos na formação continuada tem demonstrado que a atuação dos assistentes sociais permanece sendo fortemente influenciada por ações não planejadas que possuem como fim último respostas paliativas que não contribuem para a alteração da realidade. Os vínculos frágeis, a precarização das condições e relações de trabalho, bem como a instabilidade e rotatividade nas contratações, nos conduzem à questão do não estabelecimento de vínculo do profissional para com a instituição, o que traz sérios agravos para a qualidade dos serviços prestados.

Palavras-chave: Prática Profissional. Formação Profissional. Condições de trabalho.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Verônica Cristina de. **Contemporary challenges for the ethical-political project of the Social Service**: professional daily social workers in a major emergency. 2012. 155 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

The present work intends to analyze the social worker practice in the Health policy, taking as principle the current social work ethical-political project. In the elaboration of this study, we consider two crucial aspects: professional training and working conditions of the social workers. Even though the professional project is permanently struck by the strain from the political and economical spheres, when the social workers adopt this project in their practice, it becomes an alternative to concretize a critical view of the contradictions which underlie the social relations in the capitalist society. Thereby, we seek to identify how the social worker professional training and their working conditions are facilitating a practice guided by the professional project. The health care field was decisive to the analysis that we made because it has been historically a field of work occupied by the social workers, although the results that we got can be seen in others areas. The professional training has shown significant frailties that will undermine strategy creations of professional interventions guided by the professional project principles. Added to this, the lack of investments in continuous training has demonstrated that the social workers intervention is influenced by non-planned actions which have as goal palliative measures that will not help to change reality. The precarious employments, as well as its working conditions, and the instability and staff turnover, show us the complicated bond between the professional and the institution which harms the quality of the provided services.

Keywords: Professional Practice. Professional Training. Working Conditions.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Faixa etária – Assistentes Sociais	84
Quadro 2 – Tempo de formação – Assistentes Sociais.....	85
Quadro 3 – Unidade de Formação – Assistentes Sociais.....	86
Quadro 4 – Pós-Graduação – Assistentes Sociais.....	89
Quadro 5 – Concepção de Saúde – Assistentes Sociais.....	95
Quadro 6 – Tempo de Atuação na Unidade – Assistentes Sociais.....	117
Quadro 7 – Área de Atuação – Assistentes Sociais.....	118

LISTA DE SIGLAS

ABAS	Associação Brasileira de Assistentes Sociais
ABESS	Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIS	Ações Integradas em Saúde
AP	Área Programática
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF88	Constituição Federal de 1988
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIAP	Centro Integrado e Apoio Profissional
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EaD	Ensino a Distância
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
FEDP	Fundação Estatal do Direito Privado
FESP	Fundação Escola de Serviço Público
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HELP	Programa de Hospitais em Locais Populares
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OS	Organização Social
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PCA	Programa de Capacitação para o Aperfeiçoamento
ONG	Organizações Não Governamentais
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Estado
PMS	Plano Municipal de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
SES	Secretaria de Estado de Educação
SESDEC	Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SMSDC/RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SISREG	Sistema de Regulação
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistemas unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPG	Unidade de Pacientes Graves

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: MARCO CONSTITUCIONAL X OFENSIVA NEOLIBERAL.....	27
1.1	A Política Social Brasileira e suas configurações na atualidade....	28
1.2	A Política Pública de Saúde: Direito Universal X Ofensiva Neoliberal.....	36
1.3	A Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.....	43
2	POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE.....	48
2.1	O Serviço Social Brasileiro: arcabouço teórico acerca da dimensão prática da intervenção profissional.....	49
2.2	O Projeto Ético Político do Serviço Social e suas Determinações para a Prática.....	54
2.3	A Prática do Serviço Social na Saúde.....	61
2.4	Formação Profissional e Condições de Trabalho como determinantes da Prática.....	67
3	COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UMA GRANDE EMERGÊNCIA.....	79
3.1	Características da Unidade de Saúde.....	79
3.2	Formação Profissional dos Assistentes Sociais e sua Articulação com a Prática.....	82
3.3	Condições de Trabalho e Prática Profissional.....	114
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
	REFERÊNCIAS.....	141
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	150
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	153
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ASSISTENTES SOCIAIS.....	155

INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é analisar a prática dos assistentes sociais que atuam no campo da saúde, tomando como parâmetro de análise o atual projeto ético-político do Serviço Social¹. Na elaboração deste estudo, foram consideradas duas intervenientes principais: a formação profissional e as condições de trabalho dos assistentes sociais. O fio condutor de nossa análise consiste na assertiva de que condições de trabalho e formação profissional, em tempos de financeirização do capital, vêm sofrendo os impactos da conjuntura político-econômica capitalista e, conseqüentemente, trazem uma série de desafios para a prática cotidiana dos assistentes sociais.

O projeto ético-político do Serviço Social implica diretamente na definição de uma identidade profissional, pautada em princípios que norteiam a intervenção profissional. Tal projeto delimita os objetivos a serem alcançados através da ação profissional, além de definir as reais prioridades para a intervenção do assistente social. Neste sentido, o Projeto Ético-Político do Serviço Social constrói a auto-imagem da profissão ao mesmo tempo em que lhe dá direção e legitimidade social.

Orientados por este preceito, acreditamos que a realização deste estudo pode possibilitar uma revisão e conseqüente reflexão sobre o trabalho realizado pelos assistentes sociais ao identificar as reais possibilidades de relação entre Projeto Ético-Político do Serviço Social e o trabalho efetivamente realizado pelos assistentes sociais.

Inserido na divisão social e técnica do trabalho, o Serviço Social emerge no Brasil durante a década de 1930 com uma função claramente determinada, sendo chamado a atuar na reprodução das relações sociais, via políticas sociais implementadas pelo Estado (NETTO, 2009a). Ao longo de seu desenvolvimento histórico, o Serviço Social passa por profundas transformações no que se refere à sua matriz teórico-metodológica de fundamentação, sendo o projeto ético-político reflexo da perspectiva de intenção de ruptura (NETTO, 2009b).

¹ Tal projeto, que assume um caráter hegemônico na profissão durante nos anos 1990, é expresso na Lei de Regulamentação da Profissão, no Código de Ética (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1993). Esta tríade que fundamenta a ação profissional fornece subsídios para a construção de um posicionamento ético-político e teórico-metodológico que objetiva o alcance de uma intervenção crítica na ordem social capitalista contemporânea (IAMAMOTO, 2009).

A intenção de ruptura foi uma das dimensões do processo de renovação do Serviço Social brasileiro, além da reatualização do conservadorismo e da perspectiva modernizadora, de acordo com Netto (2005a). A principal característica da perspectiva de intenção de ruptura foi a crítica sistemática aos aparatos teóricos, metodológicos e ideológicos do tradicionalismo. Para o autor, essa perspectiva foi consolidada somente na década de 1980, onde o contexto sócio-político do Brasil, fortemente caracterizado pelos preceitos democráticos, se apresenta enquanto espaço favorável para a ascensão de um Serviço Social expressamente crítico. A potencialização da crítica ao conservadorismo dentro da profissão culminou na consolidação do novo projeto profissional, durante a década de 1990, orientado pela corrente marxista e que atualmente se apresenta como hegemônico no debate teórico do Serviço Social.

A origem conservadora que fundamentava o Serviço Social em sua gênese ao ser amplamente questionada passou a dar lugar a uma nova fundamentação teórica para a profissão, a qual, por sua vez, tem por horizonte preceitos éticos e políticos, os quais expressam uma perspectiva de renovação do *ethos* profissional, dimensionado por uma direção social crítica. Fato é que a dimensão crítica que atualmente orienta hegemonicamente a profissão vem sendo constantemente tensionada pelos preceitos da agenda neoliberal adotada pelo país durante a década de 1990. Netto e Braz (2009) sinalizam que,

a ideologia neoliberal, sustentando a necessidade de "diminuir" o Estado e cortar suas "gorduras", justifica o ataque que o grande capital vem movendo contra as *dimensões democráticas* da intervenção do Estado na economia. Contudo, melhor que ninguém, os representantes dos monopólios sabem que a economia capitalista *não* pode funcionar sem a intervenção estatal. (p. 227. Grifos no original).

Como consequência derivada desse processo, o que podemos constatar é um relativo paradoxo entre Estado de direito garantido legalmente, que prega a democracia social, e o acesso restrito à justiça social, a qual não fica evidenciada na oferta de serviços sociais públicos.

Frente a esse paradoxo, muitos são os entraves que obstaculizam a intervenção do Serviço Social o que, nas palavras de Netto (2007b. p. 38), é traduzido como “processo de inviabilização do projeto ético-político”. As afrontas recorrentes são tipicamente direcionadas àqueles que se colocam em posição de recusa à proposta econômica vigente, na qual são elaborados estratégicos mecanismos que conformam a subordinação do trabalho ao capital, com vistas à

manutenção das condições de produção e reprodução das relações sociais inerentes ao capitalismo.

Neste sentido, fundamentado na racionalidade crítico-dialética, o projeto ético-político do Serviço Social é desenvolvido contraditoriamente no seio da composição capitalista e possui em sua matriz constitutiva o compromisso com os princípios de liberdade, autonomia, emancipação humana; a busca pelo aprofundamento da democracia, visando à socialização da riqueza socialmente produzida; além disso, estabelece que a opção profissional está vinculada ao processo de construção de uma nova ordem societária, a qual não esteja fundamentada na exploração do trabalho. A incorporação do conjunto de valores e princípios que compõe o projeto profissional no cotidiano da prática dos assistentes sociais é indispensável para que tal projeto seja constantemente validado nos diferentes espaços sócio-ocupacionais onde se insere o Serviço Social, dentre eles a saúde.

Estudos diversos (BRAVO e MATTOS, 2008b; VASCONCELOS, 2009; COSTA, 2008) vêm problematizando a inserção do Serviço Social dentro da saúde². A política de saúde vem abarcando historicamente uma gama enorme de assistentes sociais, sendo o referido campo mais um cenário de expressão da questão social, onde se personifica o acirramento das desigualdades sociais. Deste modo, julgamos necessário fortalecer o processo de produção de conhecimento acerca da prática profissional que não deve se restringir às análises focadas no plano do abstrato, mas que alcance as objetivações contidas na realidade cotidiana da prática profissional.

A escolha por essa temática surge a partir da pesquisa desenvolvida no ano de 2009 como requisito da conclusão do curso de graduação, a partir da experiência vivenciada em uma unidade de saúde de grande porte (Hospital Estadual de Emergência), como acadêmica bolsista da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro – SESDEC-RJ, a época, atual Secretaria de Estado de Saúde - SES.

A referida pesquisa visava analisar a compreensão dos assistentes sociais acerca do projeto ético-político do Serviço Social, sendo participantes dessa

² O Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da resolução nº 218/1997, reconheceu o assistente social como um dos profissionais de saúde de nível superior, - junto com biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) através da resolução 338/1999, reafirma o assistente social como profissional de saúde, pautado na resolução anteriormente citada. (CFESS, 2010).

pesquisa 20 assistentes sociais que representavam naquele momento 50% do quantitativo geral da equipe de Serviço Social da referida unidade de saúde.

Na oportunidade, foi possível constatar que 25% das entrevistadas apresentaram dificuldades em expressar suas impressões acerca do projeto profissional, tendo sido possível evidenciar o desconhecimento e/ou falta de clareza acerca do mesmo; 45% dos assistentes sociais apresentaram uma determinada apropriação do conteúdo ético e político, em sua fala, na medida que referenciaram o conteúdo teórico acerca do projeto profissional, sinalizando, inclusive, os princípios que compõem tal projeto; 30% dos assistentes sociais, embora sinalizassem em suas manifestações o debate teórico acerca do projeto profissional, reiteraram a questão dos limites para a elaboração de ações orientadas pelos princípios do projeto ético-político.

De forma sintética, podemos ressaltar que o resultado desse estudo reafirmou o que Vasconcelos (2009) já sinalizava: existência de uma “fratura” entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais em seu cotidiano de trabalho e as possibilidades de práticas desenvolvidas à luz do projeto ético-político do Serviço Social.

O que nos motiva a investir esforços em novos estudos acerca da prática profissional é que a compreensão acerca do projeto profissional, bem como sua adoção por parte dos profissionais em seu cotidiano de trabalho, traz rebatimentos diretos para a prática dos assistentes sociais. Tais rebatimentos podem ser traduzidos em atividades rotineiras e burocratizadas que possuem como fim último a busca *exclusiva* por respostas imediatas às demandas dos usuários e às requisições institucionais. Sendo esta uma armadilha muito convencional em que os assistentes sociais que atuam em unidades de emergência se encontram submetidos.

Imbuídos do conteúdo dos resultados obtidos na pesquisa anterior é que retornamos à mesma unidade hospitalar para estudar a prática do Serviço Social, tomando como referencial o projeto ético-político profissional. Para a análise, foi necessário considerar o movimento institucional, a organização do Serviço Social, as atribuições, requisições e estratégias de intervenção utilizadas, considerando essencialmente a formação profissional e as condições de trabalho em que os assistentes sociais desenvolvem suas ações.

Ao elegermos as condições de trabalho e a formação profissional como intervenientes fulcrais e determinantes tendo em vista o fortalecimento do projeto

profissional – em tempos de aprofundamento do processo de pauperização; de redução do papel estatal na execução direta dos serviços sociais; de privilegiamento do setor privado; de financeirização do capital; de intensificação da exploração do capital sobre o trabalho; de assistencialização da seguridade social; dentre muitos outros fatores – partimos da premissa de serem esses dois subsídios fundamentais para iluminar a apreensão dos limites e possibilidades de práticas mediadas pelo projeto ético-político do Serviço Social.

Busca-se aqui aprofundar as discussões acerca da prática profissional dos assistentes sociais no campo da saúde, sobretudo no que se refere à busca por alternativas estratégicas concretas que sejam necessárias para dar respostas as demandas e requisições institucionais apresentadas à equipe de Serviço Social da unidade hospitalar aqui estudada e que estejam em sintonia com o projeto profissional crítico, visando contribuir com subsídios para o fortalecimento deste. Isso porque, o desenvolvimento de ações orientadas pelos princípios que hoje norteiam o Serviço Social se apresenta como mecanismo de materialidade da postura crítico-interventiva dos assistentes sociais.

Dizemos isto porque, embora o projeto ético-político do Serviço Social seja constantemente atingido pelas tensões oriundas da esfera político-econômica, este, ao ser adotado pelos assistentes sociais no cotidiano de sua prática, certamente se apresenta como alternativa de efetivação de uma postura crítica frente a contradição que fundamenta as relações sociais estabelecidas na sociedade capitalista. Segundo Braz e Netto (2009)

o quadro do capitalismo contemporâneo é determinado, em última instância, pelas relações sociais de produção burguesas e, na medida em que tais relações forem mantidas, ele será agravado e cronificado. Nenhuma reforma do capitalismo tem condições de revertê-lo: ele é a resultante, nas condições contemporâneas, do movimento do capital e do seu comando sobre a sociedade. E constitui, precisamente, a *nova barbárie* a que nos referimos. (p.245).

Na contemporaneidade, onde se presencia a redução substancial dos direitos sociais, necessita-se de uma postura profissional crítica que seja capaz de apreender o movimento de estruturação da sociedade capitalista na qual o trabalho do assistente social se efetiva (IAMAMOTO, 2009). Em meio a essa realidade, o cotidiano profissional tem sido perpassado por avanços e desafios que repercutem na prática desempenhada pelos assistentes sociais.

A atual conjuntura capitalista³ fomenta ainda mais uma realidade incompatível com os pressupostos éticos e políticos contidos no atual projeto profissional do Serviço Social. Essa realidade exige novos caminhos para a profissão os quais estejam pautados em sistemáticas reflexões e discussões dentro da categoria profissional, no que se refere à elaboração de estratégias de enfrentamento a esta realidade social, seja em sua dimensão interventiva, seja em seu posicionamento político. Assim, torna-se necessário a elaboração de mecanismos que venham a provocar uma contínua interlocução entre teoria e prática de modo que o arcabouço teórico venha a iluminar a dimensão prática da ação profissional.

Partindo do pressuposto do hiato existente entre a prática cotidiana e a elaboração de ações mediadas pelo projeto ético-político, tomaremos como foco central para este trabalho um estudo exploratório que tangencie as reais possibilidades de prática profissional, com vistas à ultrapassagem de ações paliativas que traduzem o conservadorismo profissional.

O que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é, partindo da definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, a *apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica* que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na *relação de unidade entre teoria e prática*. (VASCONCELOS, 2008, p.253, grifos da autora).

Deste modo, o presente estudo buscará o levantamento de ações estratégicas dentro de um contexto institucional específico, partindo da realidade concreta, - requisições institucionais, demandas dos usuários e a prática profissional desenvolvida pelos assistentes sociais para dar respostas a essas demandas - passando pela elaboração de mediações necessárias para a compreensão deste real, tendo como fim último o concreto-pensado, materializado na prática reflexiva⁴. Para Vasconcelos (2008),

³ Segundo Braz e Netto (2009) “esse quadro do capitalismo contemporâneo é determinado, em última instância, pelas relações sociais de produção burguesas e, na medida em que tais relações forem mantidas, ele será agravado e cronificado. Nenhuma reforma do capitalismo tem condições de revertê-lo: ele é a resultante, nas condições contemporâneas, do movimento do capital e do seu comando sobre a sociedade. E constitui, precisamente, a *nova barbárie* a que nos referimos”. (2009, p.245).

⁴ Para Vasconcelos (2008) “a *prática reflexiva* é uma prática que, envolvendo dois sujeitos sociais – usuário/profissional –, politiza as demandas dirigidas ao Serviço Social, ao democratizar informações necessárias quando do acesso dos usuários a serviços e recursos – como direito social – na busca

a *prática reflexiva* é uma prática que, envolvendo dois sujeitos sociais – usuário/profissional –, politiza as demandas dirigidas ao Serviço Social, ao democratizar informações necessárias quando do acesso dos usuários a serviços e recursos – como direito social – na busca da superação da práxis cotidiana, a partir de sua *análise, desvendamento*, o que contribui para o fortalecimento dos envolvidos no processo, enquanto sujeitos políticos coletivos. (p.266, grifos da autora).

Para alcançarmos este fim, acreditamos ser necessário, inicialmente, traçar o perfil dos assistentes sociais, visando compreender as particularidades da formação graduada e a formação permanente, entendendo serem estas imprescindíveis para o alcance de uma prática permeada por ações estratégicas que traduzam a direção crítica que hegemonicamente orienta o Serviço Social. Dizemos isto porque o aporte teórico-metodológico, a competência técnico-operativa, bem como a direção ético-política são essencialmente introduzidos através da formação profissional.

De acordo com Iamamoto (2009, p.21), “as possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais.” Assim, cabe aos assistentes sociais “apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho.” (Ibid.). E ainda de acordo com a autora, a

afirmação de um perfil profissional propositivo requer um profissional de novo tipo, comprometido com sua atualização permanente, capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças que presidem o cenário social contemporâneo em que “tudo que é sólido, desmancha no ar”. Profissional que também seja um pesquisador, que invista em sua formação intelectual e cultural e no acompanhamento histórico-conjuntural dos processos sociais para deles extrair potenciais propostas de trabalho – ali presentes como possibilidades – transformando-as em alternativas profissionais. (p.145, grifos da autora).

Diante disso cabe problematizar: a formação graduada tem subsidiado a possibilidade de uma prática profissional capaz de elaborar mediações entre demandas imediatas, tidas como expressões da questão social, e os objetivos profissionais? A formação profissional tem colocado no mercado de trabalho um sujeito profissional imbuído da postura crítica que questione a realidade social? Os assistentes sociais têm efetuado uma prática visando a superação de ações paliativas ou permanecem, fundamentalmente, contribuindo para a manutenção do *status quo*?

da superação da práxis cotidiana, a partir de sua *análise, desvendamento*, o que contribui para o fortalecimento dos envolvidos no processo, enquanto sujeitos políticos coletivos”. (2008, p.266, grifos da autora).

Acreditamos que a direção crítica que atualmente fundamenta o Serviço Social, para ser potencialmente sustentada, precisa ser traduzida no cotidiano da prática profissional, sendo que sua presença efetiva nesse cotidiano depende, em grande medida, da formação profissional que alicerça a intervenção dos assistentes sociais. Deste modo, devemos considerar que as três dimensões essenciais para a reafirmação da postura crítica do Serviço Social – a teórico-metodológica, a ético-política e a técnico-operativa – “são fundamentais e complementares entre si. Porém, aprisionadas em si mesmo, transformam-se em limites que vêm tecendo o cenário de algumas das dificuldades, identificadas pela categoria profissional.” (IAMAMOTO, 1999, p. 123).

Outro ponto importante a ser considerado neste estudo refere-se às condições/relações de trabalho dos assistentes sociais inseridos num contexto institucional específico. Deste modo, foi necessário considerar, indispensavelmente, a interlocução das peculiaridades contidas no contexto institucional a ser pesquisado com a macro realidade social caracterizada pelas transformações no mundo do trabalho. Fato é que o assistente social, enquanto trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho, não está alheio a essas alterações. O caráter liberal que configura a regulamentação do Serviço Social enquanto profissão possibilita aos assistentes sociais disporem de uma relativa autonomia⁵. Embora assim seja, os assistentes sociais desenvolvem suas ações submetidos à condição de assalariados⁶, condição esta que os submete aos impactos da flexibilização.

Os vínculos frágeis, a precarização das condições e relações de trabalho, bem como a instabilidade e rotatividade nas contratações, nos conduzem à questão do não estabelecimento de vínculo do profissional para com a instituição, o que traz sérios agravos para a qualidade dos serviços prestados. Além disso, a busca por outros postos de trabalho que venham a complementar a renda também se

⁵ Tal autonomia se constitui enquanto relativa porque “*não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independente das organizações institucionais a que se vincula, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação do profissional.*” (IAMAMOTO, 2007, p. 79, grifos da autora).

⁶ De acordo com Iamamoto, “a condição assalariada – seja como funcionário público ou assalariado de empregadores privados, empresariais ou não – envolve, necessariamente, a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho, consubstanciadas no contrato de trabalho, que estabelecem as condições em que esse trabalho se realiza: intensidade, jornada, salário, controle do trabalho, índices de produtividade e metas a serem cumpridas. [...] É nesse terreno denso de tensões e contradições sociais que se situa o protagonismo profissional.” (2007, p. 218).

apresenta de forma bastante frequente, o que acaba por diminuir e, num limite, suprimir, a luta pela ampliação dos salários, dentro de uma lógica de conformidade.

Diante deste quadro, surgem as seguintes inquietações: Quais os desdobramentos destas questões para o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais? Quais as restrições que as condições de trabalho trazem concretamente para a prática profissional? Os assistentes sociais reconhecem essas restrições no cotidiano de sua intervenção? Quais as consequências deste quadro para a efetivação da prática profissional orientada pelo projeto ético-político?

Ao tomarmos como objeto deste estudo a prática profissional dos assistentes sociais no campo da saúde, tendo como parâmetro de análise o atual projeto ético-político do Serviço Social, foi necessário efetuar uma análise que nos possibilitasse apreender o movimento da realidade a partir de situações concretas, considerando a prática profissional dentro de uma perspectiva de totalidade. Isso porque, “não se pode conceber o mundo como um conjunto de coisas acabadas, mas como um conjunto de processos.” (MARX; ENGELS *apud* NETTO, 2009c, p. 678).

De acordo com a perspectiva metodológica de Marx, seu ponto de partida é a totalidade, ou seja, a realidade social a qual se apresenta apenas em sua forma aparente. Deste modo, partindo da aparência, busca-se alcançar a essência dos fenômenos, por meio do conhecimento teórico.

Ao considerarmos que toda atividade prática é desempenhada dentro de condições objetivas determinadas, torna-se necessário ter a clareza de que a realidade não se manifesta em sua essência de forma imediata. Como afirma Marx, o objeto da pesquisa possui existência objetiva, o que traz para o pesquisador o desafio de ir além da aparência fenomênica e imediata com vistas ao alcance das reais características que compõem a essência do objeto⁷. Avançando nesta análise, há de se considerar que,

O verdadeiro sentido da práxis, seu sentido como atividade real, objetiva, material do homem (que só é homem – socialmente – em e pela práxis), só pode ser alcançado superando o ponto de vista da consciência comum que, sem condições de captar a essência da práxis, não a manifesta de maneira direta e imediata através de sua aparência (a prática espontânea do dia a dia, prática cotidiana), só faz ocultá-la.
(VASCONCELOS, 1997, p. 137)

⁷ Dentro de uma perspectiva dialética a evidenciação da diferença entre essência e aparência é fundamental. Nas palavras de Marx: “toda ciência seria supérflua se a forma de manifestação [a aparência] e a essência das coisas coincidissem imediatamente.” (MARX, 1985 p.271).

Fato é que, na elaboração deste estudo, foi necessário considerar, inevitavelmente, a categoria contradição que fundamenta as relações sociais capitalistas e que se expressa de formas distintas no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais. Para tal, é indispensável a compreensão do movimento institucional, da correlação de força existente, do grau de autonomia que o Serviço Social tem dentro da unidade hospitalar aqui analisada e da autonomia efetivamente utilizada pelos assistentes sociais no cotidiano da prática profissional. Ao elencarmos a perspectiva crítica como fio condutor de nossa análise partiremos do princípio de que,

Se a tradição marxista fosse viável apenas para analisar o que se denominam “grandes determinações da sociedade”, não sendo capaz de elucidar a vida social cotidiana na sua historicidade, ela, de fato, não teria sentido, enquanto uma perspectiva teórico-metodológica para a explicação do processo histórico da sociedade capitalista e suas transformações. Consequentemente a crítica seria inócua, transformando-se em mero diletantismo. (IAMAMOTO, 2007, p. 238).

Ao compreender que a prática dos assistentes sociais se realiza em uma arena de disputa de interesses, daí a existência da contradição que demarca a prática profissional, será igualmente necessário considerar a contradição que essencialmente marca a existência do Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. Deste modo, ao longo do processo de coleta de dados e de análise da realidade em que se efetiva a prática profissional, partimos do princípio de que o trabalho dos assistentes sociais não se realiza em uma “instituição ideal, com recursos suficientes, sem contradições, com usuários perfeitos, críticos, sem problemas, com equipes preparadas, facilmente articuláveis...” (VASCONCELOS, 1997, p. 141).

Assim, o presente estudo parte do entendimento de que os limites e obstáculos estão contidos na realidade em que a prática profissional dos assistentes sociais se realiza, sendo também nesta mesma realidade que os profissionais elaboram [ou deveriam elaborar] as possibilidades e estratégias de ação

Em linhas gerais, não se pode perder a dimensão de que o alcance efetivo da intervenção profissional orientada pelos princípios teóricos, éticos e pelo aporte político que atualmente orienta o Serviço Social – seja no campo da saúde, seja nas demais áreas – depende de fatores outros que não apenas as escolhas profissionais. Em que pese a importância da postura profissional adotada pelo assistente social, a análise da intervenção do Serviço Social na saúde implica em

decifrar os fatores estruturais que condicionam o desenvolvimento da ação profissional, conforme pontuado anteriormente. Considerar tais fatores será imprescindível para que não venhamos a efetuar uma análise que responsabilize exclusivamente os assistentes sociais pelo sucesso ou insucesso dos objetivos traçados para sua atuação profissional.

Neste sentido, será igualmente necessário analisar a conjuntura político-econômica na qual atualmente são desenvolvidas as políticas sociais brasileiras, bem como os avanços e retrocessos da política de saúde no que se refere ao aparato jurídico-legal e os limites que conformam sua operacionalização à luz dos princípios da integralidade e da universalidade. Assim, será possível identificar de que maneira as questões macroestruturais – consubstanciadas no contexto político-econômico potencialmente adverso sob o enfoque neoliberal – são traduzidas no movimento institucional em que os assistentes sociais desenvolvem sua prática.

O primeiro passo da pesquisa foi a estruturação de um estudo bibliográfico acerca do objeto aqui estudado. Nos termos de Gil (1999), a pesquisa bibliográfica “permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. Seu intuito, portanto, é fazer com que o pesquisador estabeleça uma conexão direta com o que já foi produzido sobre o tema, oferecendo meios para definir e resolver não somente problemas já conhecidos, mas também explorar novas possibilidades.

O segundo passo da pesquisa foi a coleta de dados. Para a realização desta foram realizadas entrevistas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - (Anexo C). Além disso, durante os meses de fevereiro, março e abril foi realizada a observação de campo, planejada para ser efetivada durante o período de realização das entrevistas.

Outra fonte de coleta de dados foi a análise dos documentos que expressam os registros e avaliações do trabalho desempenhado pelos assistentes sociais. Com esta fonte de dados buscamos documentos sistematizados pelo Serviço Social que pudessem nos iluminar quanto ao trabalho desenvolvido pela equipe, favorecendo, inclusive, a análise acerca da sistematização da prática. Assim, tais documentos legalmente instituídos e utilizados no cotidiano da prática dos assistentes sociais, também sustentaram a reconstrução empírica do objeto de pesquisa.

Para a realização desta pesquisa selecionamos um quantitativo de 28% do universo total de assistentes sociais ativos durante o período de coleta de dados.

Durante este período a equipe era composta por 54 assistentes sociais ativos e 6 licenciados e/ou gozando férias. Deste modo foram realizadas 15 entrevistas. Ainda referente a seleção da amostra, foi considerado, a questão do vínculo trabalhista, uma vez que dos 54 assistentes sociais ativos, apenas 14 possuem vínculo permanente.

Assim, entendendo que o vínculo profissional se apresenta enquanto importante mecanismo relacionado às condições de trabalho – e que em grande medida pode trazer diferentes rebatimentos para o cotidiano da prática – elegeremos deste universo 5 profissionais com vínculo estatutário permanente e 10 profissionais com vínculo temporário. Ressaltamos ainda que o convite para a participação das entrevistas feito a toda a equipe de Serviço Social e quando alcançamos o quantitativo de profissionais que delimitamos para este estudo encerramos esta etapa de coleta de dados.

A organização deste estudo foi estruturada em 3 capítulos. No primeiro deles o leitor encontrará uma sistematização das políticas sociais no Brasil, sendo enfatizado o atual quadro da política de saúde no Brasil. Como subsídio para tal sistematização foi necessário considerar a questão social e a conjuntura neoliberal que fundamenta a sociedade brasileira. A partir desta compreensão é que chegamos à caracterização da política de saúde no Rio de Janeiro.

Iniciamos o segundo capítulo com um sucinto resgate histórico do Serviço Social no Brasil, visto que não temos por pretensão detalhar intensamente a trajetória da profissão. Nossa intenção é sumariar os principais aspectos históricos no sentido de subsidiar as análises que serão efetuadas no capítulo seguinte. Após este resgate histórico partimos para o levantamento do trabalho realizado pelos assistentes sociais no campo da saúde, considerando as particularidades da atuação profissional neste campo.

Por fim, o terceiro capítulo é constituído pela apresentação e análise dos dados obtidos na pesquisa. No item 3.1 apresentamos a caracterização da unidade de saúde, *lócus* da pesquisa. O item 3.2 tem por objetivo a análise dos aspectos referentes à formação profissional, em especial, o perfil ético-político e teórico-metodológico das entrevistadas. No item 3.3 analisamos as condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações na prática profissional.

Ressalta-se que a pesquisa foi submetida inicialmente a avaliação do centro de estudos da unidade estudada, que posteriormente submeteu o mesmo à chefia

do Serviço Social para o consentimento não apenas desta chefia, mas também da direção da unidade hospitalar. Reiteramos que este percurso de avaliação do projeto de pesquisa está em sintonia com o protocolo de pesquisas científicas estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde - RJ.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: MARCO CONSTITUCIONAL X OFENSIVA NEOLIBERAL

O capital não dá nenhuma importância à saúde e a duração da vida do operário, a menos que a sociedade o obrigue a tomá-las em consideração.

MARX, 1959, v.1, p. 221

A política de saúde, circunscrita como componente da Seguridade Social, vem sofrendo as inflexões oriundas da estrutura político-econômico que atualmente caracterizam a sociedade capitalista brasileira. O modelo conjuntural e estrutural sobre o qual as políticas sociais se alicerçam vem sofrendo os rebatimentos oriundos da agenda neoliberal adotada pelo país. Esse contexto relacionado à lógica restritiva e precarizada colide diretamente com os princípios que legalmente norteiam a política de saúde, uma vez legitimada enquanto universal, a qual na atualidade passa a ser permeada pelo sucateamento do setor estatal e pelo processo de privatização.

Mediante esse contexto, as profissões que compõem o campo da saúde, orientadas por uma perspectiva político-crítica, dentre elas o Serviço Social, possuem um papel expressamente importante mediante a conjuntura atual por que passa a política de saúde. Frente a essa realidade, é possível verificar que diferentes análises são direcionadas atualmente para a temática da política de saúde e suas principais caracterizações dentro da realidade brasileira.

Conceitos teóricos diferenciados sobre o campo da saúde ganham cada vez mais espaço no universo intelectual, assim como sua operacionalização vem ganhando visibilidade midiática, culminando na construção de consensos e dissensos sobre o tema. De fato, a temática da política de saúde se apresenta como campo fértil de análise, pois se vincula a ela diferentes reflexões: seu resgate histórico no contexto nacional; os diferentes papéis assumido pelo Estado no processo de seu desenvolvimento; a força política da classe trabalhadora na busca pela consolidação da responsabilização efetiva do Estado na garantia de direitos; sua característica marcante no que se refere ao acesso universal; as caracterizações contemporâneas que atingem tal política influenciadas pelos

ditames neoliberais; as particularidades da política de saúde no estado do Rio de Janeiro; dentre muitos outros elementos que a circundam.

1.1 A Política Social Brasileira e suas configurações na atualidade

Discutir a política de saúde na atualidade requer contextualizá-la no marco da formalização legal das políticas sociais no Brasil. Neste sentido, ao optarmos por uma perspectiva crítica⁸ que norteia a discussão sobre as políticas sociais, tomando como objeto de análise a realidade brasileira, faz-se necessário superarmos uma análise unilateral acerca das políticas sociais. Isso porque, a reflexão sobre as origens que fundamentam tais políticas deve considerar as condicionantes que estruturam a forma de organização social.

Partindo dessa perspectiva crítica de análise, há que se considerar que a existência das políticas sociais é algo particularmente associado à estruturação da sociedade burguesa, na qual o modo de produção capitalista condiciona uma forma peculiar de reprodução da vida social. Assim, elaborar uma construção teórica acerca da política social – seja em sua dimensão macro, seja observando suas particularidades em países de capitalismo periférico, a exemplo do Brasil – suscita, inevitavelmente, revisitarmos, ainda que brevemente, a categoria “questão social”, cuja gênese deita raízes nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.

Reportando-se ao objetivo central do capital, no que se refere a sua busca incessante por extrair ao máximo a mais-valia, objetivando a obtenção de lucros, é possível analisar que nos limites de sua exacerbada busca por superlucros, encontram-se afixados os mais elevados níveis de exploração da força de trabalho e, conseqüentemente, de desigualdades sociais⁹. É exatamente nos marcos da contradição entre capital e trabalho que a questão social se insere, sendo esta

⁸ Referimo-nos aqui à perspectiva crítico-dialética desenvolvida por Karl Marx, uma vez que esta, por seu rigor metodológico, “tem a potencialidade de evitar abordagens unilaterais, monocausais, idealistas, funcionalistas e a-históricas.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009. p.26).

⁹ Reiteramos aqui a afirmação de que as desigualdades sociais são inerentes à forma de organização que consubstancia a sociedade capitalista, embora tais desigualdades sejam antecedentes a este modelo de organização social, a partir da implementação do modelo capitalista de produção tais desigualdades se tornam mais latentes. Nas palavras de Mota podemos verificar que “as condições de vida e trabalho do enorme contingente de pessoas que vivem à margem da produção e do usufruto da riqueza socialmente produzida são reveladoras de que a desigualdade social é inerente ao desenvolvimento do capitalismo e das suas formas produtivas.” (2010, p. 21).

caracterizada como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura.” (IAMAMOTO, 2006. p. 27).

Contextualizando historicamente, o arcabouço teórico aponta que a questão social foi gestada no decorrer das transformações econômicas e políticas oriundas do século XIX. Na atualidade, portanto, as alterações de cunho econômico que perpassam as economias capitalistas, desde a década de 1970, com o avanço do neoliberalismo, trazem novos contornos para a compreensão e enfrentamento da questão social¹⁰. O surgimento das políticas sociais é fortemente facultado a uma necessidade extrema de dar respostas à questão social que, por hora, se potencializava durante a era monopólica do capital. Acrescenta-se a essa afirmação o caráter processual que configurou o surgimento efetivo das políticas sociais¹¹.

Com efeito, a vasta bibliografia que hoje aborda as políticas sociais aponta, quase que consensualmente, para o fato de que o período histórico de transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista¹² é fortemente marcado pelo surgimento de tais políticas, uma vez que a intervenção estatal passa a ser indispensável nesse momento. Isso se deve ao fato de que o reordenamento da produção no estágio monopolista traz como consequência direta a intensificação das desigualdades sociais, potencializando, assim, o acirramento da questão social. Para Netto (2009a, p.19), “o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica.”

¹⁰ Destaca-se aqui a notoriedade que o debate acerca da chamada “nova questão social” tem alcançado. Intelectuais como Rosanvalon (1998) e Castel (1998), se apresentam como figuras centrais que defendem a existência de uma questão social “nova”. Em outro pólo analítico temos intelectuais como Netto, Braz (2009) e Pastorini (2004), os quais defendem a idéia de que não há uma questão social nova, visto que a questão social é algo imanente ao capital, sendo novas sim suas configurações na atualidade e não sua essência. Em sua crítica, Netto e Braz sinalizam que “ideólogos a serviço da classe capitalista e mesmo intelectuais desavisados se propõem a mencionar uma pretensa ‘nova questão social’ – como se houvesse uma questão social que não derive da lei geral da acumulação.” (2009. p.139).

¹¹ Cabe aqui sinalizar que nas sociedades pré-capitalistas haviam ações voltadas para o campo social com a finalidade de manter a ordem social e de punir a vagabundagem, o que, de fato, não traduz o ideário do direito. Deste modo, convém pontuar que tais iniciativas se caracterizavam como protoformas das políticas sociais, tendo como potencial exemplo as leis inglesas, com maior destaque para a Lei dos Pobres (1531-1601), a qual atinge sua versão revisada em 1834 (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

¹² O capitalismo monopolista corresponde a uma nova estratégia de superação e manutenção do capital, expressando um conjunto de mudanças procedentes do século XIX. Deste modo, a fase monopolista do capital altera de forma significativa o processo de acumulação, ocasionando, paralelamente, alterações emblemáticas nas relações sociais (NETTO, 2009a).

Frente a essa realidade, em fins do século XIX, período que historicamente corresponde à era monopólica do capital, as funções estatais foram redimensionadas de modo que o Estado passou a potencializar sua intervenção no trato para com a questão social, sendo sua intervenção nesse período mais sistemática e contínua, embora com as limitações típicas de um Estado classista¹³.

Evidente é que tal intervenção nesse momento não se apresenta como reflexo de uma iniciativa particular, nem tão pouco traduzia preceitos democráticos e/ou de cidadania; o que de fato ocorreu nesse momento foi uma intervenção estatal que correspondia às exigências da fase monopólica de acumulação. Isso porque, a intensificação das contradições entre capital e trabalho suscitou a potencialização de reivindicações operárias por parte da classe trabalhadora. Netto (2009a, p.33) afirma que “não há dúvidas de que as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas.” Corroborando com essa análise, Pereira (2009) afirma que:

A política social por não ser só uma forma de regulação, mas um processo dinâmico resultante da relação conflituosa entre interesses contrários, predominantemente de classes, tem se colocado, como mostra a história a serviço de quem maior domínio exercer sobre ela. É por isso que - vale insistir -, dependendo dos regimes políticos prevaletentes, da organização das classes dominadas e dos paradigmas teóricos em vigência, a política social pode representar ganhos para os dominados e, ao mesmo tempo, constituir para estes um meio de fortalecimento de poder político. (PEREIRA, 2009. p.86).

Apesar das novas ações do Estado, no que se refere à proteção social estarem fundamentadas nas reivindicações expressivas da classe trabalhadora – o que representava um substancial avanço político – não podemos obscurecer o fato de que interesses outros também suscitaram o surgimento das políticas sociais durante o estágio monopolista do capital. Neste sentido, é de suma importância atentar-se para o fato de que mecanismos públicos de proteção social, legitimados consensualmente, passariam a regular as relações e condições de trabalho, escamoteando a intencionalidade do controle sobre a classe trabalhadora, o que representava assim uma forte estratégia de manutenção do sistema capitalista.

¹³ Destaca-se aqui a dimensão classista do Estado dentro dos moldes capitalista uma vez que este atende as necessidades básicas da classe trabalhadora de modo a corroborar paralelamente para a manutenção da ordem burguesa.

A elucidação crítica acerca das políticas sociais afirma com veemência o que está sinalizado por Behring e Boschetti (2009), no que se refere à real necessidade de se considerar três imprescindíveis elementos para a análise de tais políticas, quais sejam: a natureza das desigualdades sociais como sendo inerente ao modelo capitalista de produzir riquezas; o papel exercido pelo Estado na implementação, gestão e operacionalização das políticas sociais; e, por fim, a participação política dos trabalhadores no processo de reivindicação por melhores condições de vida, ou seja, do papel exercido pelas classes trabalhadoras nesse processo.

Analisando a processualidade histórica que fundamenta o desenvolvimento das políticas sociais, é possível constatar que existe uma relação direta entre o modelo de proteção adotado em cada país e a forma de intervenção do Estado, bem como o modelo produtivo que o fundamenta. Faz-se necessário considerar que a política social não se coloca como resultante de escolhas políticas, mas essas dependem, quase que exclusivamente, da direção econômica que norteia um determinado momento da história e também da correlação de forças existente entre as classes sociais. Fato é que isso se reflete de diferentes maneiras nos diversos contextos históricos e nos diferentes países, podendo tendenciar para políticas universais ou focalizadas – como nos países da América Latina, a exemplo do Brasil –, a depender das particularidades históricas e econômicas que os circundam.

A estruturação da política social brasileira fora permeada, inevitavelmente, pelas particularidades históricas que caracterizaram o Brasil ao longo dos anos. O grande marco do sistema de proteção social no país foi a Constituição Federal de 1988, a qual sistematizou na letra da lei as bases legais e formais da Seguridade Social. A Seguridade Social brasileira, materializada nas políticas de Assistência Social, Previdência e Saúde, se apresenta, ainda que de forma restrita, inegavelmente enquanto maior avanço histórico no campo social.

Sendo assim, embora a Seguridade Social tenha sido formalizada somente durante a década de 1980, iniciativas focadas na proteção social já vinham sendo desenvolvidas no Brasil, desde a década de 1920¹⁴, de forma, porém, bastante

¹⁴ O grande marco da iniciativa de concessão de benefícios sociais no Brasil foi a implementação da lei Eloy Chaves (1923), que instituiu as chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), sendo esta iniciativa, porém, direcionada apenas a algumas categorias profissionais específicas. As CAPs “são instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial”. (COHN et al, 2010, P. 15).

diferenciada do que foi legalmente instituído na Constituição Federal. A formalização das políticas sociais na composição da Seguridade Social brasileira traduz o ganho que se tem quando tais políticas sociais passam, pela primeira vez no Brasil, a estar consubstanciadas na matriz do direito. Além disso, a perspectiva democrática que alicerçou a Constituição brasileira de 1988 potencializa o campo dos direitos sociais à medida que propõe políticas mais abrangentes e universalizantes.

No que tange à materialização de todo o conteúdo estruturante da Constituição de 1988, necessário é que se faça uma análise acerca da contextualização histórica, econômica e política vivenciada no Brasil nos anos imediatamente consecutivos à promulgação de tal Constituição. Isso porque a década de 1990 foi fortemente marcada pelo início de uma realidade completamente adversa às mudanças propostas naquela Constituição. É exatamente nessa década que os preceitos que compõem a ideologia neoliberal – os quais desde a década de 1970 já vinham norteando as relações entre Estado e sociedade nos países de capitalismo central – atingem solo nacional, o que, via de regra, provocou rebatimentos diretos nas políticas sociais brasileiras. Ou seja, o neoliberalismo trouxe à tona “uma forte tendência de desresponsabilização pela política social, acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social.” (BEHRING, 2008. p.74).

A necessária redução estatal difundida pelo neoliberalismo, calcada no pressuposto do crescente desenvolvimento econômico, trouxe para o Brasil os reflexos de uma realidade macro mundial, a qual possui como fim último o objetivo de implementar também em países de capitalismo periférico a experiência já vivenciada nos países desenvolvidos. Tal iniciativa estava referenciada na chamada “reforma”¹⁵ econômica, o que por sua vez exigia uma nova postura do Estado diante das relações econômicas e das relações sociais. O discurso neoliberal afirma que tal “reforma” possibilitaria a superação dos desequilíbrios econômicos a nível mundial, de modo que os países deveriam se adequar a tal proposta, objetivando o alcance de seu desenvolvimento.

Feitas as breves considerações acerca das políticas sociais no Brasil, cabe discorrer sobre as configurações que demarcam tais políticas na atualidade.

¹⁵ “As tendências neoliberais utilizam hoje o termo “reforma estrutural” que significa a transferência da propriedade pública para empresas privadas.(...) O termo “reforma econômica” é utilizado contemporaneamente com o sentido de redução de investimentos sociais e transferência de subsídios públicos aos setores privados.” (PETRAS, 1997, p. 20).

Prioritariamente, é necessário ressaltar que o grande impulso para a reordenamento da intervenção estatal no âmbito social – após a implementação da Seguridade Social – data de 1995 com a estruturação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE).

Embora os defensores dessa proposta a apontem como uma “reforma”, ou seja, um processo que contém elementos de avanços em relação ao que já está instituído, ainda que seja com limites, esse projeto materializado no PDRE, e que se encontra em curso nos dias atuais, representa efetivamente uma contrarreforma, pois contém um conjunto de mudanças estruturais regressivas que incidem fundamentalmente sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira (BEHRING, 2008).

À medida que o Estado altera sua intervenção no âmbito social, sob a justificativa de que existe um déficit orçamentário que precisa ser reparado, o setor privado passa a ser favorecido. A partir daí, os serviços de saúde e previdência de ordem pública pela Constituição passam a ser sucateados dentro do contexto neoliberal, direcionando para o setor privado a “venda” destes serviços com “qualidade”, o que estimula diretamente a lógica do consumo tão arraigada na sociedade capitalista. Já a política de Assistência Social passa a ter uma maior visibilidade dentro de uma perspectiva de concessão de “mínimos sociais”. Nesse sentido, cabe aqui analisarmos que, se por um lado foi um avanço introduzir a definição de Seguridade Social na Carta Constitucional, por outro, a garantia de efetivação de tal seguridade se apresenta relativamente de forma contraditória.

Devemos considerar que, com a potencialização da ideologia neoliberal, os direitos assegurados constitucionalmente passam a ser desmantelados numa perspectiva de redução de garantias sociais. Sendo assim, a intervenção estatal passa a ser consideravelmente reduzida na oferta direta de serviços sociais ou no campo social, de maneira que a classe trabalhadora passa a ser a mais atingida nesse processo. Deste modo, as alterações de cunho político e econômico potencializaram sobremaneira a dinâmica social e as contradições inerentes a ela. Frente a essa realidade há de se considerar que, na atualidade,

[...] as políticas sociais assumem o papel de atenuar, através dos programas sociais, os desequilíbrios no usufruto da riqueza social entre as diferentes classes sociais, bem como os possíveis conflitos sociais decorrentes das precárias condições de vida a que se encontram submetidas as classes subalternas. (YAZBEK, 2003, p. 41)

Sendo assim, dentro de uma sociedade desenhada pelo capitalismo desenvolvido, os preceitos da Seguridade Social encontram-se expressamente fragilizados, ocorrendo um substancial desajuste no campo social. Na perspectiva crítica, Mota (1995. p.45) aponta que “no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais.” Como decorrência das substantivas mudanças macro-estruturais, as políticas sociais ficam subjugadas ao trinômio focalização, privatização e descentralização (BEHRING e BOSCHETTI, 2009).

Importa considerar a transferência de responsabilidades que o Estado hoje repassa para a sociedade civil no que concerne ao âmbito social. Diferentes iniciativas são direcionadas ao chamado terceiro setor – muitas vezes custeados pelo fundo público – de modo que o Estado não executa parcela significativa de suas responsabilidades no âmbito social, ficando tal responsabilidade a cargo das Organizações Não Governamentais (ONGs). Além disso, o Plano Diretor da Reforma do Estado abre caminhos para a constituição de um espaço público não-estatal, a exemplo das Organizações Sociais (OSs). Em adição, cabe pontuar a famigerada “responsabilidade social empresarial”, a qual surge por iniciativa particular das empresas com vistas à redução de impostos em suas contabilidades e à produção de uma imagem socialmente aceita.

Por este ângulo de análise, é perceptível que as políticas sociais no contexto brasileiro atual não vêm sendo alvo de uma intervenção estatal que priorize os princípios democráticos que balizaram sua inserção na legislação Constitucional. Ao contrário, a transferência do gerenciamento destas para as instituições de cariz não público tem conformado a lógica dual em que as políticas sociais encontram-se cimentadas. Deste modo,

as políticas sociais brasileiras, [...] embora aparentem a finalidade de contenção da acumulação da miséria e sua minimização através da ação de um Estado regulador das diferenças sociais, de fato não dão conta deste efeito. Constituídas na teia dos interesses que marcam as relações de classe, as políticas sociais brasileiras têm conformado a prática gestonária do Estado, nas condições de reprodução da força de trabalho, como favorecedoras, ao mesmo tempo, da acumulação da miséria social (SPOSATI apud YAZBEK, 2003, p. 37).

Neste aspecto, ganha destaque a questão da centralidade que a política de Assistência Social ocupa hoje dentro da Seguridade Social, como tentativa estratégica de enfrentamento à pobreza e à miséria que hoje assola parcela elevada

das classes trabalhadoras. Fato é que o processo de assistencialização¹⁶ das políticas sociais, com foco no “combate à pobreza”, traduz medidas paliativas que não conformam os preceitos de cidadania norteadores da elaboração constitucional.

Ainda referente à notoriedade da política de Assistência Social¹⁷ na realidade brasileira, importa mencionar que o elevado nível de desemprego contribui para que tal política atue no suprimento das necessidades mínimas para a reprodução social daqueles que se encontram à margem do mercado de trabalho formal. Deste modo, a concessão de mínimos sociais traduz o caráter compensatório¹⁸ que hoje permeia a assistência social. Nas palavras de Mota é possível verificar que:

Na conjuntura atual, esta dimensão compensatória é redimensionada em função do crescimento do desemprego e das massas de trabalhadores supérfluos para o capital. Como tal, a assistência está assumindo um papel na esfera da proteção social que termina por suprir necessidades que seriam do âmbito de outras políticas e constitutiva de uma luta que mobiliza os trabalhadores desde os idos do séc. XIX, o direito ao trabalho. (MOTA, 2010. p.144)

No que se refere às políticas de Previdência e Saúde, a busca incessante pela lucratividade do capital traz como principal consequência o fortalecimento do setor privado para essas áreas. A previdência social já se apresenta enquanto uma política limitada em sua essência por restringir o acesso apenas àquela parcela inserida no mercado formal de trabalho ou que contribua de forma autônoma mensalmente (MOTA, 2009). Assim, embora a política de Previdência tenha sido redesenhada ao longo dos últimos anos, esta política não superou, em sua essência, os moldes que fundamentaram seu surgimento, principalmente no que se refere aos critérios de elegibilidade. O que se tem presenciado na atualidade é a potencialização dos planos de previdência privada, que tem gerado altos índices de lucratividade para o capital.

¹⁶ Intelectuais como Mota (1995) e Yazbek (2003) já vinham sinalizando a tendência a um processo de assistencialização, no entanto, na conjuntura político econômica atual esse debate ganha contornos mais acentuados.

¹⁷ Ressalta-se ainda que “a assistência social, conservando suas marcas mais deletérias, tende a se configurar como política curativa, paliativa e seletiva voltada para os segmentos sociais mais vulneráveis ou em risco social. Assim, sendo, a assistência social brasileira experimenta uma “situação dialética de originalidade e conservadorismo.” (RODRIGUES, 2007, p.21).

¹⁸ Destaca-se aqui a grande notoriedade que o programa de governo Bolsa Família vem atingindo desde sua implementação no governo Lula até os dias atuais. Entretanto, “ressalta-se que o combate à pobreza não se dá apenas por política de transferência de renda, mas é preciso que estas estejam associadas a outras políticas sociais. Isto é, no contexto de uma política de universalização da proteção social, a garantia de renda seria compreendida como um direito” (BRAVO et al, 2008, p. 17).

Já a política de Saúde, legalmente instituída enquanto “direito de todos e dever do Estado”, passa a ter suas dimensões universal e integral cada vez mais comprometidas, em tempos de sucateamento do setor público. O que se vem presenciando é o aumento exacerbado de uma realidade bipolar, onde por um lado temos a saúde pública precarizada para aqueles que não podem pagar e, por outro lado, temos a venda de serviços (planos) privados de saúde.

Outro ponto importante a ser destacado ainda com relação às políticas sociais refere-se ao grande impacto dos diferentes instrumentos de privatização privilegiados na atualidade – Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). Embora o objetivo seja atingir o rol das políticas sociais, a saúde tem se constituído como área-piloto na implementação desses instrumentos, o que vem trazendo inúmeros entraves para a efetivação do SUS, uma vez que estes representam a privatização do modelo público de saúde brasileiro. Dito de forma geral, esse novo modelo de gestão em saúde nada mais é do que “maneiras, subterfúgios e apelidos de transferência de responsabilidade do Estado com relação à saúde para o setor privado e não se coaduna com o modelo de gestão do SUS, tal como defendido constitucionalmente.” (REZENDE, 2008, p. 25). Análises mais detalhadas acerca da política de saúde, bem como dos novos modelos de gestão que atualmente capitaneiam tal política estarão sendo elaboradas nas linhas que se seguem.

1.2 A Política Pública De Saúde: Direito Universal X Ofensiva Neoliberal

A política de Saúde no Brasil – observadas suas particularidades – tem se apresentado como *locus* favorável de análise uma vez que sua construção e também operacionalização é demarcada por determinações sócio-históricas. Na realidade brasileira, a intervenção estatal no campo da saúde só ocorreu na década de 1930, sendo que as iniciativas anteriores direcionadas a esse campo estiveram pautadas na filantropia e na prática liberal (BRAVO, 2008). A saúde fora por muito tempo alvo de iniciativa particular por parte de empregadores, de agências filantrópicas e também de iniciativas pontuais por parte do Estado – a exemplo das grandes campanhas de combate às doenças infecciosas.

A insatisfação da população com relação aos serviços de saúde e a atuação dos movimentos sociais, sob a perspectiva da participação popular, culminaram em denúncias com relação à situação caótica da política de saúde no país. Esses movimentos de contestação e denúncias desencadearam as bases elementares para a estruturação do Movimento da Reforma Sanitária . De acordo com Mendes (1994) a

“ Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformações nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade [...] criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema”. (p.92).

Tal Movimento, embora tenha na década de 1920 sua fase embrionária, teve seu período de expressa potencialização somente na década de 1980. Isso porque,

As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas nos anos 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitava transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene.” (BRAVO, 1996, p. 25).

É dentro desse contexto que a política de saúde passa a ser estruturada em observância com a alteração da relação entre Estado e sociedade em um período histórico, caracterizado pelo processo de redemocratização do país. Deste modo, tal processo de redemocratização atrelado ao surgimento de novos sujeitos sociais no período pós-ditadura – inclui-se aqui os sujeitos sociais comprometidos com a discussão acerca das condições de vida da população – favorece a luta por uma política de saúde pública universal e de qualidade, passando esta a conquistar maior força no cenário político.

Ademais, a Reforma Sanitária sustentou uma vasta crítica com relação a uma concepção de saúde restrita à dimensão biológica. Somente em 1986, porém, é que a proposta de uma política de saúde ampliada ganha visibilidade, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Tal Conferência se apresenta como um marco para a política de saúde pelo seu caráter democrático e por ter atingido a dimensão de maior fórum de debates sobre a saúde no país, sendo que seu Relatório Final se consagrou como base para a Assembléia Constituinte de 1987.

As construções teóricas oriundas deste evento, conjugadas a toda bagagem formulada pelo Projeto da Reforma Sanitária, foram essencialmente determinantes para os avanços da política de saúde, posteriormente, legitimada na Carta Constitucional, passando a saúde a ser parte constitutiva dos direitos sociais. É dentro desta lógica que a Saúde passa a ser categorizada como uma política social, não contributiva¹⁹, ao lado da Assistência Social (não contributiva) e da Previdência (contributiva), integrando o sistema de Seguridade Social, pautado na ampliação dos direitos sociais.

Nesse sentido, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos, no campo das políticas públicas, que requer do Estado, em suas três esferas, federal, estadual e municipal, ações que visam garantir a efetivação dos objetivos previstos na Constituição de 1988, na qual consta que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (C. F. do Brasil, 1988).

E, ainda na Lei 8080/90 – LOS:

Art. 3. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Lei nº 8.080/90 – LOS).

No intuito de materializar a política universal de saúde, inserida na agenda pública do país, via política social, foi formatado o Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe aqui pontuar que os pressupostos contidos no Projeto da Reforma Sanitária é que subsidiaram a construção do SUS. Deste modo, a Reforma Sanitária, tendo o SUS como uma das estratégias de efetivação, tem como alicerce a busca pelo alcance de um Estado democrático de direito, o qual deva se apresentar enquanto gestor de políticas sociais. Neste sentido,

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesta direção, destaca-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização e universalização. (CFESS, 2010, p. 17).

¹⁹ Refere-se aqui a política de saúde enquanto política universal independente de contribuição financeira; sem caráter de seletividade.

Sendo assim, devemos considerar que para conferir materialidade ao que foi instituído na Constituição Federal de 1988 foi necessária a formulação de duas Leis Orgânicas da Saúde²⁰ (LOS), as quais se apresentam como eixo fundante da regulamentação dos princípios traçados no SUS. A partir daí, a concepção de saúde passa a ter uma dimensão mais ampla, transcendendo a mera oposição do conceito biológico de doença e passando a incorporar ações voltadas para a prevenção, recuperação e promoção em saúde. É mister considerarmos, portanto, que o desenho deste novo sistema de saúde foi organizado de forma hierárquica e regional, devendo ser orientado por uma lógica unificada pelos diferentes níveis de governo²¹, dentro da perspectiva de descentralização, seja no âmbito de sua administração, seja em sua operacionalização com vistas ao alcance de um atendimento integral.

Ao efetuarmos uma análise ampliada acerca da trajetória da política de Saúde no Brasil, não podemos desconsiderar o fato de que o Sistema Único de Saúde se apresenta, inegavelmente, como uma conquista política das classes trabalhadoras. Retoma-se aqui a importância da função política dos movimentos sociais e outras formas de organização comunitárias, os quais, como sujeitos coletivos, protagonizaram o movimento de denúncia da condição caótica da saúde pública. Daí decorre a necessidade de se considerar a importância dos espaços políticos de luta coletiva a exemplo das Conferências Nacionais de Saúde, dos Conselhos Estaduais e Municipais, no que se refere à participação popular.

O principal entrave apresentado para a efetivação do Sistema Único de Saúde de forma plena na atualidade é a famigerada “reforma” do Estado, já pontuada anteriormente. Tal reforma encontra-se subsidiada pelo discurso de que a crise econômica possui como agravante central as despesas direcionadas para o âmbito social. Neste sentido, a contrarreforma do Estado trouxe como principal entrave para a política de saúde a redução substancial do orçamento para este setor. Sendo assim, a política de saúde uma vez legitimada enquanto política universal passa a ser permeada pelo sucateamento do setor estatal. Como consequência disso, intensifica-se a polarização entre ações curativas e ações

²⁰ Referimo-nos à lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a lei 8.142 de 27 de setembro de 1990.

²¹ Cabe aqui referenciar as contribuições das três Normas Operacionais Básicas (NOBs 1991, 1993, 1996) considerando que os três poderes, federal, estadual e municipal, são efetivamente os gestores do SUS.

preventivas, comprometendo intensamente o ideal da integralidade referenciado no SUS²².

Durante a década de 1990, com a adesão do país aos preceitos do neoliberalismo, o projeto da Reforma Sanitária, tendo no SUS um de seus mecanismos de viabilização, passa a ser gradativamente ofuscado com a potencialização de outro projeto opositor intitulado Projeto Privatista²³. Para Netto (1999), ambos os projetos refletem amplamente uma disputa de interesses onde por um lado temos a democracia de massas, visando prioritariamente a democratização do acesso às políticas sociais e a participação popular e por outro lado, temos um democracia restrita a qual limita os direitos sociais através de um discurso focalizado em um Estado mínimo para a política social e máximo para o capital.

Dentro deste cenário, ao longo dos anos de 1990, o Projeto Privatista (democracia restrita) ganha hegemonia, potencializando não somente as desigualdades sociais, mas também a privatização dos serviços, o que corrobora diretamente para um acesso restrito. Sobre este aspecto, Mota (1995. p.143) afirma que “o projeto do grande capital tem como vetores privilegiados a defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor²⁴”.

Os componentes do SUS, pensados desde a década de 1970 com o início da luta pela Reforma Sanitária, passam cada vez mais a ser situados exclusivamente no papel, não tendo a força necessária para sua implementação. A esse respeito cabe pontuar que:

O Sistema Único de Saúde completou vinte anos de existência e, não obstante ter conseguido algumas inovações, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. (CFESS, 2010, p. 20).

Deste modo, é cabível pontuar que, embora tenha incorporado demandas efetivas oriundas das reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde “não supera as contradições existentes, dentre as quais constam a

²² Nas palavras de Costa (2008) tal polarização inviabiliza a concepção de saúde como resultante da qualidade geral de vida da população ficando subjugada a uma visão reduzida de controle de doenças.

²³ O projeto privatista vem sendo amplamente discutido por Bravo (2006), quando a autora considera que a Reforma Sanitária tem neste projeto um pólo opositor aos seus princípios de efetivação.

²⁴ A lógica do consumo tem sido amplamente difundida dentro do enfoque neoliberal, sobre este aspecto ver SANTOS (2007).

exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa”. (COSTA, 2008, p.41).

Ao problematizarmos a historicidade e a operacionalização da saúde pública no Brasil, torna-se necessário pontuarmos que existem muitas lacunas que precisam ainda ser superadas no que concerne às profundas dificuldades referentes à garantia de acesso universal e igualitário. E, para além disso, faz-se necessário construirmos uma reflexão que venha a evidenciar o déficit existente na qualidade dos serviços prestados à população. Ao considerarmos tais fatores, torna-se possível afirmar que o cuidado em saúde extrapola o atendimento médico, devendo estar articulado com o investimento em políticas sociais, tais como: trabalho, saneamento básico, alimentação, habitação, entre outras²⁵. Isso porque o investimento no campo preventivo se apresenta enquanto um dos mecanismos que viabiliza o alcance da dimensão da integralidade que fundamenta o SUS.

A retração do Estado no âmbito social possibilita que as políticas neoliberais se choquem com os interesses públicos e os direitos universais. Dentro deste contexto, encontram-se inseridas diferentes estratégias utilizadas pelo Estado brasileiro contemporâneo, com vistas ao fortalecimento continuado do setor econômico. Neste rol, encontram-se inseridas múltiplas estratégias de privatização da política de saúde, dentro de uma perspectiva orientada pela “satanização” do setor público. Ao analisarmos a proposta do movimento da saúde articulado ao movimento da classe operária, é possível constatar que para além da precarização do acesso à política de saúde pelas classes trabalhadoras, no contexto atual, os profissionais de saúde também sofrem diretamente os rebatimentos das relações de trabalho precarizadas.

Sendo assim, na atualidade, são estruturados os mais diversos mecanismos de fragilização dos trabalhadores que atuam no setor das políticas sociais, sendo que tais mecanismos objetivam o enfraquecimento de qualquer movimento contrário à busca de superlucros pelo capital. Behring (2008) constata que a política social configura-se, no contexto da estagnação, como um terreno importante da luta de classes. Frente a essa realidade, a luta pela saúde tem se apresentado de forma

²⁵ Insere-se aqui a discussão acerca da relevância da intersetorialidade entre as políticas sociais, conforme preconiza a própria legislação da política de assistência social. Isso porque uma única política não possibilita o alcance efetivo de condições favoráveis à reprodução social e o bem-estar para a população.

cada vez mais fragmentada. Ademais, frente às alterações político-econômicas iniciadas na década de 1990, há que se considerar que:

Os defensores da Reforma Sanitária e do Projeto Democracia de Massas só conseguirão contribuir para reverter as profundas desigualdades existentes na atual conjuntura brasileira aliando-se a um amplo movimento de massas que exija a redução do fosso entre política macro-econômica e as políticas sociais com a elaboração de uma agenda que defenda a garantia dos direitos humanos e sociais e a ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura. (BRAVO et al, 2008, p. 21).

Em realidade, um dos mais graves problemas enfrentados pelos profissionais da saúde na atualidade, refere-se à proposta de implementação das Fundações Estatais de Direito Privado, bem como das Organizações Sociais (OS)²⁶. Embora esse debate esteja mais avançado no campo da saúde, outras áreas também se encontram no rol do futuro alcance da proposta das fundações estatais de direito privado, tais como, educação, assistência social, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, turismo, esporte, dentre outras.

A justificativa para a adesão de uma “*administração gerenciada*” por parte do Estado encontra-se focada na idéia de que as atividades não exclusivas do Estado poderiam ser transferidas para a iniciativa privada, cabendo ao Estado efetuar a função exclusivamente gerencial. Essa transferência de responsabilidade representaria o fornecimento de melhores serviços à comunidade, o aumento da eficiência e da qualidade dos serviços ditos públicos, enfim, um melhor atendimento ao cidadão com menor custo. Frente a esse discurso, a análise crítica nos permite visualizar que a adoção de fundações estatais de direito privado dentro da administração pública do SUS “é um subterfúgio para a terceirização e a privatização de serviços do setor saúde” (REZENDE, 2008, p. 28). Como afirma Granemann,

O espaço para a participação da força de trabalho – tanto a empregada nas fundações como a de usuários da política social – é muito restrita e – diga-se, de modo muito coerente com toda a proposta de fundações estatais – a ênfase no processo decisório das ações da fundação estatal revela o primado da ‘técnica’, como ação neutra, sobre a política. O fetiche da gestão, da técnica autônoma dos processos sociais é a forma que embala e envolve a fundação estatal; forma ilusória para criar a relação com o mercado e de mercado nas políticas sociais. (2008, p. 39).

Observa Rezende (2008), que as fundações estatais de direito privado se apresentam como mecanismos efetivos de privatização das políticas sociais, a

²⁶ Ambas as propostas – Fundação Estatal de Direito Privado e Organizações Sociais – se configuram como estratégico mecanismo de materialização da “reforma” do Estado, ou como sinaliza Behring (2008) da contrarreforma.

começar pela política universal de saúde. Nestes termos, torna-se necessário sinalizar o quão fica comprometida a saúde pública no processo de implementação das fundações estatais de direito privado. Os cargos públicos ficam cada vez mais reduzidos, potencializa-se o discurso de que não há no setor público quadros profissionais qualificados e é percebido, também, o desmonte da gestão única do SUS. Outro ponto importante a ser destacado é que a autonomia direcionada às entidades compromete diretamente a administração pública, ficando assim fragilizada a hierarquização dos serviços de saúde e o controle social.

Embora a Conferência Nacional de Saúde tenha se posicionado contra, a proposta das OSs vem sendo implementada em alguns estados, a exemplo do Rio de Janeiro²⁷, trazendo uma série de conseqüências para os trabalhadores, bem como inviabilizando, ainda mais, a luta coletiva pelo direito à saúde pública de qualidade. Ademais a proposta de privatização da saúde imprime um caráter legal a uma série de fatores que contrariam os direitos trabalhistas garantidos constitucionalmente. Esta tem se apresentado como uma das mais recentes temáticas a serem trabalhadas pelos sujeitos sociais que lutam por uma política de saúde pública e universal. Isso porque, a adesão a essas propostas de privatização para essa política traz à tona um efetivo retrocesso para as políticas sociais.

1.3 A Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro

A dinâmica de construção e implementação do sistema de saúde no estado do Rio de Janeiro foi permeada por diferentes fatores conjunturais de ordem política, econômica, histórico-cultural e social. A ampla rede que hoje compõe todo o complexo hospitalar do estado do Rio de Janeiro – inclui-se aqui as unidades municipais, estaduais e federais localizadas em todo o estado – traduz as particularidades históricas que determinaram o município do Rio de Janeiro, atual capital do referido estado. Isso porque tal município ao ser por quase dois séculos a

²⁷ No ano de 2009, a Secretaria de Saúde e Defesa Civil do estado do Rio de Janeiro realizou concurso público, com vistas a erradicar o vínculo permanente. Deste modo, os profissionais aprovados e chamados neste último concurso são contratados temporariamente, por um prazo de um ano, podendo ser prorrogado por igual período. Em 2011 outro concurso já foi realizado pelo governo deste mesmo estado com vistas a preencher novas vagas temporárias no âmbito da saúde, o que sugere uma ampla rotatividade dos profissionais, além de uma ampla precarização das condições de trabalho e, ainda, impossibilita a continuidade dos programas e ações desenvolvidas.

capital do Brasil, passou por um intenso processo de urbanização e construção de equipamentos de saúde (PARADA, 2001; DAL POZ, 1996).

Dentre os diferentes fatores que até os dias atuais incidem na estruturação da política de saúde em todo o estado, merecem destaque, conforme conclui Dal Poz (1996), dois fatores históricos essenciais. O primeiro deles refere-se ao fato de que em sendo capital nacional o Rio de Janeiro estruturou um vasto complexo médico-hospitalar. Fato é que o amplo complexo hospitalar que foi construído no município do Rio de Janeiro, para dar visibilidade à cidade enquanto “vitrine” do país, não oportunizou a distribuição proporcional das unidades de saúde nos municípios próximos, ficando tal complexo majoritariamente concentrado em um único município.

Como consequência, o que se observa na atualidade é o deslocamento da população residente de municípios distantes da capital do estado, buscando no município do Rio de Janeiro atendimento especializado em saúde, o que não é fornecido em seu município de origem nem no âmbito da prestação de serviço municipal, estadual, quiçá federal. Assim, o que se pode observar, é que a população usuária deste serviço é quem sofre as consequências diretas dessa não distribuição equânime dos serviços de saúde.

O segundo aspecto histórico a ser aqui destacado como determinante da política de saúde no Rio de Janeiro reside na fusão dos Estados da Guanabara e do Rio, o que possibilitou também a ampliação da rede hospitalar no Rio de Janeiro, especialmente, durante a década de 1980. Ressalta-se ainda que esta rede foi sendo alterada processualmente ao longo dos anos, obedecendo as mudanças nos planos político e econômico (Dal Poz, 1996).

Para fins deste estudo faremos uma breve caracterização da política estadual de saúde no intuito de compreender quais as particularidades que a caracterizam na atualidade. Deste modo, na reconstrução teórica de nosso objeto de estudo, acreditamos ser fundamental caracterizar, ainda que brevemente, as principais características da política de saúde operacionalizada pela Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, delimitando a década de 1980²⁸ como ponto de partida para esta análise.

²⁸ Ao elegermos esta década como ponto de partida para nossa abordagem, devemos sinalizar que não estaremos desconsiderando a riqueza histórica dos processos anteriormente ocorridos, mas pela

De acordo com Bravo e Menezes (2008), a referida década foi marcada pela ampla dificuldade em se avançar na efetivação dos princípios defendidos pela Reforma Sanitária no estado do Rio de Janeiro. O que se pode verificar é que, desde a década de 1980 até os dias atuais, a intensa disputa entre aqueles que lutam pela ampliação da saúde pública no estado do Rio de Janeiro e os governos que sustentam os interesses da iniciativa privada, tem sido traduzida em poucos avanços para esta política e muitos retrocessos, a depender do governo que assume a administração do estado.

De acordo com Parada (2001), durante a década de 1980, não ocorreu a participação do estado na efetiva implementação do Sistema Estadual de Saúde, sobretudo no governo de Leonel Brizola (1983-1986). Em contrapartida, um ponto de avanço para o campo na saúde no estado foi a primeira experiência de gestão descentralizada com a participação institucional do movimento de luta pela saúde (BRAVO e MENEZES, 2008).

No que se refere à década de 1990, inicialmente devemos destacar que a política de saúde no estado do Rio de Janeiro sofreu as mesmas restrições impostas pelo neoliberalismo no que se refere à redução/precarização das políticas sociais públicas. A redução dos investimentos no campo da saúde, bem como a má administração desta política durante esta década, culminou no decreto de calamidade pública da rede estadual de saúde durante a segunda gestão de Leonel Brizola, em 1993. Como medida estratégica para a melhoria da política de saúde no estado, foi elaborado um Plano de Emergência com a participação de diferentes entidades.

Este plano apresentava propostas emergenciais de caráter político e para a rede, bem como medidas gerais e específicas. Como propostas emergenciais de caráter político destacam-se: imediata instalação do Conselho Estadual de Saúde (criado em dezembro de 1993, de forma não paritária); instalação imediata da executiva dos secretários municipais de saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, para a implantação do plano de emergência; a continuidade do processo de instalação dos conselhos municipais nos termos da lei; implantação imediata da união dos conselhos de saúde, que reunirá uma plenária de todos os conselhos municipais da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. (BRAVO e MENEZES, 2008a. p. 23).

A medida estratégica para a superação dos inúmeros problemas pelos quais vinha passando a política de saúde veio por meio do discurso da privatização. Essa

estratégia foi amplamente sustentada no governo de Marcelo Alencar, o qual tinha por perspectiva o privilegiamento do setor privado. Exemplo emblemático disso foi a implementação, em 1997, do programa HELP – Programa de Hospitais em Locais populares – que delegava para a iniciativa privada a gerência dos hospitais gerais (PARADA, 2002).

Além dessa iniciativa, este mesmo governo traz para a sua pauta a terceirização dos “recursos humanos” e a proposta de transformar os hospitais públicos em Organizações Sociais (BRAVO e MENEZES, 2008b). Observa-se assim um retrocesso nos avanços constitucionais da política de saúde, o qual vem sendo amplamente intensificado na primeira década dos anos 2000. Dizemos isso porque, embora a “era Garotinho” não tenha preconizado a privatização da saúde como plano primordial de seu governo, inúmeras outras crises no âmbito da saúde foram vivenciadas durante a gestão estadual de Anthony e Rosinha Garotinho, principalmente no que se refere ao desvio de verbas que deveriam ser alocados na execução da política de saúde.

Atualmente, a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro possui, de acordo com os dados disponíveis no site, 18 hospitais estaduais de grande porte²⁹, com atendimento focado em urgências e emergências e em internações eletivas, bem como atendimento ambulatorial, além dos casos específicos como atendimento a gestantes e serviço de ortopedia. Estas 18 unidades de saúde estão distribuídas por todo o estado, sendo que grande parte se concentra no município do Rio de Janeiro.

Mas, o que nos chama atenção na rede hospitalar que hoje atua na prestação de serviços à comunidade no estado é o elevado número de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), todas inauguradas na gestão do atual governador Sérgio Cabral. Atualmente, o número unidades que estão sob esse “novo modelo” de atenção em saúde, geridas e estruturadas pelo estado, chega a 41 UPAs.

²⁹ São eles: Hospital da Mulher – Heloneida Studart; Hospital Estadual Adão Pereira Nunes; Hospital Estadual Albert Schweitzer; Hospital Estadual Alberto Torres; Hospital Estadual de Anchieta; Hospital Estadual Azevedo Lima; Hospital Estadual Carlos Chagas; Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia – Dona Lindu; Hospital Estadual Eduardo Rabelo; Hospital Estadual Getúlio Vargas; Hospital Estadual Prefeito João Batista Caffaro; Hospital Estadual Rocha Faria; Hospital Estadual Santa Maria; Hospital Estadual Tavares Macedo; Hospital Estadual Teixeira Brandão; Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans; Hospital Regional de Araruama; Hospital Regional Gélío Alves Faria.

Do total de UPAs gerenciadas pelo estado, 18 estão localizadas no município do Rio de Janeiro³⁰, frequentemente situadas em regiões estratégicas onde, embora por vezes exista hospital estadual de grande porte, o atendimento não comporta as demandas reais da população usuária. Deste modo, o discurso produzido é o de que esse novo modelo emergencial de atenção à saúde – que em realidade se configura como modelo de atenção à doença já instalada – funcionaria estrategicamente como medida para “desafogar” as grandes emergências das unidades fixas de grande porte.

Ressalta-se aqui que ainda durante a década de 1980 ocorre a divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas Programáticas³¹ (APs), objetivando melhor coordenar as ações em saúde, o que demandou também a estruturação de uma coordenação para cada área programática (CAP).

³⁰ A grande maioria das Unidades de Pronto Atendimento localizadas no município do Rio de Janeiro mais sob gerência do estado, estão localizadas em bairros marcados pela existência de alto índice de pobreza e carência no atendimento em saúde, sendo estes bairros: Bangu, Campo Grande I, Campo Grande II, Complexo do Alemão, Engenho Novo, Ilha do Governador, Irajá, Jacarepaguá, Manguinhos, Maré, Marechal Hermes, Penha, Realengo, Ricardo de Albuquerque, Rocinha, Santa Cruz.

³¹ As Áreas Programáticas foram criadas na década de 1980 (PARADA, 2001). Atualmente o município é dividido em 10 áreas programáticas. São elas, com suas respectivas regiões administrativas: AP1: Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Santa Tereza; AP 2.1: Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha; AP 2.2: Tijuca e Vila Isabel; AP 3.1: Ramos, Penha, Ilha do Governador, Complexo do Alemão, Maré; AP 3.2: Inhaúma, Méier e Jacarezinho; AP 3.3: Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna; AP 4: Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Cidade de Deus; AP 5.1: Bangu e Realengo; AP 5.2: Campo Grande e Guaratiba; AP 5.3: Santa Cruz.

2 POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

Toda vida social é essencialmente prática.

MARX, 2007

Como vimos anteriormente, embora a política de saúde tenha atingido o patamar do direito na legislação brasileira, existem desafios que ainda precisam ser superados – no que tange a sua gestão, operacionalização e financiamento– com vistas a que esta política não perca sua dimensão pública e universal. Diante desse quadro, a inserção do Serviço Social em tal política também é fortemente demarcada pelas contradições inerentes à conjuntura político-econômica atual.

A crise capitalista contemporânea e os estratégicos mecanismos que são utilizados para sua superação se apresentam como elementos de fundamental relevância, os quais subsidiam a análise acerca dos processos que perpassam a prática profissional do Serviço Social. A direção social que atualmente orienta a profissão, ao apresentar propostas que colidem diretamente com a conjuntura político-econômica do país, certamente será alvo de constantes ofensivas e tensões. Essas afrontas recorrentes são tipicamente direcionadas àqueles que se colocam em posição de recusa à proposta econômica vigente na qual são elaborados estratégicos mecanismos que conformam a subordinação do trabalho ao capital, com vistas à manutenção das relações de produção e reprodução das relações sociais inerentes ao capitalismo.

A preocupação com a prática dos assistentes sociais consiste na afirmação daquilo que diversos estudos vêm apontando no que se refere aos desafios colocados no cotidiano da prática profissional. Neste sentido, compreender de que modo tais desafios se expressam no cotidiano da prática nos parece fundamental para que novas propostas interventivas sejam traçadas e executadas. Fato é que o enfrentamento de tais desafios carece de uma ampla análise que compreenda os determinantes da prática e que vislumbre os limites e possibilidades contidos na realidade.

Refletir sobre as principais características que demarcaram a inserção do Serviço Social na saúde e pontuar alguns dos desafios postos à profissão nessa área de atuação é o objetivo central das análises que se seguem.

2.1 O Serviço Social Brasileiro: arcabouço teórico acerca da dimensão prática da intervenção profissional

A arquitetura político-econômica capitalista sobre a qual se estabelecem as relações sociais, como se sabe, é permeada por contradições inerentes à sua estrutura. Na atualidade, tais contradições, à medida que se intensificam, representam um enorme agravo para as classes trabalhadoras, que sofrem os rebatimentos oriundos da degradação da esfera social. O progressivo avanço do capitalismo produz de forma equivalente o agravamento das contradições que lhe são peculiares. Frente à dinâmica acelerada do capital, torna-se necessária a elaboração de mecanismos que tenham a função dual de possibilitar a reprodução das classes trabalhadoras e, *pari passu*, de garantir a manutenção da lucratividade do capital.

Para fins desse trabalho, o que se deseja reiterar é que o modo capitalista de produção encontra-se parametrado em uma forma de produção e reprodução das relações sociais que são preconizadas pela contradição entre capital e trabalho. O crivo dessa disjunção passa pela prerrogativa de que as relações de produção estabelecidas redundam na separação entre trabalhadores e capitalistas, na qual os trabalhadores passam a vender sua força de trabalho para os detentores dos meios de produção³². Sendo assim, é preciso observar que a garantia dessa forma de subordinação do trabalhador ao modo de produção capitalista, consubstanciada na lógica da exploração, ocorre a partir da fratura existente entre trabalhadores e meios de produção³³.

O capital não existe se a organização social do modo de produção não estiver centrado na exploração do trabalho. Desta forma, “ao contrário do que indicam as aparências, o capital não explora recursos naturais ou mercados, mas trabalho social.” (SINGER, 1979, p. 106).

³² Para que essa relação de produção seja mantida necessário se faz que o trabalhador venha a “manter sua força de trabalho como sua propriedade, sua própria mercadoria, o que só consegue, se a ceder ao comprador apenas provisoriamente, por determinado prazo, alienando-a sem renunciar sua propriedade sobre ela.” (MARX, 1988, p. 188).

³³ Tal relação de subordinação do trabalho ao capital faz parte de uma “estrutura ‘totalizadora’ de controle à qual tudo o mais, inclusive seres humanos, deve se ajustar, e assim provar sua ‘viabilidade produtiva’, ou perecer, caso não consiga se adaptar”. (MÉSZAROS, 2002 p.96. grifos do autor).

É dentro desse cenário que o Serviço Social emerge, inserido na divisão social e técnica do trabalho, com uma função claramente determinada, sendo chamado a atuar na reprodução das relações sociais, via políticas sociais implementadas pelo Estado (NETTO, 2009a). Ao longo de seu desenvolvimento histórico, o Serviço Social se afasta da matriz conservadora que orientava a prática profissional em sua gênese passando a ter como horizonte preceitos éticos e políticos, os quais expressam uma perspectiva de renovação do *ethos* profissional, dimensionado por uma direção social crítica. Fato é que a dimensão crítica que atualmente orienta hegemonicamente a profissão vem sendo constantemente tensionada pela agenda neoliberal adotada pelo país.

Partindo da premissa de que o Serviço Social se configura como um tipo de especialização do trabalho coletivo, é mister situá-lo como participante “da reprodução das relações de classes e do relacionamento contraditório entre elas” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2006, p. 71). Deste modo, a reprodução das relações sociais extrapola a mera produção material uma vez que tais relações abarcam também a “reprodução da produção espiritual, isto é, das formas de consciência social” (Ibid p. 72).

Conforme consta no arcabouço teórico referente à profissão, a gênese do Serviço Social brasileiro encontra-se afixada num momento histórico onde a sociedade burguesa, do ponto de vista mundial, vivencia a potencialização do modelo capitalista de produção. Sendo assim, o Serviço Social surge juntamente com o fortalecimento do processo industrial no Brasil e, conseqüentemente, com a concentração urbana. A dinâmica de produção capitalista neste momento passa a necessitar de novas configurações na organização do país, sobretudo, no que se refere ao aparato público-estatal, o que por sua vez demanda do Estado novos papéis no que diz respeito à intervenção dispensada às classes trabalhadoras.

É mediante essa conjuntura política-econômica que se estruturam as condições objetivas para a inauguração de um Estado intervencionista, o qual se utiliza, estrategicamente, de um conjunto de políticas sociais na tentativa de amenizar as tensões oriundas do modelo capitalista de produção. Este se apresenta como cenário propício para a criação de um espaço sócio-ocupacional para os assistentes sociais na divisão social e técnica do trabalho, onde o profissional é chamado a atuar de forma a atender as demandas imediatas das classes trabalhadoras nos mais variados espaços de intervenção.

O Serviço Social, embora tenha na década de 1930 o marco de seu surgimento, somente na década seguinte conquista sua legitimidade e, *pari passu*, vivencia seu processo de institucionalização. O contexto populista que caracterizava o Brasil nesse momento propiciou o fortalecimento de diferentes instituições assistenciais³⁴ as quais primavam por prestar assistência aos segmentos populares oriundos das classes trabalhadoras. De acordo com Barroco (2010), a intervenção profissional nesse período expressava claramente os dogmas da Igreja católica que processualmente foram sendo substituídos pela influência do arcabouço das ciências sociais, através da corrente teórica funcionalista³⁵. Destaca-se que a medida que o Serviço Social deixa de ser hegemonicamente fundamentado no conservadorismo católico ele passa por um processo de tecnificação, entrando em contato com o Serviço Social norte-americano.

O período que compreende desde seu surgimento até a década de 1960 aponta que o Serviço Social, embora efetue uma ação que traduz seu caráter contraditório – haja vista que ao elaborar respostas para as demandas apresentadas pela classe trabalhadora, corrobora para a manutenção dos interesses da ordem burguesa de sociabilidade – teve como fim último uma intervenção que favorecia fundamentalmente aos interesses burgueses. Ademais, não foi possível perceber durante essas décadas o movimento de crítica da realidade social que, *a posteriori*, passou a orientar a profissão.

É somente no final da década de 1960 que começam a surgir os primeiros sinais de esgotamento do viés conservador que orientava o Serviço Social hegemonicamente. Esses primeiros sinais de questionamento da postura profissional foram influenciados pela conjuntura política por que passava os países da América Latina. Isso porque, o cenário político latino-americano vivenciava um processo em que as expressões da questão social se tornam claramente evidenciadas em decorrência da potencialização das desigualdades provocadas

³⁴ Como instituições de maior relevo implementadas nesse período podemos apontar a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Leão XIII, o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Social do Comércio (SESC), dentre outras. Vide IAMAMOTO; CARVALHO 2006.

³⁵ Cabe sinalizar que nesse momento a intervenção profissional esteve fortemente marcada pela perspectiva do ajustamento social, pela individualização dos problemas sociais e pela naturalização da questão social. Em sua leitura crítica, Barroco (2010) aponta que “a tendência ao “ajustamento social”, à psicologização da questão social, transforma as demandas por direitos sociais em “patologias”; com isso o Serviço Social deixa de viabilizar o que eticamente é de sua responsabilidade: atender às necessidades dos usuários, realizar objetivamente seus direitos.” (p.94).

pelo modo de produção capitalista. Passam a ser fomentados no interior da profissão as discussões acerca do esgotamento do viés tradicional³⁶, que até então norteava a atuação profissional.

O denominado Movimento de Reconceituação (1965-1975) – fruto de inquietações no que se refere às teorias e à direção social da profissão – representou um grande marco para o Serviço Social, tendo sido caracterizado pelo pertinente questionamento sobre o real papel da profissão em face às expressões da questão social. Tal questionamento surge embasado pela percepção de que os procedimentos metodológicos tradicionais não correspondiam à realidade social latino-americana. Em especial, questionava-se o papel do Serviço Social junto à classe trabalhadora, considerada como nova protagonista do cenário político-social. As palavras de Braz (2005) sobre este aspecto são pertinentes quando o mesmo afirma que:

A chegada entre nós dos princípios e idéias do Movimento de Reconceituação deflagrado no diversos países latino-americanos somada a voga do processo de redemocratização da sociedade brasileira formaram o chão histórico para a transição para um Serviço Social renovado, através de um processo de ruptura teórica, política (inicialmente mais político-ideológica do que teórico-filosófica) com os quadrantes do tradicionalismo que imperavam entre nós. É sabido que, politicamente, esse processo teve seu marco no III CBAS, em 1979, na cidade de São Paulo, quando, então, de forma organizada, uma vanguarda profissional virou uma página na história do Serviço Social brasileiro. [...] Este Congresso ficou conhecido como Congresso da virada. (BRAZ, 2005, p. 78).

No caso brasileiro, em virtude da famigerada Ditadura Militar (1964), circunscrita na justificativa do desenvolvimento do país, somente no final dos anos de 1970 – período em que a ditadura militar vivencia seu processo de erosão – é que se formaliza o movimento de crítica ao tradicionalismo dentro do Serviço Social. De acordo com Netto, neste período “os profissionais investiam fortemente em dois planos: na organização da categoria profissional e na formação acadêmica.” (2005, p.46).

Para este autor o que ocorre no Brasil – observadas suas particularidades históricas – é um Movimento de Renovação da profissão. Segundo ele, tal movimento foi desencadeado por três vertentes. A primeira delas – a *perspectiva modernizadora* – considera o Serviço Social como dinamizador e integrador no

³⁶ Tal tradicionalismo influenciava diretamente a profissão, que de um ponto de vista, “claramente funcionalista, visava enfrentar as incidências psicossociais da ‘questão social’ sobre indivíduos e grupos, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida social como um dado factual ineliminável.” (NETTO, 2005).

processo de desenvolvimento do país. Essa vertente foi formulada na segunda metade da década de 1960 e de acordo com a crítica, permite que o Serviço Social modernize suas práticas, porém não rompe com o tradicionalismo formalmente arraigado no interior da profissão.

A segunda vertente – a perspectiva de *reatualização do conservadorismo* – foi decifrada por Netto (2005a):

[...] como uma vertente que traz para o debate parte dos componentes que caracterizam a herança histórica e conservadora da profissão (...) faz-se legatária das características que conferiram à profissão um traço microscópico de sua intervenção e a subordinaram a uma visão derivada do pensamento católico tradicional; mas o faz com um verniz de modernidade. (NETTOa, 2005. p.177).

A terceira e última vertente – perspectiva de *intenção de ruptura* – possui como característica central a crítica sistemática aos aparatos teóricos, metodológicos e ideológicos do tradicionalismo. Netto (2005a) pontua que a intenção de ruptura foi consolidada somente na década de 1980, onde o contexto sócio-político do Brasil, fortemente caracterizado pelos preceitos democráticos, se apresenta como espaço favorável para a ascensão do Serviço Social crítico.

Ao nos remetermos às diretrizes que orientavam a profissão neste período, podemos verificar que, embora inicialmente a aproximação do Serviço Social com o marxismo tenha se dado por uma leitura althusseriana, o Código de Ética do Assistente Social de 1986 já sinalizava uma nova perspectiva de leitura da realidade social³⁷.

Esse posicionamento crítico foi consolidado na construção de uma nova base teórico-metodológica para a profissão, a qual atualmente orienta o Projeto Ético-Político profissional dos assistentes sociais. Assim, a influência marxiana e marxista no Serviço Social possibilita aos assistentes sociais desenvolverem seu potencial reflexivo de modo a compreender a realidade social a partir de seus aspectos macro, considerando a dinamicidade dos processos sociais que se operam no contexto da sociedade burguesa. Posteriormente, esse posicionamento crítico, foi consolidado na construção de uma nova base teórico-metodológica para a profissão.

³⁷ “O código de 1986 representa um marco de ruptura ética e ideopolítica do Serviço Social com a perspectiva do neotomismo e também com o funcionalismo, influências tradicionais do Serviço Social até então. Isso fica evidenciado quando, de maneira simples, esse código postula novos deveres para os assistentes sociais, tais como democratizar as informações e tentar alterar a correlação de forças no âmbito institucional”. (PAIVA et al. 2007. p.175).

Segundo Yasbek (2009), é mediante a este processo de recusa e crítica ao conservadorismo que se encontram afixadas as raízes de um novo projeto profissional. Os princípios norteadores da perspectiva de intenção de ruptura serviram de alicerce para a construção do atual Projeto Ético-Político do Serviço Social consolidado na década de 1990.

2.2 O Projeto Ético Político do Serviço Social e suas Determinações para a Prática

Após construirmos um breve retrato do processo de construção e consolidação do Serviço Social brasileiro, torna-se possível discutirmos os rumos da profissão, tomando como ponto de partida o projeto profissional atualmente hegemônico na profissão. A formulação do projeto ético-político profissional encontra-se amplamente associado a um projeto de transformação da sociedade³⁸ que, por sua vez, envolve sujeitos individuais e coletivos, sendo que tal projeto é subsidiado por uma dada valorização ética.

O projeto profissional atualmente hegemônico no Serviço Social tem por definição preceitos éticos e políticos, os quais expressam a renovação do *ethos* profissional, dimensionado por uma direção social crítica. Tal projeto assume um caráter hegemônico ao ser constituído pela Lei de Regulamentação da Profissão, pelo Código de Ética aprovado em 1993 e pelas Diretrizes Curriculares. Esta tríade que fundamenta a ação profissional fornece os subsídios necessários para a construção de um posicionamento ético e político capaz de orientar a intervenção de forma crítica na ordem social contemporânea.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social foi formulado ressaltando a dimensão política de intervenção profissional, tendo como norte o posicionamento em prol da classe trabalhadora. Sobre este aspecto, devemos considerar que:

Ao atuarmos no movimento contrário das classes, acabamos por imprimir uma direção social às nossas ações profissionais que favorecem a um ou outro projeto societário. Nas diversas e variadas ações que efetuamos, [...], das ações mais simples às intervenções mais complexas do cotidiano profissional, nelas mesmas, embutimos determinada direção social entrelaçada por uma valorização ética específica. (BRAZ, 2005. p.68).

³⁸ Segundo Netto “os projetos societários são projetos coletivos, mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macrocópicos, como proposta para o conjunto da sociedade.” (1999, p. 36).

Orientados por este prisma não podemos deixar de aqui pontuar que os projetos societários dentro das sociedades capitaneadas pelo modelo capitalista se apresentam essencialmente enquanto *projetos de classe*. Neste sentido, a manutenção de projetos societários implica necessariamente em uma dimensão política, que envolve relações de poder, onde interesses antagônicos se apresentam de maneira relativamente clara. Como afirma Netto,

[...] a experiência histórica demonstrou que, na ordem do capital, por razões econômico-sociais e culturais, mesmo num quadro de democracia política, os projetos societários que respondem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes prioritárias e politicamente dominantes. (1999, p. 38)

Cabe destacar que os projetos societários servem de parâmetro basilar para os projetos profissionais. Os projetos profissionais possuem como característica fundamental sua dinamicidade, considerando as alterações sociais sobre as quais se propõe a atuar. Isso porque a dinâmica da sociedade opera transformações de cunho político, econômico, histórico e cultural, sendo necessário um desenvolvimento teórico e prático do profissional a fim de abarcar tais alterações.

O projeto ético-político do Serviço Social é desenvolvido contraditoriamente no seio da composição capitalista e possui em sua matriz constitutiva o compromisso com princípios democráticos, na busca incessante pela defesa da esfera pública e do amplo acesso aos direitos sociais. Embora tal projeto seja constantemente atingido pelas tensões oriundas da conjuntura político-econômica, este certamente se apresenta como grande alternativa de efetivação de uma postura crítica frente à contradição que fundamenta as relações sociais estabelecidas na sociedade capitalista. Destarte, o projeto ético-político ao favorecer que os assistentes sociais compreendam o significado social da profissão, bem como o papel que ela exerce dentro da divisão do trabalho, possibilita paralelamente que o profissional tenha ciência das possibilidades e dos limites de sua intervenção se afastando de uma postura messiânica ou fatalista no que se refere ao alcance de sua ação profissional.

A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social é consideravelmente recente, tendo sido sua consolidação, como vimos, datada da década de 1990 do século passado, embora os rumores que embrionaram sua construção tenham surgido no final da década de 1970. Para Yamamoto,

a década de 1980 foi extremamente fértil na definição de rumos técnico-acadêmicos e políticos para o Serviço Social. Hoje existe um projeto profissional, que aglutina segmentos significativos de assistentes sociais no país, amplamente discutido e coletivamente construído ao longo das duas últimas décadas. As diretrizes norteadoras desse projeto se desdobram no *Código de Ética Profissional do Assistente Social*, de 1993, na *Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social* e, hoje, na nova *Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social*. (IAMAMOTO, 1999, p. 102 grifos da autora).

Faz-se necessário considerar que, apesar de sabermos que o atual Código de Ética dos Assistentes Sociais é apenas um dos elementos constitutivos do Projeto Ético-Político do Serviço Social, acreditamos que este pode ser considerado como uma das suas maiores expressões. Isso se deve ao fato de que o Código de Ética representa uma sistematização clara dos reais princípios e objetivos que devem nortear a prática profissional e, por isso, julgamos relevante citar na íntegra os princípios fundamentais contidos neste Código, visto que pensar a ação profissional hoje dentro de uma perspectiva crítica, que traduza o compromisso com a transformação social, implica necessariamente tomar esses princípios e valores como referencial no cotidiano de trabalho. São eles:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;

Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas a garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;

Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;

Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;

Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando a respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças;

Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;

Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;

Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o

aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física (CRESS, 2008, p.34).

Deste modo, torna-se necessário considerar que:

A efetivação desses princípios remete à luta, no campo democrático-popular, pela construção de uma nova ordem societária. E os princípios éticos, ao impregnarem o exercício cotidiano, indicam um *novo modo de operar o trabalho profissional*, estabelecendo balizas para a sua condução nas condições e relações de trabalho em que é exercido e nas expressões coletivas da categoria profissional na sociedade. Aquela efetivação condensa e materializa a firme recusa à ingenuidade ilusória do tecnicismo (IAMAMOTO, 1999, p.37, grifos da autora).

O que nos motiva a investir esforços nos estudos acerca da dimensão técnico-operativa do Serviço Social, objetivando melhor compreender as possibilidades de prática que estejam em sintonia com tais princípios e valores, é o entendimento de que a validação do projeto profissional no cotidiano da prática não acompanhou de forma equitativa o avanço da discussão crítica no campo teórico-metodológico e ético-político.

O projeto ético-político encontra-se orientado por três importantes dimensões as quais devem ser consideradas e trabalhadas de forma articulada. A *dimensão da produção de conhecimento teórico* no interior do Serviço Social encontra-se associada ao processo reflexivo do fazer profissional. Essa dimensão tem como fonte de inspiração a atuação cotidiana que exige a sistematização da prática profissional.

Outra dimensão sobre a qual o projeto profissional foi estruturado é a *dimensão político-organizativa* da profissão que abarca as mais diversas entidades representativas³⁹. Essa dimensão é fundamentalmente protagonizada pelo conjunto CFESS/CRESS (Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social), pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pela Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO). Soma-se a esta dimensão as demais organizações político-profissionais.

³⁹ Cabe pontuar que a primeira entidade de representação da categoria profissional foi a Associação Brasileira de assistentes sociais (ABAS), fundada em 1940. Já a Associação de ensino (ABESS) foi criada em 1946, atualmente denominada Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). As posteriores entidades datam da década de 1950 e 1960, tendo como maior destaque o Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) em 1962, atualmente denominado Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

A terceira e última *dimensão* é a *jurídico-política*, caracterizada pelo aparato jurídico legal e institucional da profissão que envolve um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos que remontam parte da trajetória da profissão. Esta dimensão é composta por duas esferas diferenciadas, porém congruentes, são elas: o aparato jurídico-político de caráter estritamente profissional que se limita aos muros da profissão e o aparato jurídico-político de caráter mais abrangente externa a profissão.

O projeto norteia a ação profissional em direção aos interesses da classe trabalhadora, rumo à construção de uma nova ordem social pautada em valores como equidade, justiça social, cidadania, autonomia, liberdade, eliminação das diversas formas de exploração e preconceito de classes, etnias e gêneros e luta pela defesa dos direitos dos sociais. A nova direção estratégica da profissão inaugurada pelo referido projeto consiste em,

[...] uma direção que, colocando como valor central a liberdade, fundamentada numa ontologia do ser social assentada no trabalho, tomando como princípios fundamentais a *democracia* e o pluralismo, e posicionando-se em favor da *equidade* e da *justiça social*, elege um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero. (VASCONCELOS, 2009, p. 253, grifos da autora).

Assim, ao longo dos anos, inúmeros avanços podem ser visualizados no interior da profissão no que se refere ao ponto de vista ético-político e teórico-metodológico que orienta o Serviço Social. Contudo as mudanças macro societárias, além de trazerem rebatimentos para os trabalhadores, influenciam diretamente a formulação e o aprimoramento do compromisso ético que a profissão possui perante a sociedade.

Sobre este aspecto, devemos pontuar que os avanços da profissão acompanharam as alterações conjunturais que permearam a sociedade brasileira nos últimos anos. Isso porque tais alterações produzem mudanças nas demandas apresentadas à profissão, multifacetando as expressões da questão social, o que exige, inevitavelmente, um reforço no compromisso ético e, por conseguinte, requisita do profissional de Serviço Social a adoção de novos valores e princípios éticos e políticos.

Imbuída de uma capacidade crítica e propositiva, a prática dos assistentes sociais pode deixar de se apresentar apenas como “uma execução burocrática e rotineira passando a ser evidenciada como uma ação de um sujeito profissional que

tem competência para propor, para negociar com a instituição seus projetos”. (IAMAMOTO,1999. p.62). Para isso, as possibilidades que se inserem no processo interventivo precisam ser transformadas em alternativas profissionais.

Fato é que, não se pode pensar a profissão, no processo de reprodução das relações sociais capitalistas, desarticulada dos interesses das instituições a que se vincula, ou seja, não se pode pensar a profissão sem entender que o assistente social é um trabalhador assalariado e possui limites definidos pelas instituições empregadoras. O que sustentamos em nossa análise acerca da prática profissional é a compreensão de que por mais que o espaço profissional esteja permeado por correlações de forças desfavoráveis ao exercício profissional, ainda assim, o assistente social imprime uma direção social à sua ação. Sobre este aspecto Coelho (2010) vai elaborar sua análise acerca da racionalidade histórico-crítica, afirmando que:

A razão dialética histórico-crítica pressupõe o saber imediato e o entendimento, mas os ultrapassa e reproduz o desenvolvimento da realidade em seu movimento contraditório, em sua complexidade. Ela torna-se a teoria social que extrai da própria realidade as condições estruturais e as suas transformações históricas (p. 38).

O que não se pode perder de vista é o fato de que a elaboração de ações estratégicas por parte dos assistentes sociais não exclui em nenhuma medida o caráter contraditório do exercício profissional. Sendo assim, para atender aos interesses institucionais e aos interesses dos usuários que demandam a intervenção do Serviço Social, os assistentes sociais ao tomarem o projeto profissional como referência precisam ter a clareza de que é na própria realidade que se estão contidas as possibilidades de prática orientadas pelo projeto ético político. Assim, “cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho.” (IAMAMOTO,1999, p.21).

Sendo assim, o alcance de um fazer profissional orientado pela emancipação humana, que esteja dissociado de moldes conservadores, exige uma contínua articulação entre bagagem teórica e prática interventiva. Isso porque, a efetivação do projeto ético-político do Serviço Social exige uma constante reflexão sobre o fazer profissional de maneira que os assistentes sociais consigam criar estratégias de intervenção que estejam distantes de uma prática rotineira e sem a perspectiva de transformação da realidade. Sobre esse aspecto Vasconcelos (2009) aponta que,

a busca de uma ruptura teórico-prática com um fazer profissional tradicional, conservador, que contribui somente na reprodução social, não se efetivará sem uma articulação sistemática e de qualidade entre academia e meio profissional. Não há projeto de formação profissional, nessa direção, que tenha sustentação sem enfrentar a questão do fazer profissional, assim como não é possível um projeto de profissão sem o enfrentamento da relação teoria – prática. (p. 258).

A intervenção profissional orientada pela dimensão ética e política do Serviço Social diante de um cenário político-econômico expressamente contraditório, o qual fragiliza profundamente anseios democráticos, tem se apresentado como um grande desafio. O que podemos constatar é um relativo paradoxo entre Estado de direito garantido por lei, que prega a democracia social, e o acesso restrito à justiça social, a qual não fica evidenciada na oferta de serviços sociais públicos.

Diante desse panorama de relações sociais contraditórias refletidas direta ou indiretamente na efetivação das políticas sociais - campo de atuação dos assistentes sociais - em que um Estado democrático de direitos está longe de acontecer, Behring e Boschetti (2008) acreditam que o profissional de Serviço Social tem papel fundamental e tem sido partícipe desta árdua luta em prol da efetivação das políticas sociais legalmente instituídas. Isto porque o projeto ético-político da profissão não está sintonizado com o modelo capitalista vigente que permeia a intervenção estatal, onde há uma redução e fomento à desconstrução dos direitos sociais. Pelo contrário,

O Projeto Ético-Político não toma o caminho fácil de se contentar com os direitos no marco do capitalismo, nem tampouco, ao reconhecer os limites desses na ordem vigente, de invalidar a luta pelo seu reconhecimento e afirmação. Distante do voluntarismo e fatalismo históricos, o projeto atual do Serviço Social concebe o compromisso ético com os direitos como uma agenda democrática da luta democrática popular, cujo objetivo não é a conquista do direito como um fim em si mesmo, mas como uma via de transição para a construção de um outro projeto de sociedade sem exploração e dominação de classe, gênero e etnia. (RODRIGUES, 2007, p.24).

A partir desta perspectiva, é possível desvelar a realidade social, pois se parte do imediato, onde se encontram ocultas as múltiplas relações entre o singular, o universal e o particular, para chegar à apreensão das diversas mediações capturadas no movimento dialético da realidade. O que buscamos ressaltar, nesse sentido, é que as possibilidades de prática elaboradas à luz do projeto ético-político buscam validar e aprofundar uma perspectiva democrática, libertária e igualitária.

Destarte, pensar o exercício profissional parametrado por ações estratégicas elaboradas pelos assistentes sociais no cotidiano da prática, que fortaleçam o

projeto profissional, não requer uma sistematização prescritiva de um modelo padronizado de regras para o exercício profissional cotidiano, uma vez que o movimento da realidade, ao ser analisado por uma dimensão crítica, não comporta esse tipo de padronização. O que se coloca em pauta é o exercício reflexivo constante que possibilite capturar as particularidades de uma realidade específica na qual os assistentes sociais desenvolvem suas ações, sem perder de vista que as determinações de tal realidade são essencialmente desdobramentos das relações sociais capitalistas as quais carecem de constante enfrentamento por parte não apenas do Serviço Social, mas também dos demais segmentos da sociedade que sustentam a crítica ao modelo societário vigente.

2.3 A Prática do Serviço Social na Saúde

A conjuntura na qual a atual política de saúde está inserida exige uma reflexão crítica capaz de evidenciar que as transformações estruturais que datam da década de 1990 do século passado produzem alterações nas demandas profissionais, as quais acompanham a dinamicidade da realidade social. Frente a isso, faz-se necessário ter clareza de que a dimensão instrumental da profissão passa a exigir vínculos cada vez mais estreitos com o projeto ético-político do Serviço Social. Embasados por esta perspectiva é que discutiremos a prática profissional no campo da saúde.

A atuação profissional nos diferentes espaços de trabalho, dentre eles destacamos o campo da saúde, exige que o assistente social atue dentro de uma perspectiva crítica, no sentido de legitimar o projeto profissional do Serviço Social. Segundo Vasconcelos,

[...] na contemporaneidade, num regime democrático, a hegemonia de uma “direção social estratégica”, que envolva formação e prática profissional vai depender da qualidade de apropriação, pelos assistentes sociais envolvidos, da massa crítica disponível, o que será **determinante na adesão e/ou submissão ou oposição ao projeto neoliberal imposto ao país.** (VASCONCELOS, 2009, p. 228 grifos da autora).

Para alcançar este fim, torna-se relevante aglutinar o engajamento político, haja vista que tal posicionamento influencia, a descoberta de novas estratégias a serem utilizadas no fazer profissional. Partindo da premissa de que o SUS é fruto de lutas sociais e conquistas políticas, torna-se necessário ter clareza de que seu funcionamento exige uma efetiva participação popular com controle social, conforme

preconiza a legislação, na busca pelo contínuo aprimoramento das ações em saúde a serem executadas⁴⁰. Cabe pontuar a importância das contribuições do Serviço Social dentro desse processo.

Inserir-se aqui a discussão acerca dos desafios atuais que o Serviço Social tem enfrentado para o alcance de uma atuação que corresponda tanto aos princípios e objetivos de seu projeto profissional quanto aos preceitos do projeto da Reforma Sanitária. Mediante o processo de privatização do setor saúde, os assistentes sociais não passam ao largo das consequências trazidas por este processo. Pelo contrário, o profissional de Serviço Social encontra-se inserido em precárias condições de trabalho, com vínculos empregatícios frágeis – tendo muitas das vezes que cumprir dupla jornada de trabalho para complementação da renda. Além disso, em seu cotidiano de trabalho, vivencia o processo de precarização da saúde sendo chamado a atuar frente às demandas inerentes a essa política, porém sem os subsídios necessários para apresentar respostas à população que carece dos serviços públicos de saúde.

Outro ponto importante que merece destaque com relação aos desafios colocados ao Serviço Social diante da saúde, refere-se às lacunas ainda presentes com relação a participação da profissão nos espaços políticos de discussão sobre o direcionamento de tal política setorial. Bravo, em 1996, já pontuava que os avanços políticos do Serviço Social diante da política de saúde se apresentavam insuficientes. Aponta inclusive que, durante a década de 1990, o Serviço Social continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, fato este que traduz a necessidade da ampliação cada vez mais acirrada da inserção da profissão no debate político acerca da saúde.

Merece destaque também o que é sinalizado por Bravo e Matos (2008) acerca das demandas apresentadas ao Serviço Social no que tange à conjuntura atual. Prismados por uma perspectiva crítica, os autores analisam que a partir da década de 1990 o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária trouxeram para o Serviço Social demandas diferenciadas. Por um lado o projeto de vertente privatista traz para a profissão demandas voltadas para a seleção socioeconômica dos usuários dos serviços de saúde; atuação psicossocial dentro de uma perspectiva do

⁴⁰ Cabe aqui reiterar a discussão acerca da participação política na luta pela saúde que na atualidade se apresenta de forma bastante fragilizada. De acordo com Bravo e Mattos (2006), tal participação tem se apresentado como uma das lacunas a serem superadas pelo Serviço Social, uma vez que a profissão ainda tem apresentado contribuições tímidas nesse sentido.

aconselhamento; fiscalização junto aos usuários da rede privada de saúde; predomínio de práticas individuais, dentre outras. Já o projeto da Reforma Sanitária demanda que os assistentes sociais efetuem ações com vistas a,

busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (ibid, p. 206).

Certamente, as respostas dadas pelo Serviço Social as mais diferentes demandas apresentadas, tanto pelo modelo privatista quanto pelo modelo universal de saúde, dependerão do perfil profissional dos assistentes sociais. Fato é que o aporte teórico e o compromisso ético-político traduzirão o horizonte a que chegará sua ação profissional. Além disso, serão também essas duas intervenientes que subsidiarão sua participação na correlação de forças estabelecida no espaço institucional. O que se tem clareza é que existem momentos de avançar e outros que se deve recuar para alçar novas conquistas mais adiante. Segundo Guerra:

Faz-se então necessário ao profissional, que pela via do conhecimento teórico, da escolha consciente por valores universais, da direção política que atribui a sua prática, bem como de uma postura renovada e qualificada, transcenda a mera cotidianidade para alcançar o patamar do exercício crítico, competente e comprometido. (GUERRA. 2007. p.12).

A atuação do Serviço Social na saúde, assim como nas demais áreas, deve ter como norte fundamental as competências e atribuições dos assistentes sociais intitulada na Lei que Regulamenta a profissão atualmente, bem como nos onze princípios do Código de Ética. Ao considerarmos que a saúde se apresenta como política pública estatal, conforme foi problematizado anteriormente, os assistentes sociais encontram neste espaço uma rica e desafiadora área de intervenção.

Cabe pontuar que as necessidades objetivas apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde precisam ser transformadas em demandas profissionais que carecem de intervenção crítica. Deste modo, busca-se uma intervenção ampliada visando uma atuação dos profissionais de forma articulada considerando que os indivíduos estão inseridos num contexto social, que envolve família, trabalho, situação sócio-econômica, cultura, entre outros. Sobre este aspecto Costa (2008) afirma que “o cotidiano institucional deixa patente a existência de um conjunto de demandas que revelam a utilidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde”. (p.256).

Na busca por subsidiar a atuação profissional no campo da saúde, recentemente o conjunto CFESS/CRESS elaborou um documento que norteia a intervenção dos assistentes sociais. Esse documento intitulado “Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Política de Saúde”, foi construído coletivamente e traduz o esforço em possibilitar aos profissionais refletirem sobre o cotidiano de sua prática. Os ícones basilares desse documento referem-se ao atendimento direto aos usuários, que pode ser efetuado através de ações socioassistenciais, ações em articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; por fim, assessoria, qualificação e formação profissional. Estes eixos refletem a multiplicidade de ações possíveis de serem elaboradas pelos assistentes sociais no âmbito da saúde, com vistas ao alcance de uma prática profissional que favoreça a contribuição do Serviço Social para este campo.

Ao evidenciarmos a diversidade de demandas apresentadas ao assistente social em seu exercício profissional no campo da saúde, dentro de um contexto ampliado de saúde, faz-se necessário considerarmos que a intervenção profissional exige uma contínua reflexão acerca das demandas sociais apresentadas, no intuito de dar respostas qualitativas a estas. Sobre este aspecto, nas palavras de Bravo (2008) podemos constatar que:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante na incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualitativas às necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO, 2008. p.213).

O alcance de um atendimento ampliado, com vistas a uma ação voltada para os preceitos da integralidade contidos no SUS, tem enfrentado inúmeras barreiras para ser efetivamente implementado⁴¹. Neste sentido, a atual conjuntura político econômica, sobre a qual o Serviço Social se propõe a atuar através de suas inerentes atribuições e competências, exigem a elaboração de estratégias

⁴¹ Os principais desafios apontados pelo Ministério da Saúde, segundo BRAVO (2008) são: a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária, a construção de trabalhos em saúde afixados no ideário da integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe, o controle social, entre outros.

mediações⁴² que venham a dar respostas às demandas sociais que se expressam no campo da saúde. Cabe aqui reiterar que tais mediações se tornam possíveis à medida que o assistente social legitima um posicionamento ídeo-político que faça frente à realidade social contraditória, sobre a qual sua prática incide.

Orientados por esse preceito, faz-se necessário considerar que o campo de atuação dos assistentes sociais na saúde se depara com o sucateamento do setor público. Desta forma, podemos pontuar como principais problemas que afetam a população usuária, a demora nos atendimentos, a precariedade dos recursos sejam eles humanos ou materiais e a ênfase em um atendimento curativo e não preventivo. Aos assistentes sociais, diante desta problemática, cabe definir prioridades, levando em consideração suas atribuições e competências. Sendo assim,

o profissional precisa ter clareza de suas atribuições para estabelecer prioridades. O conjunto de demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vai impossibilitar ao assistente social o enfoque de suas ações profissionais. (CFESS, 2010. p.23).

Deste modo, o trabalho dos assistentes sociais deve ser atravessado por procedimentos investigativos os quais possam instrumentalizar o profissional no sentido de qualificar o atendimento prestado. Ademais, a análise crítica da realidade é possibilitada quando o assistente social se apropria de seu referencial teórico-metodológico e, a partir daí, estrutura seu trabalho e estabelece as atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das demandas sociais que se apresentam na área da saúde.

Uma importante temática que merece aqui ser pontuada é a preocupação que alguns assistentes sociais têm em se apropriar de uma abordagem psicoterapêutica⁴³, o que não corrobora para uma intervenção orientada pelo projeto profissional crítico. O que precisa ser potencializado é a orientação social que possibilite a ampliação do acesso aos direitos sociais, sem cair na armadilha de uma intervenção focalizada na individualização dos “problemas sociais”.

⁴² A temática acerca da categoria mediação no Serviço Social tem sido alvo dos estudos de Pontes. Para este autor “o assistente social realiza sua prática através da rede de mediações, que ontologicamente estrutura o tecido social.” (PONTES, 2007 p.155)

⁴³ Alguns autores denominam este tipo de abordagem como Serviço Social Clínico, focalizado em uma intervenção terapêutica, que tem se apresentado como alvo de inúmeras críticas dentro da categoria profissional, sendo que a principal delas está focalizada na tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho.

Ao discutirmos a prática do Serviço Social na saúde, torna-se fundamental pontuarmos, também, que o trabalho em equipe interprofissional tem se apresentado como grande estratégia de intervenção no campo da saúde. No entanto, o assistente social ao adotar o trabalho em equipe, precisa ter claro seu papel dentro da equipe, de maneira que não caia na armadilha de cumprir tarefas que não sejam de sua competência e atribuição. Para Yamamoto (1992)

é necessário desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais [...] são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças. (p.166).

Neste sentido, a atuação interprofissional deve ser compreendida como um mecanismo de exploração das potencialidades das diferentes categorias profissionais que atuam no âmbito da saúde, considerando que o princípio da diversidade deve ser utilizado de forma adequada de modo a evidenciar os limites de cada profissão.

Outra temática pertinente ao alcance de uma prática qualitativa não apenas no campo da saúde, mas também nas demais áreas de intervenção do assistente social, está relacionada à capacitação continuada. A busca pelo conhecimento deve se apresentar como principal estratégia de fortalecimento de uma postura crítica, que viabilize a compreensão das diferentes demandas apresentadas ao campo da saúde. E, de fato, será também pela via do conhecimento e de sua competência crítica que os assistentes sociais poderão alcançar uma intervenção favorável, que efetive sua *práxis* e provoque uma alteração na realidade cotidiana da classe trabalhadora que utiliza os serviços de saúde pública.

Na contemporaneidade, onde se presencia uma redução substancial dos direitos sociais, empreende-se a necessidade de uma postura profissional que seja capaz de apreender o movimento crítico direcionado à estruturação da sociedade sobre a qual o trabalho do assistente social se efetiva. Em meio a essa realidade, o cotidiano profissional tem sido perpassado por avanços e desafios para a materialização de um projeto profissional que tenha por prioridade o alcance de conquistas coletivas favoráveis a classe trabalhadora.

Diante disso, torna-se essencial a incorporação do projeto ético-político do Serviço Social por parte dos assistentes sociais, de forma a evidenciar de que maneira as expressões da questão social se apresentam na área da saúde. Isso

certamente favorecerá o alcance de uma intervenção crítica nesta área que esteja para além das balizas biológicas, na busca contínua pelo favorecimento da luta pela ampliação do acesso aos direitos sociais.

Cabe ressaltar que a ampliação dos direitos sociais no campo da saúde tem se defrontado constantemente com o processo de privatização inerente à política econômica vigente com foco na redução do Estado no que se refere à operacionalização das políticas sociais. Este sem dúvida tem se apresentado como maior desafio daqueles que compõem a massa crítica que atualmente permanece na luta pela saúde, com vistas a que tal política se mantenha originalmente enquanto pública, de qualidade e com acesso universal.

2.4 Formação Profissional e Condições de Trabalho como determinantes da Prática

A inauguração de uma nova matriz teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para o Serviço Social, consubstanciada no projeto ético-político, impõe a necessidade de uma formação profissional que ofereça o aporte teórico capaz de instrumentalizar o fazer profissional. Deste modo, a formação profissional se apresenta como grande eixo canalizador de possibilidades para o alcance de uma intervenção orientada pelo atual projeto profissional.

No intuito de traçar novos rumos para a profissão, a partir de uma perspectiva que venha a traduzir uma reflexão sobre a realidade social, foi necessário reorganizar o direcionamento da formação profissional. Sendo assim, uma proposta para as Diretrizes Curriculares, coordenada pela Associação de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), foi elaborada e aprovada tendo como objetivo central articular um conjunto de conhecimentos necessários para o alcance de uma intervenção crítica.

Tais diretrizes tornam-se fundamentais para o estabelecimento de um patamar comum, assegurando, ao mesmo tempo, a flexibilidade, descentralização e pluralidade do ensino em Serviço Social, de modo a acompanhar as profundas transformações da ciência e da tecnologia na contemporaneidade. (ABEPSS, 2004, p. 74).

Destarte, as novas Diretrizes Curriculares da ABEPSS estão ancoradas em três eixos temáticos centrais sendo eles: Núcleo de Fundamentos Teóricos da Vida Social, Núcleo de Fundamentos da Particularidade da Formação Sócio-Histórica da

Sociedade Brasileira e Núcleo de Fundamentos do Trabalho Profissional. Iamamoto (1999, p.98) pontua que estes três núcleos não representam uma “sequência evolutiva” de conteúdos ou uma hierarquia de matérias externas e internas ao universo profissional; ao contrário, são níveis distintos e complementares de conhecimentos necessários à atuação profissional. Essa nova proposta curricular busca subsidiar a formulação de estratégias de compreensão e intervenção na realidade social. Para o alcance efetivo de uma intervenção crítica, que venha a compreender as reais condicionantes de uma determinada demanda, torna-se imprescindível uma percepção aguçada para fazer frente ao desafio maior que é:

a materialização dos princípios éticos na cotidianidade do trabalho evitando que se transformem em indicativos abstratos, descolados do processo social. O Código de Ética afirma como valor ético central, o compromisso com a nossa parceira inseparável, a liberdade. Implica a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, o que tem repercussões efetivas nas formas de realização do trabalho profissional. (IAMAMOTO, 1999, p.58).

Sendo assim, é no exercício da prática que os assistentes sociais elencam as formas necessárias para a elaboração de diferentes alternativas de ação que venham a fazer frente ao que está instituído, de forma a efetivar o projeto profissional. Como afirma Netto (1999) o assistente social deve ser capaz realizar uma análise social parametrada pela crítica à economia política. Fato é que a formação profissional graduada é indispensável para que tal análise seja realizada.

A perspectiva crítica ao ser incorporada na prática profissional corrobora para a superação de atividades meramente reféns das demandas institucionais, possibilitando, inclusive, transcender a esfera do imediato. Incorporar tal dimensão abre os caminhos para a compreensão das multifacetadas expressões da questão social, as quais se apresentam na atualidade das formas mais variadas possíveis. Deste modo,

[...] a pesquisa se afirma como uma dimensão integrante do exercício profissional, visto ser uma condição para se formular propostas profissionais que tenham efetividade e permitam atribuir materialidade aos princípios ético-políticos norteadores do projeto profissional. (IAMAMOTO, 1999 p.176).

Pesquisar a realidade se apresenta enquanto mecanismo importante para o alcance de propostas de trabalho que venham a abarcar as questões macro, no sentido de romper com a visão reducionista e particular das demandas apresentadas a profissão. Cabe aqui reiterar que a análise da dinâmica da sociedade através da

pesquisa da realidade social deve se apresentar enquanto componente inerente ao exercício profissional, e não excluído deste.

É preciso compreender que as questões apresentadas aos assistentes sociais não se encontram atreladas exclusivamente a questões individuais. O que nos cabe avaliar é que tais questões fazem parte de uma conjuntura ampla onde a acumulação de capital fragmenta as possibilidades de alcance da tão almejada equidade social. A compreensão dessa problemática exige do assistente social uma intervenção crítica permeada pelos princípios propostos no projeto profissional, a fim de que o assistente social transcenda a mera atividade rotineira acrítica. Sousa (2008) afirma que “se o nosso *modus operandi* não estiver em plena sintonia com o projeto ético-político que, hoje, defende o Serviço Social, podemos cair nas teias do conservadorismo e do tecnicismo, tão presentes na trajetória histórica da profissão.” (p. 23 grifos do autor).

Deste modo, devemos considerar que um dos principais desafios para o alcance de uma intervenção crítica ancorada no projeto profissional vigente é a superação de práticas conservadoras, que particularizam as demandas e, conseqüentemente, condicionam uma visão limitada da realidade social⁴⁴. Sendo assim, o posicionamento político, crítico e reflexivo, subsidiado pelos preceitos de autonomia e emancipação, só terão fôlego quando os assistentes sociais incorporarem no seu cotidiano profissional uma postura crítica, fundamentada na leitura das relações desiguais que capitaneiam a sociedade.

A dependência desse posicionamento está em grande medida articulada com a formação profissional, ancorada na proposta das Diretrizes Curriculares da ABEPSS. Fato é que em tempos de financeirização do capital, a formação profissional vem sofrendo os influxos da perspectiva neoliberal através do sucateamento/empresariamento da universidade pública, da mercantilização do ensino superior, proliferação dos cursos presenciais privados, graduação virtual, massificação como democratização do acesso, dentre outras práticas igualmente peculiares à política macro econômica vigente (KOIKE, 2009, p.214). Frente a essas

⁴⁴ Braz e Barata, consideram que o neoliberalismo impõe ao Serviço Social inúmeros limites para a afirmação constante de seu projeto profissional. No entanto, ressaltam que os desafios apresentados à profissão na atualidade não se encontram afixados exclusivamente no neoliberalismo. Segundo eles, “no campo ideocultural, há a prevalência de modos de pensar que tem afirmado a impossibilidade de superação da ordem do capital e, mais que isso, vem difundindo o triunfo do capitalismo sobre qualquer outra alternativa a ele.” Seriam esses os preceitos da pós-modernidade (2009, p.196).

determinantes o tripé ensino-pesquisa-extensão, com vistas ao alcance da formação almejada para a composição dos quadros profissionais, fica essencialmente comprometido, quando não, nulo. As palavras de Netto (1996) são dignas de nota quando esse autor assinala que:

A questão da formação remete, obviamente, à política nacional de educação – que ultrapassa o protagonismo dos profissionais de Serviço Social ligados à docência. A intervenção desses, no caso da universidade pública, aparece muito limitada pelo sucateamento da instituição e pela permanência de traços herdados da ditadura (o burocratismo, o parasitismo, concepções atrasadas e ou inoperantes da relação ensino-pesquisa-extensão) e outros gestados nos anos oitenta (o “populismo acadêmico”, o corporativismo); mesmo assim, nela as condições de trabalho são em geral menos constrangedoras que as da maioria absoluta das escolas da rede privada, nas quais a lógica que opera é a da pura rentabilidade capitalista. (p.110).

Estudos diversos vêm apontando para as alterações que vêm desafiando a formação profissional em Serviço Social, tendo maior destaque para os dados apresentados por Netto (1996) e Iamamoto (2009). Esta última apresenta dados do MEC captados em 2007 que correspondem a 6 cursos de ensino à distância (EaD), onde foram disponibilizadas 9.760 vagas para a formação graduada de assistentes sociais. A autora lança a hipótese de que, num futuro muito próximo, os inúmeros concluintes do curso de Serviço Social estarão constituindo o “exército assistencial de reserva”. Em sua crítica, Behring (2008) afirma que o grande discurso embutido nesta ampliação ilimitada de vagas no ensino superior é o da democratização do acesso, enfatizando em seu debate o curso do Serviço Social. O que fatalmente não garante ingresso no mercado de trabalho. Nas palavras de Pereira (2009) este debate fica enfatizado quando a autora pontua que:

[...] é possível afirmar que o Serviço Social sofreu um verdadeiro processo ‘explosivo’ de crescimento de suas unidades de ensino, esmagadoramente privadas e inseridas em instituições não universitárias. Assim, o empresariado do ensino passou a identificar o curso de Serviço Social como mais um curso explorável na área de Humanas. (p. 194).

Inegavelmente, a formação profissional em Serviço Social na atualidade vem sofrendo os reflexos das características conjunturais e estruturais preconizadas pela atual realidade econômica; exemplo fatídico disso é o caso brasileiro. A competência crítica que deve permear a prática dos assistentes sociais orientada pelo projeto ético-político requer, inevitavelmente, a elevação da qualidade do ensino em Serviço Social. Mediante aos obstáculos apresentados à formação pública de qualidade – subsidiada pelo Estado enquanto política social de acesso ampliado – “o grande

desafio é salvaguardar as conquistas que conferem legitimidade intelectual, moral e cultural à proposta e fazê-la avançar.” (KOIKE, 2009, p. 215).

Ao considerarmos que a atuação do Serviço Social é efetivada dentro de um cenário contraditório – e reiterando que a utilidade social da profissão encontra-se atrelada ao papel fundamental que ela exerce mediante a reprodução das relações sociais que fundamentam a sociedade capitalista – torna-se necessário pontuar que as transformações ocorridas no mundo do trabalho trazem impactos diretos para o cotidiano profissional dos assistentes sociais. Apresentar uma breve análise acerca das condições de trabalho que hoje permeiam os espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais nos parece fundamental, tendo em vista que a precarização que perpassa esse espaço reflete diretamente no desempenho de uma prática profissional que sustente o projeto ético-político.

A reestruturação produtiva assim como o neoliberalismo e o processo de financeirização surgem como mecanismos estratégicos de reavivamento das taxas de lucro do capital. Tais determinantes são peças constituintes do movimento de globalização do capital, o qual não se limita às fronteiras nacionais. Dito isto, a tendência do capital está sempre associada à mobilidade e progressiva expansão, pois a ele é primordial “o desenvolvimento necessário de um sistema internacional de dominação e subordinação” (MÉSZAROS, 2002, p.111). Assim, o processo de reestruturação produtiva se apresenta como um favorável mecanismo para sustentar a proposta da acumulação flexível⁴⁵, com vistas à intensificação dos lucros por parte do capital.

Ao considerarmos que o processo de reestruturação produtiva não se limita exclusivamente a inserção de inovações tecnológicas, incorporando também inovações no nível organizacional da produção, é possível constatar que a flexibilização, a informalidade, a terceirização, a intensificação do trabalho, bem como a potencialização do desemprego estrutural, se apresentam como peças-chave desse processo. Esse conjunto de alterações no âmbito do mercado de trabalho exige o estabelecimento de um trabalhador qualificado, preferencialmente polivalente, que corresponda às exigências do mercado de trabalho.

⁴⁵ Esse novo sistema “se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo”. Associado a estes processos de trabalho temos o “surgimento de setores da produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional.” (Harvey, 1994, p.140).

Faz-se necessário reiterarmos que, mediante o processo de terceirização e da intensificação do trabalho, atrelado ao estabelecimento de vínculos contratuais relativamente frágeis, os direitos trabalhistas ficam cada vez mais comprometidos. Isso porque os trabalhadores, por sua vez, passam a ser atingidos pela flexibilização da jornada de trabalho, pela remuneração equivalente à produtividade, pela multiplicidade dos cargos a serem ocupados por um único trabalhador, além da intensificação do trabalho incidir fortemente na saúde do trabalhador.

Fato é que o assistente social enquanto trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho não está alheio a essas alterações. O caráter liberal que configura a regulamentação do Serviço Social enquanto profissão possibilita aos assistentes sociais disporem de uma relativa autonomia⁴⁶. Embora assim o seja, os assistentes sociais desenvolvem suas ações submetidos à condição de assalariados, condição esta que os impõem os impactos da flexibilização. De acordo com Iamamoto,

a condição assalariada – seja como funcionário público ou assalariado de empregadores privados, empresariais ou não – envolve, necessariamente, a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho, consubstanciadas no contrato de trabalho, que estabelecem as condições em que esse trabalho se realiza: intensidade, jornada, salário, controle do trabalho, índices de produtividade e metas a serem cumpridas. [...] É nesse terreno denso de tensões e contradições sociais que se situa o protagonismo profissional. (2007, p. 218).

Inserir-se aqui a discussão acerca dos desafios atuais que o Serviço Social tem enfrentado para o alcance de uma atuação que corresponda aos princípios e objetivos de seu projeto profissional. Impõe-se, de forma elementar, que as atribuições profissionais sejam enfrentadas de forma crítica exigindo a elaboração de alternativas estratégicas. Isso porque, as medidas perversas de ajuste neoliberal – que influem nas condições de trabalho – afetam, paralelamente, o conjunto da vida social e “incidem fortemente sobre as profissões, suas áreas de intervenção, seus suportes de conhecimento e de implementação de suas funcionalidades.” (NETTO, 1996, p.87).

Mediante o processo de privatização, terceirização e sucateamento do setor público os assistentes sociais se defrontam com uma realidade em precárias condições de trabalho no que se refere ao espaço institucional; submetido, por

⁴⁶ Tal autonomia se constitui enquanto relativa porque “*não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independente das organizações institucionais a que se vincula, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação do profissional*”. (IAMAMOTO, 2007, p. 79, grifos da autora).

vezes, ao alcance de metas; com vínculos empregatícios frágeis – tendo muita das vezes que cumprir dupla jornada de trabalho para complementação da renda; dentre muitas outras⁴⁷. Além dessas alterações que vão incidir diretamente no seu processo de reprodução social enquanto trabalhador assalariado, os assistentes sociais, em seus espaços de trabalho são chamados a elaborar estratégias de intervenção que façam frente às novas demandas a eles apresentadas. Deste modo, as alterações referentes ao campo de trabalho – traduzidas no alavancar do pauperismo da classe trabalhadora – ao serem transformadas em demandas profissionais para os assistentes sociais exigem um rearranjo de competências técnicas e políticas, cunhadas pelo arcabouço da criticidade.

Ao efetuar uma pesquisa empírica acerca da inserção do Serviço Social em empresas privadas, onde se ressalta o caráter perverso da lógica da produtividade, César (2008) sinaliza que nesse espaço profissional os assistentes sociais reeditam demandas historicamente direcionadas à profissão de cariz meramente assistencial⁴⁸. Nesse espaço, a prática profissional normalmente é focalizada na política de recursos humanos e a empresa espera do profissional “a formação de um novo comportamento produtivo” que garanta sua lucratividade. (CÉSAR, 2008, p. 139).

Essa mesma autora conclui em sua pesquisa que na atualidade o trabalho do Serviço Social é intensificado, não sendo essa uma realidade exclusivamente peculiar ao âmbito privado. De modo geral, os assistentes sociais sofrem as inseguranças que afetam o mundo do trabalho no que concerne em especial à instabilidade no emprego.

De acordo com Mota e Amaral (2008), a atualidade impõe novas configurações da produção sendo que não se limita a isso trazendo alterações também para reprodução da força de trabalho. Daí decorre a análise das autoras acerca da necessidade de superação da idéia de que a reestruturação produtiva

⁴⁷ Para Mota e Amaral, “a atual recomposição do ciclo de recomposição do capital, ao determinar um conjunto de mudanças na organização da produção material e nas modalidades de gestão e consumo da força de trabalho, provoca *impactos nas práticas sociais que intervêm no processo de reprodução material e espiritual da força de trabalho, onde se inclui a experiência profissional dos assistentes sociais*”. (2008, p.24, grifos das autoras).

⁴⁸ De acordo com César (2008), a atuação do Serviço Social em empresas privadas normalmente é norteada pela prestação de serviços, relacionados à concessão de benefícios sociais, o estabelecimento de critérios de elegibilidade e a triagem socioeconômica.

afeta exclusivamente ao âmbito das empresas. As mudanças efetuadas sob a égide neoliberal no espaço público se traduzem de duas maneiras essenciais: sob a forma de privatizações e pelo sucateamento da esfera pública. Isso implica diretamente nas condições de trabalho no que se refere aos vínculos empregatícios, pois para o assistente social isso significa,

[...] não apenas a tendência à redução do número de assistentes sociais contratados pelo Estado – e a paralela terceirização dos mesmos -, como também, fundamentalmente, a diminuição do financiamento e dos recursos com os quais estes executam as políticas sociais e desenvolvem seu trabalho de campo. Isso aumenta a subordinação do assistente social, agora com menos recurso à sua disposição – e com menor demanda organizacional -, por ser um dos executores dessas políticas sociais. (MONTAÑO, 2007, p.108).

Diante desse quadro, a prática profissional fica ainda mais fragilizada no sentido de que o assistente social fica submetido às alterações referentes à sua posição enquanto assalariado e, além disso, apresenta-se a ele a necessidade de elaborar novas estratégias interventivas no âmbito de seu fazer profissional que se configure enquanto respostas efetivas e satisfatórias às demandas que lhes são apresentadas em seu cotidiano de trabalho. Ressalta-se aqui que a população cada vez mais empobrecida e fragilizada⁴⁹ busca no Serviço Social respostas imediatas que sejam condizentes com o que explicitamente se revela enquanto “problema social”.

Após sinalizarmos algumas das características que hoje perpassam a formação e as condições de trabalho dos assistentes sociais, cabe-nos aqui efetuar uma análise que nos favoreça compreender em que medida essas duas determinantes desencadeiam possibilidades - ou não - de validação do projeto ético-político do Serviço Social.

Em sua análise acerca das condições contemporâneas para a atuação profissional e as possíveis estratégias de enfrentamento viabilizadas pela prática, Guerra (2007) avalia que o aumento do desemprego, do subemprego, as novas configurações que demarcam as formas de contratação, dentre outras determinantes, irão repercutir na qualidade das demandas apresentadas à

⁴⁹ O processo de pauperização encontra-se relacionado com inúmeros fatores desencadeados pela conjuntura macro econômica que repercute diretamente na degradação da esfera social. Exemplo claro disso é o aumento em larga escala do desemprego estrutural, o que repercute claramente na vida social da classe trabalhadora. Esta, em tempos de concessão de mínimos sociais por parte do Estado e de assistencialização da Seguridade Social, busca no Serviço Social a possibilidade de acesso ao direito social que historicamente lhe fora negligenciado.

profissão⁵⁰. Segundo a autora, tais demandas, após passarem por uma série de mediações, chegam até os assistentes sociais no cotidiano de seu trabalho exigindo desse profissional novas competências e qualidade na intervenção. Ressalta-se aqui,

o desafio central para o assistente social, que é o de fazer a crítica dos fundamentos da cotidianidade tanto daquela em que ele se encontra inserido quanto a do cotidiano dos sujeitos sociais a quem presta serviços, o que significa examinar os fundamentos, analisá-los, reconhecê-los, para transcendê-los. (ibid, p. 16).

Mediante aos inúmeros entraves que o Serviço Social vem se deparando no exercício de sua prática, uma vez que o projeto profissional não está sintonizado com o projeto societário vigente, tomar como referência os princípios éticos e políticos que conformam uma alternativa à ordem burguesa de sociabilidade, traduz uma *possibilidade* do assistente social imprimir qualidade técnica em suas ações de modo a intervir na realidade, ultrapassando a visão aparente dos fenômenos sociais (GUERRA, 2007). As possibilidades de intervenção ao serem transformadas em projetos de intervenção favorecem uma prática que esteja em sintonia com os preceitos propostos pela profissão. Isso porque, atuar em favor da classe trabalhadora exige consciência e instrumental teórico no intuito de se compreender a organização social sobre a qual os assistentes sociais atuam.

Mas o que nos cabe aqui discutir é sobre o que instrumentaliza o assistente social a alcançar o patamar do exercício crítico comprometido? O que instrumentaliza e possibilita ao assistente social não apenas apresentar respostas imediatas, mas também ir além da imediatez fenomênica das demandas apresentadas? Certamente a formação profissional e as condições de trabalho exercem papel primordial dentro desse processo. Fato é que as condições objetivas e subjetivas que permeiam a prática profissional – seja de forma divorciada, seja de modo combinado – repercutem diretamente no cotidiano da prática profissional.

Parametrados por este prisma analítico será necessário considerar as relações e condições de trabalho que determinam a atividade profissional. Cabe

⁵⁰ Netto (2007) sinaliza a conjuntura político-econômica atual e suas inflexões na atualidade representam uma possível crise para o projeto profissional que atualmente orienta o Serviço Social. Segundo ele o enfrentamento dos desafios que perpassam o cotidiano profissional “supõe mais vontade política organizada e menos ilusões otimistas”. Fato é que essa possibilidade de existência de uma crise do projeto ético-político é bastante polêmica, pois parte da intelectualidade profissional considera que o que está em voga são apenas ameaças por conta das incessantes investidas da cultura neoliberal, porém as bases de sustentação do componente teórico e político do Serviço Social não se encontram fragilizadas a ponto de se declarar uma efetiva crise do projeto profissional.

ressaltar também a importância direcionada ao conteúdo e a direção social do trabalho, as estratégias utilizadas no cotidiano profissional, bem como a correlação de forças existente tanto no plano institucional quanto no que concerne a força econômica, política, social e cultural situadas na dimensão macro societária.

Evidente é que as respostas empreendidas às condições subjetivas relativas ao fazer profissional exige do assistente social uma efetiva relação entre trabalho realizado nos espaços sócio-ocupacionais e o debate teórico e ético-político hegemônico no seio da profissão⁵¹ (NETTO, 1999). Reafirma-se aqui a necessidade de constante busca pela superação da dicotomia entre produção acadêmica e prática profissional, de modo que o arcabouço teórico venha cotidianamente iluminar a prática. Além disso, a formação continuada também se apresenta enquanto importante elemento a ser considerado visto que pode subsidiar a dimensão interventiva.

Já as condições objetivas transcendem o domínio subjetivo dos assistentes sociais, representando amplos desafios para a efetivação de um projeto profissional que colide com os interesses da ordem burguesa de sociabilidade (IAMAMOTO, 2007).

Neste sentido, elevar o projeto ético-político do Serviço Social do campo da possibilidade ao patamar da efetividade se constitui como um grande desafio dos assistentes sociais em seu exercício profissional (GUERRA, 2007). O alcance da efetivação de tal projeto demanda a elaboração de mediações que perpassam pelas condições objetivas e subjetivas que compõem a prática profissional⁵². Destarte, as mediações possibilitam também articular demandas institucionais, no âmbito do imediato, com questões inerentes à macro realidade social.

⁵¹ Em sua análise crítica acerca da postura profissional que se espera do assistente social, Vasconcelos vai apontar que “Parte da paralisia, perplexidade e inconformismo dos assistentes sociais, diante do **momento atual** e das **condições e reivindicações dos usuários**, pode ser compreendida como resultado da ausência de condições que possibilitem uma análise da realidade, que permita pensar/projetar e realizar o trabalho profissional: não se socializam informações nem se empreendem lutas sobre/contra o que não se tem e/ou não se conhece e/ou não se apropriou”. (2009, p.235, grifos da autora).

⁵² A elaboração de mediações se apresenta enquanto determinante para “garantir a sintonia do Serviço Social com os tempos atuais, pois é necessário romper com uma visão endógena, focalista, uma visão “de dentro” do Serviço Social, prisioneira em seus muros internos. Alargar os horizontes para mais longe, com o movimento das classes sociais e do Estado nas suas relações com a sociedade; não para perder ou diluir as particularidades profissionais, mas, ao contrário, para iluminá-las com maior nitidez”. (IAMAMOTO, 1999, p. 48).

Certamente, as respostas apresentadas pelo Serviço Social às variadas demandas, dependerão do perfil social e profissional dos assistentes sociais. Fato é que o aporte teórico e o compromisso ético-político traduzirá o horizonte a que chegará sua ação profissional. Além disso, serão também essas duas intervenientes que subsidiarão sua participação na correlação de forças estabelecida dentro do espaço institucional. Segundo Guerra:

Faz-se então necessário ao profissional, que pela via do conhecimento teórico, da escolha consciente por valores universais, da direção política que atribui a sua prática, bem como de uma postura renovada e qualificada, transcenda a mera cotidianidade para alcançar o patamar do exercício crítico, competente e comprometido (GUERRA. 2007. p.12).

Para o alcance deste fim, ressalta-se o papel fundamental que a formação exerce nesse processo. A qualidade da intervenção fica amplamente prejudicada quando a formação teórico-metodológica apresenta fragilidades no que se refere ao fornecimento do instrumental ético e político norteados pela perspectiva crítica. Cabe aqui salientar que a formação acadêmica por si só não pode ser idealizada como único instrumental para a formação. Há de se considerar que a teoria oferece a compreensão do significado social suas implicações na ação profissional com vistas à superação do conhecimento do senso comum (BARROCO, 2010). Corroborando com essa análise Barroco (2010) avança afirmando que,

A formação profissional, onde se adquire um dado conhecimento capaz de fundamentar as escolhas éticas, não é o único referencial profissional. Soma-se a ela – ou a ela se contrapõem – as visões de mundo incorporadas socialmente pela educação formal e informal, pelos meios de comunicação, pelas religiões, pelo senso comum. É o conjunto de tais manifestações culturais e conhecimentos que forma os hábitos e costumes que a educação formal pode consolidar ou não. (ibid, p. 176).

Neste sentido, aprimoramento profissional através da formação permanente, deve transcender a mera absorção/produção de conhecimento durante o período de formação numa perspectiva de formação continuada. Sendo assim, as diferentes competências as quais o assistente social deve se apropriar precisam estar articuladas, no intuito de se alcançar uma intervenção ampliada que dê conta de expressar os reais objetivos propostos para a profissão em seu projeto profissional. Deste modo, devemos considerar que as três dimensões essenciais para a reafirmação da postura crítica do Serviço Social – a teórico-metodológica, a ético-política e a técnico-operativa – “são fundamentais e complementares entre si. Porém, aprisionados em si mesmos, transformam-se em limites que vêm tecendo o

cenário de algumas das dificuldades, identificadas pela categoria profissional.” (IAMAMOTO, 1999).

Ao considerarmos a formação profissional e as condições de trabalho como determinantes para uma atuação que fortaleça cotidianamente o projeto profissional, com vistas ao alcance do objetivo principal da intervenção profissional que é a luta pelos interesses dos trabalhadores, tomamos por suposto que a prática social efetuada na esfera do concreto consiste em efetiva possibilidade de validação do projeto ético-político do Serviço Social. Além do posicionamento propositivo, crítico e competente do assistente social, a contínua e sistemática interlocução entre a dimensão objetiva e subjetiva que determinam a prática profissional será fundamental para oportunizar que a perspectiva ética e política que hoje orienta hegemonicamente o Serviço Social seja transladada à possibilidades de transformação da realidade social.

3 COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UMA GRANDE EMERGÊNCIA

3.1 Características da Unidade de Saúde

A unidade pesquisada é um hospital de grande porte, gerido pelo governo do estado do Rio de Janeiro, localizado numa região da cidade com precária rede de saúde. O acesso à unidade é facilitado por estar próximo a uma das principais avenidas do Rio de Janeiro, possuindo ampla rede rodoviária de transporte público.

No que diz respeito aos usuários atendidos na unidade, torna-se necessário considerar as peculiaridades da região onde o mesmo se localiza. Segundo os dados do IBGE 2010, esta região se caracteriza como uma das regiões mais pobres da cidade do Rio de Janeiro. A área programática na qual a unidade está instalada possui uma população estimada de 671.041 habitantes (IBGE, 2010).

A localidade se caracteriza por altos índices de violência urbana e de pobreza, o que ocorre em função do alto índice de desemprego e/ou da precarização das relações de trabalho, além de outras determinantes socioeconômicas. Ressalta-se ainda que um fator importante, característico da região, é o alto nível de violência, confrontos entre policiais e traficantes, assaltos e outros crimes típicos das cidades urbanas pauperizadas.

Sendo assim, no que se refere à população atendida, é possível constatar que a mesma

está exposta a um conjunto amplo de problemas sociais sendo cada vez mais tênues os limites entre exclusão social e doença. Podemos afirmar que o próprio processo de adoecer tem determinações sociais, uma vez que há fatores sócio-políticos, econômicos e culturais que pesam no engendramento de doenças. (MARTINELLI, 2002, p.5).

Exemplo claro disso é que os usuários atendidos na referida instituição estão sujeitos a uma ampla defasagem na rede de atenção básica em saúde. Deste modo, muitas das demandas que chegam à unidade são decorrência da ausência e/ou precária atenção preventiva em saúde, além dos fatores estruturais que incidem na política de saúde anteriormente mencionados.

De acordo com os dados estatísticos disponibilizados pela instituição, são realizados cerca de 800 atendimentos diários distribuídos entre a porta de entrada da emergência e os atendimentos diários à pacientes internados. Esse quantitativo

já foi muito maior outrora, pois a unidade atendia o Serviço de Pronto Atendimento (SPA). Atualmente, com a implementação das UPAs, toda a demanda por esse tipo de serviço é encaminhada para estes equipamentos, ficando a unidade somente com os casos de alta e média complexidade⁵³.

São disponibilizados além do atendimento emergencial classificado por níveis de risco⁵⁴ (sala amarela, sala verde e sala vermelha), os seguintes serviços de internação: clínica médica, cirurgia geral, pediatria, DST/AIDS, ortopedia, maternidade, CTI Adulto e Pediátrico, Unidade Coronariana, UTI Neonatal, Unidade de Pacientes Graves (UPG).

Vale destacar que somado ao atendimento de grande emergência, a unidade pesquisada atualmente se apresenta como uma das referências para o Programa Cegonha Carioca⁵⁵. Não é por acaso que três dos onze andares da unidade são destinados à maternidade. Com a implantação do referido programa, o hospital passou por uma considerável reforma nos andares destinados à maternidade e passou a ofertar uma grande estrutura para as gestantes que ali são atendidas. Não seria demais ressaltar que ao circular pela unidade verifica-se uma enorme discrepância entre as estruturas físicas destinadas a setores como a maternidade e o CTI, quando comparado à clínica médica, ortopedia e a própria emergência⁵⁶.

Embora seja uma unidade pública de saúde, a mesma está submetida aos processos de privatização sinalizados anteriormente e possui setores com prestação

⁵³ Na atualidade, a Área Programática na qual se localiza a unidade de saúde aqui pesquisada conta com um quantitativo de 4 UPAS, sendo duas municipais e duas estaduais.

⁵⁴ Segundo informações da publicação do Ministério da Saúde, a "Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada." (2004, p.16).

⁵⁵ O Programa Cegonha Carioca é uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, que conta com uma gama de maternidades associadas sejam elas municipais e estaduais. De acordo com os objetivos do Programa a meta principal "é reduzir a mortalidade materno-infantil e incentivar a realização do pré-natal. Já no terceiro trimestre de gravidez, a grávida conhece a maternidade na qual terá o bebê, recebe enxoval para o recém-nascido e conta com ambulâncias para transporte até a maternidade na hora do parto." Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=2645190>. Acesso em: 23/08/2012.

⁵⁶ Não seria por acaso que a visibilidade dada ao Programa Cegonha Carioca seja tão diferenciada de setores onde a estimativa de permanência de uma paciente seja de mais de uma semana, como é o caso da clínica médica e da ortopedia. Estes dois últimos setores estão constantemente lotados e com carência não apenas de insumos mais também de trabalhadores de saúde.

de serviços terceirizados como é o caso do CTI⁵⁷, departamento de imagem (Raio X e Tomografia) e Laboratório Clínico. Além disso, parte expressiva (quase que totalidade) dos serviços administrativos são prestados por uma empresa terceirizada, na qual os profissionais encontram-se submetidos a precárias condições de trabalho. Soma-se a este quadro o serviço de limpeza e manutenção também realizados por empresas terceirizadas⁵⁸.

Por se tratar de uma unidade emergencial de saúde, a porta de entrada principal é a emergência, ficando um quantitativo muito reduzido dessa porta de entrada sob cargo do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG). As vagas administradas pelo SISREG são geralmente aquelas destinadas ao CTI, pois há grande demanda por este setor.

No que se refere à porta de saída da unidade, os encaminhamentos para acompanhamento ambulatorial são realizados via SISREG. Os pacientes ao receberem alta são encaminhados para a chamada Sala de Alta e lá são inseridos no sistema solicitando a vaga para atenção ambulatorial. Fato é que por conta da demora na fila de espera, por vezes, o paciente volta para a unidade emergencial o que culmina na reincidência de internação pela ausência do acompanhamento ambulatorial imediato.

Embora a Ouvidoria do Hospital seja o mecanismo de acesso dos usuários para efetuar reclamações e sugestões, esse espaço por vezes se torna esvaziado, chegando ao serviço social muitas reclamações atinentes à dinâmica institucional. Além da Ouvidoria, os usuários podem contar com outro espaço de escuta denominado “Bom Dia Direção!”. Este espaço consiste em uma reunião semanal entre representantes da direção hospitalar, a chefia do Serviço Social e os usuários que dela quiserem participar. Na ocasião, os usuários apresentam suas demandas

⁵⁷ De acordo com a publicação no site da Secretaria de Estado de Saúde, duas OSs entregaram no mês de agosto suas propostas de administração do CTI de três hospitais estaduais do RJ, dentre elas, a unidade aqui pesquisada. Deste modo, a formalização da terceirização do serviço de Tratamento Intensivo está sendo oficializada. Duas OSs previamente qualificadas para participarem da seleção pública para a prestação deste serviço estão sendo avaliadas pelos critérios de “*qualidade dos serviços e melhor preço*”. Disponível em <http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=1054454>. Acesso em: 03/09/2012.

⁵⁸ Destaca-se que durante o período de permanência na unidade para realização da pesquisa, fomos informados pelos profissionais do serviço de limpeza sobre os atrasos salariais e precariedade com relação aos equipamentos de proteção individuais. Acrescenta-se ainda que para aos profissionais da limpeza e dos serviços administrativos – ambos terceirizados, com a menor remuneração quando comparado aos demais profissionais – não é servida alimentação na unidade como para os demais profissionais.

individuais, muitas vezes relacionadas à mínima ou quase nula flexibilidade quanto às rotinas institucionais e também às insatisfações quanto aos atendimentos prestados.

Ao ser avaliado caso a caso, os usuários recebem da direção uma espécie de “veredito final” sobre as demandas apresentadas. Isso porque, os usuários que tomam ciência da existência desse espaço, pouco divulgado, geralmente já percorreram um amplo percurso para chegar até ali e nesse percurso se deparam com a ausência de respostas para suas demandas. Nas linhas que se seguem estaremos apresentando e analisando os dados obtidos na pesquisa realizada.

3.2 Formação Profissional dos Assistentes Sociais e sua Articulação com a Prática

“Eu acho, inclusive, que a gente acaba contribuindo para o SUS não acontecer por conta de uma fragilidade, de uma cultura nossa de que a gente não consegue, de que nada adianta, de que tudo vai ficar assim mesmo.”

Assistente Social. (Pública; 2000; Vínculo permanente)⁵⁹

Evidenciar o perfil profissional dos assistentes sociais em sua dimensão ético-política e teórico-metodológica nos possibilita compreender a direção social que os profissionais – consciente ou inconscientemente – imprimem em seu cotidiano de trabalho, bem como nos instrumentaliza para analisar o potencial de elaboração de estratégias interventivas no seu cotidiano. Diante dos dados referentes ao perfil profissional, é possível clarificar em que medida a formação dos assistentes sociais que hoje atuam em uma unidade de grande emergência influencia, ou não, as escolhas profissionais e corrobora para uma prática que tenha por diretriz o projeto ético-político do Serviço Social.

Conforme sinalizado anteriormente, durante o período de coleta de dados, a equipe de Serviço Social era composta por 54 assistentes sociais ativas e 6

⁵⁹ Os depoimentos das assistentes sociais destacados no texto passaram por pequena revisão sem prejuízo do sentido da resposta. Em todas as manifestações das assistentes sociais entrevistadas serão destacados respectivamente: Origem da instituição de ensino, se pública ou privada; Ano de formação; Vínculo empregatício na unidade pesquisada.

licenciadas ou gozando férias. Deste modo, trabalhamos com o universo de 54 profissionais. Deste universo realizamos entrevista semiestruturada baseada em roteiro com 15 profissionais, o que totaliza uma amostra de 28%.

Vale destacar que dessas 54 assistentes sociais 14 possuem vínculo permanente, enquanto 40 profissionais atuam através de contrato temporário via FESP⁶⁰. Diante desse quadro, a amostra selecionada buscou se aproximar ao máximo dessa realidade de vínculos diversos e deste modo, foram entrevistadas 5 assistentes sociais com vínculo permanente e 10 com vínculo temporário.

Todos os profissionais entrevistadas são do sexo feminino embora no universo total da pesquisa dois dos 54 profissionais sejam do sexo masculino. A predominância das mulheres na composição do quadro profissional do Serviço Social está diretamente relacionada às origens da profissão, quando em seu surgimento, as práticas do cuidado e da ajuda foram fortemente relacionadas ao gênero feminino. Ao nos remetermos à discussão travada por Iamamoto (2006) no que se refere às questões de gênero, historicamente caracterizadas no Serviço Social, podemos traçar um paralelo com a realidade majoritariamente feminina da equipe dentro da unidade hospitalar pesquisada, quando a autora enfatiza que o caráter feminino da profissão está diretamente relacionado às origens históricas da profissão afixadas no conservadorismo que determinou a origem do Serviço Social. A autora avança neste debate sinalizando que em uma perspectiva conservadora considera-se que:

(...) intelectualmente o homem é empreendedor, combativo, tende para a dominação (...) a mulher é feita para compreender e ajudar. Dotada de grande paciência, ocupa-se eficazmente de seres fracos, por isso, particularmente é indicada a servir de intermediária, a estabelecer e manter relações. (IAMAMOTO, 2006. p.176)

Sobre este aspecto Montañó (2009) afirma que as origens do Serviço Social, dentro de uma perspectiva endogenista, foram inclusive equivocadamente confundidas com as características oriundas das primeiras profissionais que atuaram na profissão. Características estas centradas na ideia da ajuda, da caridade, peculiarmente definidoras da imagem feminina. Para este autor, o perfil majoritário feminino se apresenta como um dos elementos que determinam a subalternidade da profissão. É bem verdade que o número de profissionais do sexo masculino

⁶⁰ Conforme assinalado anteriormente A **Fundação Escola de Serviço Público do Estado do Rio de Janeiro** (FESP-RJ) é um órgão responsável pela realização do concurso público temporário e pela oferta de treinamento aos servidores estaduais e municipais do estado do Rio de Janeiro.

integrando o quadro do Serviço Social vem sofrendo consideráveis alterações, porém tal inserção ainda se apresenta de forma relativamente tímida⁶¹.

Em relação à idade das assistentes sociais, o que se pode evidenciar é uma faixa etária bem diversificada. De modo geral, as assistentes sociais com vínculo temporário são mais jovens (entre 25 e 37 anos) e as assistentes sociais com vínculo permanente possuem entre 35 a 53 anos.

QUADRO 1 – Faixa etária – Assistentes Sociais – Rio de Janeiro

IDADE	QUANTIDADE DE A.S.	PORCENTAGEM
25 a 30 anos	4	26,7%
31 a 40 anos	6	40%
41 a 50 anos	2	13,3%
51 a 53 anos	3	20%
TOTAL	15	100%

Fonte: OLIVEIRA, V. C. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UMA GRANDE EMERGÊNCIA. PPGSS/FSS/UERJ, 2012.

No que se refere ao estado civil, foi possível constatar que, dentre as assistentes sociais entrevistadas,

- 5 são solteiras - 4 delas sem filhos e 1 com 4 filhos;
- 2 são divorciadas – 1 com 2 filhos e 1 com 1 filho;
- 8 são casadas – 5 delas com 1 filho, 1 com 2 filhos e 1 sem filhos.

Quando observamos as características referentes à formação graduada, é possível verificar que todas as entrevistadas se formaram após a reforma curricular iniciada pela Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) – atual Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) – em 1982.

⁶¹ Segundo dados do estudo realizado pelo CFESS, em 2005, a categoria profissional é composta por apenas 3% de profissionais do sexo masculino.

O projeto pedagógico que a profissão vem construindo para a formação de seus quadros, cujo marco é o Currículo/82, seguido das atuais Diretrizes Curriculares, vincula-se a uma concepção de educação e de sociedade referenciada na 'construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero' o que 'supõe a erradicação de todos os processos de exploração, opressão e alienação', princípios balizadores do código de ética dos assistentes sociais. (KOIKE, 2009, p.209).

Deste modo, reitera-se que no início da década de 1980 o Serviço Social já passa a ser pensado a partir de uma vertente que busca se afastar do tradicionalismo que caracterizou as origens da profissão, porém a perspectiva crítica, baseada nos pilares marxistas, ainda hoje vem buscando espaço de efetivação no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais.

QUADRO 2 – Tempo de formação – Assistentes Sociais – Rio de Janeiro

PERÍODO DE FORMAÇÃO	QUANTIDADE DE A.S.	TEMPO DE FORMADA	PORCENTAGEM
(2005 - 2009)	6	3 a 8 anos	40%
(2000 - 2004)	4	9 a 12 anos	26,6%
(1995 - 1999)	1	13 a 18 anos	6,7%
(1990 - 1994)	2	19 a 23 anos	13,3%
(1984 – 1989)	2	Mais de 23 anos	13,3%
TOTAL	15		100%

Fonte: OLIVEIRA, V. C. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UMA GRANDE EMERGÊNCIA. PPGSS/FSS/UERJ, 2012.

A assistente social com o maior tempo de formação concluiu o curso de Serviço Social em 1984. Embora todas as assistentes sociais tenham sido formadas após a reforma curricular, devemos pontuar que as assistentes sociais que se formaram durante a década de 1980 tiveram um embasamento teórico bastante diferenciado dos demais profissionais que concluíram o curso a partir dos anos de 1990. Isso porque a década de 1980 representou um período de transição para uma postura profissional orientada por um viés de criticidade, no qual o embasamento

ético-político ainda não estava inserido na academia de forma consolidada como na década de 1990.

Outro dado importante refere-se à origem do ensino de graduação dentre as entrevistadas. Apenas quatro são oriundas de graduação em instituição privada. Esta disparidade não corresponde à realidade atual do ensino em Serviço Social. Assistimos na atualidade um aumento expressivo do ensino superior privado. Destaca-se que todas as entrevistadas graduadas em unidades privadas concluíram seus estudos bem recentemente, durante a década de 2000.

QUADRO 3 – Unidade de Formação – Assistentes Sociais – Rio de Janeiro

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ORIGEM	QUANTIDADE DE A.S.	PORCENTAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF	PÚBLICA	4	26,7%
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ	PÚBLICA	5	33,4%
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ	PÚBLICA	2	13,3%
UNISUAM	PRIVADA	1	6,7%
UNIVERSIDADE CASTELO BRANCO	PRIVADA	3	19,9%
TOTAL		15	100%

Fonte: OLIVEIRA, V. C. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UMA GRANDE EMERGÊNCIA. PPGSS/FSS/UERJ, 2012.

Behring (2008) afirma que o grande discurso embutido nesta ampliação ilimitada de vagas no ensino superior é o da democratização do acesso ao ensino superior, enfatizando em seu debate o curso do Serviço Social. O que fatalmente não garante que todo esse quantitativo de profissionais ingressem no mercado de trabalho, sendo na verdade uma forma do poder público responder às exigências internacionais de elevação do nível de formação da sociedade brasileira. O que esse discurso, na verdade, traz embutido é a criação de espaços para lucratividade do capital.

Faz-se necessário destacar que a crítica à qualidade do ensino privado não pode obscurecer e despolitizar a luta coletiva em prol da ampliação do número de vagas nas unidades públicas de ensino, ao contrário, essa crítica precisa instrumentalizar a busca pela ampliação das vagas pela universidade pública e de qualidade. Isso porque, a universidade deve cultivar a

razão crítica e o compromisso com os valores universais, coerente com a sua função pública, não limitada e submetida a interesses particulares de determinadas classes ou frações de classes... Enfim, uma universidade plural e democrática, que forme cidadãos participantes e conscientes de seus direitos civis, políticos e sociais; mas que zele por sua autoqualificação acadêmica e permanente aperfeiçoamento, de modo a contribuir na formação de cientistas, pesquisadores e profissionais voltados aos horizontes do amanhã. (IAMAMOTO,2010,p. 432-433).

Destaca-se aqui a importância de uma formação graduada que esteja em consonância com o tripé proposto pela ABEPSS (Ensino – Pesquisa – Extensão). Essa prerrogativa muitas vezes não é oferecida na maioria das instituições privadas, o que influencia diretamente o potencial crítico, propositivo e investigativo necessários a uma prática articulada com o projeto ético-político. Embora os espaços públicos de formação ainda hoje apresentem as melhores possibilidades de instrumentalizar seu alunado dentro dessas três modalidades, a lógica de redução de investimentos na formação vem trazendo graves rebatimentos para os projetos de pesquisa e extensão.

Fato é que na atualidade os estudantes já chegam à universidade com uma formação anterior fragilizada, o que acarreta o empobrecimento cultural e político tal que quatro anos de graduação não conseguem preencher essa lacuna. Desta forma, os desafios atuais da formação graduada estão para além dos conteúdos específicos de uma determinada profissão: a formação cidadã é algo que necessariamente precisa permear os espaços acadêmicos.

No caso específico do Serviço Social por ser uma profissão que exige uma postura crítica, criativa, investigativa e propositiva, este déficit cultural e político é traduzido no reduzido ou nulo potencial de negociação e barganha dentro dos diferentes espaços de trabalho dos assistentes sociais. Soma-se a essa afirmação o dado trazido pela pesquisa na qual todas as entrevistadas relatam a inexistência de um investimento na formação política.

Somente 2 entrevistadas são filiadas ao Sindicato dos Assistentes Sociais, sendo que uma delas relata que essa filiação é uma exigência do outro vínculo de trabalho que a mesma possui, pois caso contrário não seria filiada.

Quando questionadas sobre a participação em órgãos da categoria, em partidos políticos e em outros organismos de participação coletiva, todas negam qualquer tipo de participação nesses espaços. Vale destacar que dois aspectos principais contribuem para esse quadro. O primeiro deles corresponde, conforme apontado, a uma falta de cultura política para ocupar esses espaços, pois em alguns casos foi sinalizada a descrença e/ou falta de perspectiva quanto a possíveis saldos positivos nas lutas coletivas. O segundo aspecto está diretamente relacionado à dinâmica de trabalho que as entrevistadas possuem, visto que a maioria tem dupla jornada de trabalho (doze entrevistadas), são mulheres e precisam administrar seu tempo entre trabalho e a responsabilidade de ser mãe, atribuições relacionadas à casa, etc. Isso fica identificado quando observamos a seguinte declaração de uma entrevistada:

“O único espaço de participação coletiva que eu tenho frequentado ultimamente é a creche da minha filha.”(Pública, 2000, Vínculo Permanente)

A ausência de participação política dos assistentes sociais traz rebatimentos diretos para uma prática profissional sintonizada com o projeto profissional, uma vez que fragiliza uma postura profissional de posicionamento incisivo em favor dos interesses dos usuários⁶². Sobre esse aspecto, Vasconcelos (2009) nos traz os seguintes questionamentos:

Como enfrentar o fomento a participação da população nos seus órgãos de defesa e representação, e principalmente o embate político no interior das unidades de saúde, sem vivência política constante e de qualidade? Como evitar a sobrevivência no embate político cotidiano no interior das unidades de saúde, com coragem e competência para enfrentar e denunciar desmandos, preconceitos; defender posicionamentos em favor dos usuários, defender a qualidade dos serviços; recusar o autoritarismo e arbítrio; garantir direitos conquistados; repudiar discriminações; articular parcerias/alianças..., sem o mínimo de vivência política em qualquer instância? (p.321-322).

Ao ser questionada sobre os investimentos na formação permanente e no aperfeiçoamento profissional a maioria (oito das quinze entrevistadas) informa ter concluído pós-graduação *lato senso* em diferentes áreas de atuação. Além disso, uma delas informa que, somada a formação *lato senso* concluída, no momento está cursando o mestrado em Serviço Social na UERJ.

⁶² “As condições e relações de sociais que circunscrevem o trabalho do assistente social atribuem à profissão uma dimensão política por excelência, que não se confunde com a militância político-partidária. Apoia-se no fato de seu trabalho realizar-se inscrito em relações de poder, inerentes às relações sociais entre classes que estruturam a sociedade capitalista.” (IAMAMOTO, 2009, p.146)

Ressaltamos que todas as assistentes sociais que buscaram a especialização foram graduadas em universidades públicas, o que pode estar atrelado ao fato da universidade pública ter a cultura de estímulo à formação permanente. As profissionais oriundas de universidade privada declaram reconhecer a importância do investimento na pós-graduação e destacam ter a intenção de ingressar nessa modalidade de formação, porém ainda não estabeleceram um prazo para este investimento.

QUADRO 4 – Pós-Graduação – Assistentes Sociais – Rio de Janeiro

Área de Especialização	Ano de Conclusão da Graduação	Origem da Instituição de Graduação.	Ano de Ingresso na Pós Graduação	Instituição
Saúde Pública	1984	Pública	2000	ENSP
Violência Doméstica	2000	Pública	2003	Não informado
Saúde Pneumologia	2000	Pública	2004	FIOCRUZ
Política Social	1997	Pública	2008	UFF
Política Social	2007	Pública	2009	UFF
Saúde Oncologia	2008	Pública	2009	INCA
Saúde Oncologia	2009	Pública	2010	INCA
Política Social	2004	Pública	2012	Universidade Estácio de Sá

Fonte: OLIVEIRA, V. C. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UMA GRANDE EMERGÊNCIA. PPGSS/FSS/UERJ, 2012.

De modo geral a procura pela especialização não ocorreu imediatamente após a formação graduada, conforme demonstra o quadro 4. Houve variações no período entre o término da graduação e o início da especialização de 1 a 16 anos. Isso deixa claro que mesmo a profissional formada há mais de 20 anos buscou a especialização 16 anos após a formação graduada. Outras duas assistentes sociais também levaram 8 e 11 anos entre a conclusão da graduação e a procura pela pós-graduação. As demais, buscaram a pós-graduação entre 1 e 4 anos após a formação graduada.

Embora o tema da saúde seja alvo da metade (quatro especializações) dos temas dessas pós-graduações, é possível constatar que somente uma delas possui a saúde pública como tema central e as demais fazem articulação direta com uma

determinada especialidade em saúde, como é o caso das especializações em pneumologia e oncologia. Merece nota também o fato de que nenhuma das especializações tem como pauta o Serviço Social, o que pode ser reflexo da parca existência de especializações *lato sensu* nesta área.

No momento o grande destaque para especialização *lato sensu* na área de Serviço Social é a especialização organizada pelo CFESS que tem ampla procura por parte dos assistentes sociais. Por ser à distância, essa especialização por um lado favorece a participação dos profissionais, porém, por ter um valor elevado (aproximadamente R\$ 2.000,00) por vezes, desfavorece uma participação mais ampla da categoria.

Ainda com relação aos cursos de pós-graduação destaca-se também especialização do Serviço Social na Saúde organizada pela UERJ, com duração de 12 a 18 meses, com carga horária de 375h. Por se tratar de uma especialização em horário noturno, esse curso vem sendo alvo de grande procura pelos assistentes sociais, com uma média estimada de 300 candidatos anualmente para apenas 30 vagas.

Vale destacar que é possível observar pelas ementas das especializações em Serviço Social que a articulação com a prática profissional é bastante debilitada e, num limite, nula. Isso corrobora para a afirmação de que a prática profissional não vem sendo tematizada em grande escala nas especializações em Serviço Social. O que nos faz refletir que a carência de mediações entre o arcabouço teórico do Serviço Social e as possibilidades de prática não permeia apenas os espaços de atuação mais também circundam a academia.

A maioria (treze) das assistentes sociais entrevistadas declara ler jornal semanalmente com uma frequência que varia entre 2 a 3 vezes por semana. No entanto, uma profissional faz a seguinte declaração:

“Olha eu vou ser muito sincera, agora eu tenho feito tudo muito pouco, tenho lido pouco jornal, tenho visto pouca televisão, entrado pouco na internet, porque eu estou com uma bebê, então trabalhando a carga horária que eu trabalho e ter que dá atenção a ela, não está dando para fazer nada muito, é sempre um pouco de cada coisa.” (Pública, 2000, Vínculo Permanente)

Essa afirmação nos remete novamente ao desafio de articular a dupla jornada de trabalho com a responsabilidade de ser mãe e, em alguns casos, chefe de família. Conforme sinalizado anteriormente, duas assistentes sociais são divorciadas

e possuem filhos e duas, embora possuam estado civil como casadas, estão separadas e também possuem filhos.

Para identificar como tem sido a aproximação das profissionais com o referencial teórico da profissão, indagamos sobre os últimos livros lidos de Serviço Social e quais os autores considerados como referências para a prática profissional. Um número expressivo de assistentes sociais (seis entrevistadas) não soube referenciar o último livro que leu relacionado à profissão.

As demais profissionais apresentaram as seguintes respostas:

“Ultimamente eu tenho lido muito textinho para concurso, não sei te falar nomes.” (Pública, 2007, Vínculo Temporário).

“Foi um bem grosso da Ana Maria Vasconcelos que ela conta a história de um moço no posto de saúde.” (Pública, 2000, Vínculo Permanente).

“Já faz tanto tempo que eu nem lembro. É que na verdade eu estou trabalhando muito ultimamente...” (Pública, 2004, Vínculo Temporário).

“Eu só tenho lido artigos na internet.” (Privada, 2008, Vínculo Temporário).

“O último que eu li foi A Cultura da Crise e Seguridade Social, da Mota.” (Pública, 2008, Vínculo Temporário).

“Serviço Social e Saúde, aquele vermelhinho.” (Pública, 2007, Vínculo Temporário).

“Eu não lembro nome não... De Serviço Social eu só li antes de engravidar. Eu só sei que era sobre infância e adolescência.” (Pública, 2000, Vínculo Permanente).

“O último foi sobre Pesquisa Social, acredita? É que eu estava precisando de informações para o meu outro emprego.” (Pública, 1984, Vínculo Permanente).

“De Serviço Social específico eu não lembro não, eu sei que eu estou lendo agora é a Sociabilidade do Homem Simples, do José de Souza Martins, é um livro de sociologia, na verdade.” (Privada, 2009, Vínculo Temporário).

Os depoimentos acima nos possibilitam identificar uma diversidade na leitura realizada pelas assistentes sociais. Um ponto a ser destacado é que a procura pela estabilidade nos vínculos de trabalho tem aumentado significativamente, como veremos mais adiante e que muitos concursos vêm colocando pequenos textos isolados e com temáticas específicas em suas referências bibliográficas, o que traduz a necessidade dos assistentes sociais substituírem a leitura de um livro na íntegra por pequenos artigos que tratem de variados assuntos. Outro ponto importante é que apenas duas profissionais sinalizam textos que tenham relação com a política de saúde.

Paralelamente, ao serem questionadas sobre os autores que utilizam como referência para a prática, as entrevistadas sinalizam autores de grande expressão que compõem a intelectualidade acadêmica do Serviço Social brasileiro, mas que não foram indicados como últimas leituras, conforme sinalizado anteriormente. Dentre eles: NETTO, IAMAMOTO, VASCONCELOS, BRAVO, MATOS, BARROCO E BERHING.

Após esse breve panorama da formação graduada e permanente das entrevistadas, partimos para questões que nos possibilitam compreender quais as concepções teórico-práticas que as profissionais possuem acerca da temática da política de saúde e do Serviço Social. Quando questionadas sobre o conceito de saúde, nos deparamos com respostas que traduzem duas vertentes principais: a primeira delas voltada para uma concepção mais ampla sobre o conceito de saúde (apenas uma entrevistada referencia claramente essa visão) e a outra numa perspectiva mais restrita (13 entrevistadas sinalizam direta ou indiretamente o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde). Destaca-se que uma assistente social não respondeu esta pergunta. Dentre os depoimentos destacamos os seguintes:

“É o tratamento de doenças.” (Pública, década de 1984, Vínculo Permanente).

“Eu acho que é ter qualidade de vida”. (Pública, 1997, Vínculo Permanente).

“É um conjunto, é um conjunto de situações que proporcionam um completo bem estar.” (Pública, década de 2000, Vínculo Permanente).

“Saúde para mim é bem estar físico, psicológico. Bem estar físico, psicológico e também relacionado ao trabalho. Eu acho que tem essa ligação.” (Pública, década de 2008, Vínculo Temporário).

“Eu acho que a definição teórica é a mais completa. É o bem estar físico, mental e social.” (Pública, 2007, Vínculo Temporário).

“Saúde pra mim é um direito que ainda não se consolidou.” (Privada, 2009, Vínculo Temporário).

“Saúde envolve uma serie de condições. É você ter condições de vida, de trabalho, de moradia, cultura, lazer. Eu pelo menos entendo a saúde pelo seu sentido ampliado e não apenas pela ausência de doenças.” (Pública, 2000, Vínculo Permanente).

“Eu posso pular essa? Porque eu estou tão distante do debate da saúde. Na verdade eu sinto necessidade de me apropriar desse debate.” (Privada, 2008, Vínculo Temporário).

Identificar o conceito de saúde adotado pelas assistentes sociais nos parece indispensável para este estudo visto que este influencia o tipo de prática desempenhada pelos profissionais. Se por um lado a saúde é identificada em seu conceito restrito (treze entrevistadas) isso nos faz perceber que o papel do Serviço Social é o de mero auxiliar do médico, pois o profissional atua em uma política que tem por definição a ausência e/ou tratamento de doenças. Sendo assim, como o protagonismo do médico no tratamento de doenças é sempre preconizado, o Serviço Social permanecerá constantemente desempenhando um papel subordinado ao saber médico.

Por outro lado, à medida que as profissionais identificam o conceito ampliado de saúde como norteador de sua prática (uma profissional), isso favorece que o Serviço Social se coloque enquanto protagonista no processo de promoção e prevenção de doenças. Além disso, passa a se instrumentalizar melhor sobre a política que atua e cria condições objetivas de compreensão das reais necessidades apresentadas pelos usuários em seu cotidiano de trabalho.

Ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença. [...] Nesses termos podemos afirmar que a objetivação desse trabalho do assistente social é determinada tanto pela concepção de saúde prevalente no SUS, como pelas condições objetivas da população usuária dos serviços. (COSTA, 2000, p.47).

Ao considerarmos o movimento da Reforma Sanitária como grande avanço para política de saúde no Brasil, indagamos as assistentes sociais sobre suas considerações acerca deste movimento. Todas as entrevistadas afirmaram conhecer o movimento da Reforma Sanitária e sinalizam que o maior avanço desse movimento para a saúde foi:

“Acho que o maior ganho foi a **visão mais ampliada**, de não ser só ausência de doença. De ter o próprio SUS como sistema.” (Pública, 2000, Vínculo Permanente).

“Eu acho que no nível da operacionalização o grande ganho da Reforma com a implementação do SUS foi com a questão da vacinação que melhorou muito. Reduziu muito o número de doenças. Por outro lado a qualidade da saúde antes, quando ela era contributiva era muito melhor que a de hoje. Também quem podia pagar tinha acesso quem não podia não tinha.” (Pública, 1984, Vínculo Permanente).

“Eu acho que esse movimento foi de extrema importância porque **ele criou o conceito de saúde**, politizou o conceito de saúde e coloca a defesa de um sistema público mesmo.” (Pública, 2008, Vínculo Temporário).

“Eu acho que foi uma tentativa de ruptura, mas que também não se consolidou. A Reforma ela foi um pacto crucial que gerou modificações, mas que hoje a gente não consegue vivenciar isso.” (Privada, 2009, Vínculo Temporário).

“A Reforma Sanitária foi essencial pra que se tivesse **essa mudança no conceito de saúde**. A própria questão do acesso universal.” (Pública, 1997, Vínculo Permanente).

As respostas apresentadas nos conduzem à análise de que na concepção das assistentes sociais a Reforma Sanitária teve como principal avanço um novo conceito de saúde. Porém, esse conceito “novo” a que se referem 13 entrevistadas ainda não é o conceito ampliado traduzido pelo Movimento da Reforma Sanitária e que fundamenta o SUS, abarcando não apenas as questões biológicas que condicionam todo o processo saúde/doença, mas também os determinantes sociais que influenciam diretamente esse processo.

Cabe destacar que a implementação do SUS aparece também como avanço oriundo desse movimento político, porém tópicos mais emblemáticos sobre o progresso político fruto da reforma sanitária não foram sinalizados pelas assistentes sociais, como é o caso do controle social, por exemplo.

Para Bravo (2008), a política de saúde durante a década de 1980, período de culminância do movimento da Reforma Sanitária, tem como principais avanços a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço das práticas institucionais.

Diante da relevância da concepção que os profissionais possuem sobre a saúde, abaixo segue quadro que sistematiza não apenas a concepção sobre este conceito, mas também o conhecimento sobre a Reforma Sanitária e a viabilidade do SUS apresentado por todas as entrevistadas.

QUADRO 5 – Concepção de Saúde – Assistentes Sociais – Rio de Janeiro

Ano de Formação e Origem da Instituição	Concepção de Saúde	Conhece a Reforma Sanitária?	Viabilidade do SUS
Pública, 1984, Vínculo Permanente.	“É o tratamento de doenças.”	“Sim. Eu acho que no nível da operacionalização o maior ganho da Reforma com a implementação do SUS foi com a questão da vacinação que melhorou muito. Reduziu muito o número de doenças. Por outro lado a qualidade da saúde antes, quando ela era contributiva era muito melhor que a de hoje. Também quem podia pagar tinha acesso quem não podia não tinha.”	“Assim, no papel ele é muito bonito, se você desenvolver os programas, tudo que ele tem, ótimo. Só que como falta comprometimento no desenvolvimento dessas políticas, você vai seguir ao contrário, nada facilita um atendimento hospitalizado, a terceirização tá aí, até tornar o serviço público mais precário do que é.”
Pública, 2000, Vínculo Permanente.	“É um conjunto, é um conjunto de situações que proporcionam um completo bem estar.”	“Conheço e acho que o maior ganho foi visão mais ampliada, de não ser só ausência de doença. De ter o próprio SUS como sistema.”	“Sim, porque na teoria ele é perfeito. Só que infelizmente na prática há corrupção então ele não vem funcionando de acordo com o que está escrito.”
Pública, 2000, Vínculo Permanente.	“Saúde envolve uma série de condições. É você ter condições de vida, de trabalho, de moradia, cultura, lazer. Eu pelo menos entendo a saúde pelo seu sentido ampliado e não apenas pela ausência de doenças.”	“Conheço. Ele foi de fundamental importância pelo menos para que nós pudéssemos avançar na lei, é claro que quando a gente parte para a prática existe uma série de limitadores.”	“Eu considero o SUS viável, mas acho que falta vontade política e mais investimento.”
Pública, 1997, Vínculo Permanente.	“Eu acho que é ter qualidade de vida”.	“Sim. Foi um movimento muito importante para a criação de um novo conceito de saúde.”	“É viável sim só que possui uma série de limitações.”
Pública, 1984, Vínculo Permanente.	“É o bem estar físico, mental e social”	“Conheço. Ele foi importante para a construção do SUS.”	“Ele é viável, mas ainda não é totalmente efetivado.”
Pública, 2008, Vínculo Temporário.	“Saúde para mim é bem estar físico, psicológico. Bem estar físico, psicológico e também relacionado ao trabalho. Eu acho que tem essa ligação.”	“Sim. Eu acho que esse movimento foi de extrema importância porque ele criou o conceito de saúde, politizou o conceito de saúde e coloca a defesa de um sistema público mesmo.”	“O SUS tem uma série de fragilidades. Viável ele é mais eu acho que ele não funciona. Porque o sistema ele não é integrado existe uma fragmentação no atendimento que reflete no usuário.”
Privada, 2009, Vínculo Temporário.	“Saúde pra mim é um direito que ainda não se consolidou.”	“Sim. Eu acho que foi uma tentativa de ruptura, mas que também não se consolidou. A Reforma ela foi um pacto crucial que gerou modificações, mas que hoje a gente não consegue vivenciar isso”	“O SUS tem uma série de fragilidades. Viável ele é mais eu acho que ele não funciona. Porque o sistema ele não é integrado existe uma fragmentação no atendimento que reflete no usuário.”
Privada, 2007, Vínculo Temporário	“Saúde é o completo bem estar associado à qualidade de vida.”	“Conheço. Ele foi um movimento político que teve como resposta a construção do SUS.”	“Eu considero o SUS viável sim, mesmo com todos os problemas que ele tem.”
Privada, 2008, Vínculo Temporário	“Saúde é um conjunto de situações que levam a um bem estar.”	“Sim, foi o maior Movimento que a saúde já teve.”	“Eu acho que é viável mesmo com todas as limitações, pois o acesso é universal.”

Pública, 2004, Vínculo Temporário.	“Eu acho que a definição teórica é a mais completa. É o bem estar físico, mental e social.”	“Eu lembro. Sem dúvida o SUS foi a maior contribuição desse movimento.”	“É viável, mas ele ainda se encontra em construção.”
Pública, 2005, Vínculo Temporário.	“A saúde consiste no bem estar não apenas físico, mas também psicológico.”	“Sim. Foi um movimento importante através do qual a saúde passou a ter acesso universal.”	“Eu considero o SUS ideal, viável nem tanto. Porque precisa de iniciativa da política, normas a serem cumpridas que não são, precisa de um investimento. No papel ele é ótimo.”
Privada, 2007, Vínculo Temporário	“Eu posso pular essa? Porque eu estou tão distante do debate da saúde. Na verdade eu sinto necessidade de me apropriar desse debate”	“Eu sei que foi um importante marco para a saúde.”	“Considero. Eu acho que o SUS ele é muito organizado, rico, ele pode ter problemas, mas eu acho que é mais problema da política, eu acho que ela é muito desorganizada, muito cheia de burocracia. Mas eu acho que ele é viável sim.”
Pública, 1993, Vínculo Temporário.	“É o bem estar físico que gera qualidade de vida.”	“Conheço. Esse movimento deveria voltar a acontecer para que o SUS se tornasse real.”	“O SUS é viável só que ele não chegou em sua plenitude ele ainda está em processo.”
Pública, 1994, Vínculo Temporário.	“É não apenas a ausência de doenças, mas também um bem estar psicológico.”	“Sim. Foi um movimento da década de 1980 que lutou pela saúde pública ao alcance de todos.”	“Em sua dimensão ideológica ele é viável, sim. Agora no plano do real não é que seja difícil de acontecer, a questão é que precisa ter mais vontade política. A sociedade precisa estar mais organizada para cobrar.”
Pública, 2003, Vínculo Temporário.	“A saúde em um conjunto de fatores que levam a um bem estar físico e mental.”	“Sim. Ele teve como conquista a construção do SUS e esse conceito ampliado de saúde.”	“Eu avalio que ele seja viável sim, embora precise de iniciativa política para efetivá-lo.”

Fonte: OLIVEIRA, V. C. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UMA GRANDE EMERGÊNCIA. PPGSS/FSS/UERJ, 2012.

Ao efetuarmos o cruzamento entre os dados referentes ao conceito de saúde, ao conhecimento do movimento da Reforma Sanitária e os avanços decorrentes desse movimento, nos deparamos com algumas contradições. Ainda hoje as assistentes sociais continuam utilizando o conceito restrito de saúde como referência para sua prática, mesmo sinalizando que conhecem o movimento da Reforma Sanitária. Isso fica evidenciado quando nos deparamos com as manifestações que associam a saúde como tratamento de doenças ou exclusivamente qualidade de vida.

Além disso, ainda observamos a referência ao conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), embora as entrevistadas destaquem possuir conhecimento acerca do movimento da reforma sanitária e considerem como maior avanço desse movimento um conceito ampliado de saúde. Deste modo, sinalizam o bem-estar físico, mental e social como sendo o conceito de saúde, sem articular isso com os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença.

Destacamos que o conceito ampliado de saúde que norteia esse estudo é aquele oriundo da 8ª Conferência Mundial de Saúde o qual afirma que a saúde é

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em sua luta cotidiana. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde, 1986, p.4).

Apenas uma profissional pontua os aspectos mais evidentes do conceito ampliado de saúde, referenciando as condições de vida, de trabalho, de moradia, de cultura e lazer como determinantes para o conceito de saúde plena. Diante desse quadro verifica-se que a prática profissional ainda encontra-se pautada em um conceito de saúde que limita e restringe análises mais ampliadas sobre as condições de vida da população.

Avançando nesse debate sobre a concepção de saúde e os aspectos relacionados à Reforma Sanitária, indagamos as assistentes sociais acerca da viabilidade do SUS. Tomando como referencial o cotidiano de trabalho vivenciado, a maioria das assistentes sociais (doze entrevistadas) considera o SUS viável, porém enfatizam a incompatibilidade existente entre o SUS constitucional e o SUS operacionalizado em seus espaços de trabalho. Dentre os depoimentos assinalados no quadro 5 destacamos os seguintes relatos:

“Na teoria ele é perfeito. Só que infelizmente na prática **há corrupção** então ele não vem funcionando de acordo com o que está escrito.” (Pública, 2000, Vínculo Permanente).

“Assim, no papel ele é muito bonito, se você desenvolver os programas, tudo que ele tem, ótimo. Só que como **falta comprometimento** no desenvolvimento dessas políticas, você vai seguir ao contrário, nada facilita um atendimento hospitalizado, a terceirização tá aí, até tornar o serviço público mais precário do que é.” (Pública, 1984, Vínculo Permanente).

“Eu considero o SUS ideal, viável nem tanto. Porque precisa de **iniciativa da política**, normas a serem cumpridas que não são, precisa de um investimento. No papel ele é ótimo.” (Pública, 2002, Vínculo Temporário).

“Considero. Eu acho que o SUS ele é muito organizado, rico, ele pode ter problemas, mas **eu acho que é mais problema da política, eu acho que ela é muito desorganizada**, muito cheia de burocracia. Mas eu acho que ele é viável sim.” (Pública, década de 2000).

“O SUS tem uma série de fragilidades. **Viável ele é mais eu acho que ele não funciona**. Porque o sistema ele não é integrado existe uma fragmentação no atendimento que reflete no usuário.” (Privada, 2009, Vínculo Permanente).

“Eu considero o SUS viável, mas acho que **falta vontade política** e mais investimento.” (Pública, 2000, Vínculo Permanente).

“Em sua dimensão ideológica ele é viável, sim. Agora no plano do real não é que seja difícil de acontecer, a questão é que **precisa ter mais vontade política**. A sociedade precisa estar mais organizada para cobrar. (Pública, década de 2000).

Em suas declarações não aparece nenhuma articulação entre a precariedade da política de saúde atual e a conjuntura econômica capitalista caracterizada pelo neoliberalismo. De acordo com Vasconcelos (2009),

o fundamento da política neoliberal para a saúde, preconizada pelos órgãos multilaterais, divulgada e defendida – nem sempre de forma clara e transparente - por sanitaristas brasileiros, muitos deles, até a bem pouco tempo, defensores dos ganhos constitucionais. Uma política que preconiza: partindo da desigualdade, não da diversidade, tratar desigualmente os desiguais. Ou seja, aos pobres uma saúde pobre ou uma saúde pobre para os pobres, que nem chega a cumprir um papel compensatório em relação às necessidades de saúde, mas que primordialmente, **regule as relações sociais**. Torna-se claro que na sociedade capitalista, enquanto controlada/regulada, pode-se conviver com a igualdade civil e política, mas jamais com a igualdade econômica e social. Uma igualdade econômica e social vista não como um processo de inclusão mas de ruptura com a sociedade capitalista, que tem seu fundamento na existência das classes sociais, ou seja, na perpetuação da desigualdade/diferença, enquanto esta organização social existir. (p.95, grifos no original).

Assim, embora as assistentes sociais façam suas críticas ao SUS, elas apontam que o problema é a “falta vontade política”, “falta de comprometimento”, não sendo possível visualizar uma fundamentação sobre a redução estatal no investimento em políticas sociais com viés exclusivamente público. Há sim investimentos constantes no processo de privatização que sustenta o projeto privatista, já sinalizado por Bravo (2008), em detrimento da política de saúde pública, universal e de qualidade.

Ainda sobre a política de saúde buscamos saber junto às assistentes sociais quais eram suas impressões sobre a atual política estadual de saúde. Tínhamos por

objetivo verificar como os assistentes sociais avaliam a política de saúde desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde (SES). Essa questão nos possibilitou compreender como as profissionais se colocam diante da política em que se encontram inseridas. Todas as assistentes sociais apresentam incisivas críticas a tal política, seja no que se refere à estrutura física – carência de insumos, superlotação, carência de equipamentos, etc. – seja, relacionado à estrutura organizativa da unidade. Sobre este ponto ressaltamos os seguintes depoimentos:

“A política de saúde do estado, na verdade, tem privilegiado o atendimento de emergência, não tem uma parceria para o atendimento preventivo, ou seja, não resolve a grande maioria das situações. Se não tem investimento no nível básico e é claro, que não é o estado mesmo que tem que fazer isso, [seria o município] mas ele também **não tem parcerias para atenção básica. Então não tem resolutividade.** O foco do estado é atendimento de emergência.” (Pública, 2000, Vínculo Permanente).

“Eu acho ruim. Eu acho que a saúde hoje no estado tem muitos profissionais que sabem muito, que sabem muito a política, mas eu acho que a classe médica está muito por fora, e eu acho que faz toda diferença. Dentro de uma análise, **o médico ele é o ator privilegiado dentro de uma unidade de saúde, ponto, eu acho que isso a gente não tem que estar discutindo, e ele é isento de toda essa discussão do SUS.**” (Pública, 1997, Vínculo Permanente).

“**Precária. Eles descentralizaram de qualquer forma e ao mesmo tempo focalizam.** Veja o exemplo, vieram as UPAS, mas agente ainda não sabe para que vieram. Eles não internam, não fazem cirurgia de emergência. Aí você entra aqui na unidade e vê vários casos de dengue que deveriam ser atendido na UPA. Você entra na emergência e ela está lotadíssima, é maca pra tudo quanto é lado. Eu acho que a política estadual deve ser repensada porque não está dando certo.” (Pública, 2005, Vínculo Temporário).

“**Péssima.** Porque você vê... Olha só, a **gente tem a outra unidade de saúde que ele deu.** Aí, ele dá de graça, sem mais nem menos dá para o município. O município é atenção básica. **E pior dá para o município entregar para as OS.** Aí você vê, em vez de melhorar o hospital que você tem, você faz uma UPA. Entendeu? Então, assim, porque não capacitar fisicamente e financeiramente aquele hospital que já existe?” (Pública, 1984, Vínculo Permanente).

As ponderações sobre a política estadual de saúde traduzem a intensificação do processo de transferência de responsabilidade para a iniciativa privada quando se tem um hospital passando a ser municipalizado a fim de repassar sua gestão para uma OS. É possível identificar também a ausência de articulação junto à atenção básica, o que acaba por provocar um alto índice de reincidência nas unidades de atendimento emergencial. Destaca-se uma insatisfação generalizada das profissionais para com a política de saúde oferecida pelo estado atualmente.

Embora todas as entrevistadas manifestem insatisfação com a política de saúde do governo do estado, quando indagadas sobre os serviços prestados pela

unidade onde atuam as avaliações são bem diversificadas. Por um lado temos profissionais (3 entrevistadas) que identificam positivamente os serviços prestados, pois tomam como referencial outras unidades públicas de saúde que, segundo elas, são ainda piores.

“Num primeiro momento eu me assustei quando cheguei aqui. Hoje eu já não acho que o atendimento seja tão ruim quando comparado a outros hospitais públicos, só que eu falo isso com o exemplo da maternidade que é onde eu atuo.” (Pública, 2008, Vínculo Temporário).

“Eu **acho que o atendimento melhorou muito** ao que se propõe. Agora isso é **tendo como parâmetro o ruim.** Não é o ideal.” (Pública, década de 2003, Vínculo Temporário).

Outro grupo de profissionais (8 entrevistadas) avalia negativamente os serviços prestados pela unidade onde atuam e compreendem que esse saldo negativo está articulado à política oferecida pelo estado, sendo o atendimento reflexo do que se tem na estrutura.

“Eu caracterizo os serviços da unidade como reflexo da política de saúde que a gente tem. Ele não é bom, mas também não é ruim. **Ele é o reflexo da fragmentação, do atendimento paliativo, da tentativa de melhoria.** A humanização no atendimento ela não foi concretizada.” (Privada, 2009, Vínculo Temporário).

“É difícil avaliar, mas a gente acaba fazendo um balanço mais geral. **A unidade acaba atendendo as demandas que chegam, mas de forma ainda muito precária.**” (Pública, 2004, Vínculo Temporário).

Encontramos também profissionais (4 entrevistadas) que discordam claramente sobre a existência ou não de estrutura para um atendimento que vá ao encontro as reais necessidades dos usuários. Paralelo a isso, na presença ou ausência de estrutura positiva, o problema na prestação de um serviço de qualidade por parte da instituição estaria articulado à existência ou não de uma “boa vontade”.

“Eu acho que os serviços prestados estão muito aquém do que deveria ser feito, embora o hospital possua uma estrutura muito boa.” (Pública, 1997, Vínculo Permanente).

“Eu percebo que em muitos setores as pessoas têm muita boa vontade, em outros setores tem muita defasagem no sentido do acolhimento. **Falta também estrutura.** Na pediatria semana passada p oxigênio não estava funcionando.” (Pública, 1994, Vínculo Temporário).

“Eu acho que se prestam serviços talvez não com a dignidade que deveriam ter, sabe? **Mas eu acho que há um esforço coletivo em fazer esse bem,** claro que não se consegue mais porque é impossível. Mas eu acho que de uma forma geral, ele presta bem os seus serviços.” (Pública, 1994, Vínculo Permanente).

Outro ponto de importante relevo é que uma das entrevistadas – formada em universidade pública durante a década de 1980 e atuante na unidade de saúde há

12 anos – ao fazer uma comparação sobre os serviços prestados pela instituição tempos atrás, ressalta que com a “reforma” dos setores de imagem e de laboratório o atendimento melhorou muito. De acordo com a manifestação da entrevistada a redução na espera pelo exame de laboratório, a oportunidade de acesso a um exame de tomografia, mais maquinário para a realização do exame de Raio-X melhorou a qualidade do atendimento.

O fato de se avaliar a qualidade dos serviços prestados associando a privatização como ponto satisfatório nos faz refletir sobre a concepção que esta profissional tem sobre o processo de redução do SUS constitucional. Em realidade ao sinalizar a melhora do atendimento em virtude da “reforma” a assistente social não identifica que o processo de privatização está ali, em seu cotidiano de trabalho, fragmentando os setores da unidade, o processo de organização dos trabalhadores locais, dentre outras questões.

Quando indagamos se as assistentes sociais têm acompanhado o processo de privatização da saúde: cinco afirmam que não se apropriaram desse debate e dez dizem que o acompanham através de noticiários e troca de informações com outros profissionais.

“De longe, mas tenho acompanhado, sim. **Inclusive eu prestei concurso agora para uma OS, mas confesso a você que ainda não me aprofundei sobre o que seria essa OS**, quais seriam as mudanças no cotidiano do trabalho, quais os vínculos; tenho acompanhado de longe. Preciso me aprofundar.” (Pública, 2008, Vínculo Temporário).

Nenhuma das entrevistadas informa conhecer o movimento da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, embora no mural que dá acesso à sala do Serviço Social tenha afixado o cartaz do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro divulgando atividades realizadas por esse movimento.

Deste modo, a crítica ao processo de privatização na unidade não é algo unânime entre os assistentes sociais. E mesmo aqueles que se colocam contra esse processo não identificam seus rebatimentos na unidade onde atuam. Vale destacar que, como assinalado anteriormente, além dos setores de imagem e de laboratório serem terceirizados, o CTI adulto e pediátrico e a UTI neonatal, também estão sendo operacionalizados por uma OS.

Somado a essa questão, não poderíamos deixar de pontuar que antes das assistentes sociais expressarem suas impressões sobre a unidade onde atuam, oito entrevistadas disseram que tinham dificuldades em avaliar os serviços prestados

pela unidade como um todo, pois os serviços eram muito diferenciados. Acrescentaram ainda que tinham propriedade para falar apenas da enfermaria/setor onde atuam, pois, como veremos mais adiante, geralmente as assistentes sociais atuam em uma enfermaria específica. Fica clara a dificuldade que os assistentes sociais têm de efetuar uma análise mais aprofundada sobre a unidade de saúde onde atuam, visto que é uma análise fragmentada pelos setores de atuação.

Encerrando o bloco de informações sobre a formação que se refere à saúde, suas concepções e os serviços prestados, buscamos identificar como as entrevistadas avaliam os atendimentos prestados por elas no cotidiano de atuação. As avaliações perpassam por uma escala diversificada variando entre o “ótimo” e o “faço o que é possível”. As entrevistadas sinalizam que a falta de recurso e a grande quantidade de demandas interfere na qualidade dos serviços por elas prestados.

Apenas três entrevistadas avaliaram sua intervenção como ótima ou excelente. Dez profissionais informam que sua intervenção está atrelada ao que é “possível”, dentro das condições oferecidas pela unidade. Aqui salientamos que embora as entrevistadas afirmem que a estrutura da unidade seja boa quando comparada a outras unidades, na hora em que avaliam suas ações destacam que a estrutura oferecida não possibilita um trabalho mais eficiente.

Duas assistentes sociais informam que sua intervenção é reflexo da burocracia e das ações paliativas que caracterizam os atendimentos da unidade de saúde. A seguir destacamos alguns dos depoimentos apresentados.

“É bem limitado pela falta de recursos, pela quantidade de profissionais, pela quantidade de demandas. A demanda é muito grande e por mais que tenham muitos assistentes sociais, a gente não dá conta.” (Pública, 1994, Vínculo Temporário).

“Eu acho que eu tenho sempre a preocupação de nunca passar a situação para o dia seguinte sem dar um andamento. Eu sempre tenho a preocupação com a questão previdenciária, coisa que passa batido dentro de uma unidade de saúde. Isso mudou muito em mim depois que eu passei pelo INCA, porque no INCA, o Serviço Social do INCA é muito forte, a equipe é maravilhosa, então, a questão da previdência faz toda diferença na vida e na doença da pessoa.” (Pública, 2000, Vínculo Permanente).

“Eu também avalio meu atendimento como reflexo do paliativo, do burocrático.” (Privada, 2008, Vínculo Temporário).

“Tem dias que eu saio daqui muito feliz porque eu consigo dar uma resposta para uma pessoa. Tem dia que você não consegue dar uma resposta para o usuário mesmo. Você trabalha mais numa perspectiva de multiplicar a informação. Tem que dizer para o usuário que ele tem que buscar outros canais” (Pública, 2000, Vínculo Permanente).

“O meu é ótimo. Eu enquanto profissional estou fazendo o meu trabalho. Agora, às vezes a estrutura não ajuda, aí não tem nada o que fazer.” (Pública, 1984, Vínculo Permanente).

Ainda sobre a avaliação das assistentes sociais a respeito do atendimento prestado por elas, destacamos duas manifestações, mencionadas a seguir, indispensáveis para pensar a prática profissional. A primeira delas nos traz a clareza de uma determinada desmotivação que tem sido muito presente nos espaços de trabalho dos assistentes sociais e que também apareceu com grande incidência na pesquisa realizada durante o ano de 2009. Mesmo com todo o avanço que a profissão alcançou no campo teórico a subordinação do trabalho do Serviço Social ainda hoje é algo que traz para a prática um peso muito grande.

“Já foi **ótimo, hoje é razoável, porque a gente se desmotiva, a gente fica limitado** com algumas questões que **o Serviço Social é mero executor**, porque a gente não tem voz pra determinados tipos de coisa, porque... **a gente não consegue viabilizar direitos**, porque eles são limitados pela própria dinâmica do trabalho.” (Pública, 1997, Vínculo Permanente).

Somente a prática mediada constantemente pelo projeto profissional possibilita que os assistentes sociais identifiquem os limites e as possibilidades de seu fazer profissional, compreendendo que as contradições contidas na realidade em que atuam precisam ser fonte de reflexão contínua. À medida que o profissional não identifica a contradição existente em seu cotidiano de trabalho, ele fica sujeito a cair no fatalismo que reduz e, num limite, impossibilita a elaboração de ações estratégicas. Torna-se necessário compreender que retroceder em algumas situações é necessário para avançar em outras oportunidades e que isso não minimiza o trabalho profissional.

O segundo depoimento que destacamos refere-se ao sentimento de culpa pelo fracasso nas respostas imediatas. O reconhecimento da necessidade de investir em capacitação, somado à impossibilidade de efetivá-la também é algo que foi identificado durante a pesquisa. A dupla jornada de trabalho tem se apresentado como impeditivo para o investimento em capacitação. Consequentemente, o profissional identifica que sua prática poderia ser aprimorada e não é por conta dessa ausência de capacitação continuada.

“Eu acho que eu poderia fazer muito mais, **o que eu faço é muito pouco. Eu queria participar de espaços de capacitação**, mas **eu tenho outro vínculo de trabalho. Eu não tenho uma abertura pra participar e fico excluída desse processo**. Por isso **eu sinto que minha atuação é também deficitária**. Às vezes o profissional estatutário ele tem mais abertura e flexibilidade pra participar desses espaços, mas nós não temos isso.” (Privada, 2008, Vínculo Temporário).

A própria Secretaria de Estado de Saúde tem disponibilizado uma capacitação *online*, mas apenas para os servidores públicos com o objetivo de

consolidar e expandir o conhecimento geral e específico dos servidores públicos e incrementar suas habilidades profissionais. O objetivo final é elevar o nível de satisfação pessoal do servidor, o que, sem dúvida, concorrerá para um melhor desempenho de suas funções e consequente melhoria dos serviços prestados à população⁶³. (SES, 2012).

Essa capacitação é realizada através do Programa de Capacitação para o Aperfeiçoamento (PCA). Ela é efetivada através da disponibilização de textos na internet e, num período de 6 meses, o servidor deve se dedicar a estudar esses textos e após este período ele realiza uma prova, também online. Se realizar essa capacitação com aproveitamento satisfatório o servidor recebe uma gratificação. Essa capacitação oferecida pela SES é aberta a todos profissionais estatutários, sem mediações com as especificidades de cada profissão de saúde.

Ressalta-se também que o tempo destinado ao estudo precisa ser fora do horário de trabalho. De acordo com o regimento do programa, cada servidor precisa dedicar pelo menos duas horas semanais aos estudos, mas não existe um momento de troca de experiências, de tirar dúvidas, de compartilhar ideias. Além disso, os demais profissionais que atuam na SES, como por exemplo, os oriundos do vínculo FESP, não têm acesso a esse tipo de capacitação. Assim fica a indagação, somente os profissionais de vínculo permanente precisam ser capacitados?

Em tempos de terceirização, isso demonstra a falta de compromisso com a uniformidade do serviço e com a capacitação continuada dos profissionais. Ademais, contribui para a falta de comprometimento dos profissionais de vínculo temporário, lhes dando a ideia de que sua prática não precisa ser pensada, projetada e/ou atualizada. Por fim, fica comprometida a continuidade do serviço em função da alta rotatividade desses profissionais.

Para complementar nossa análise acerca da formação, buscamos identificar qual era o conceito que as entrevistadas possuem sobre a profissão. Quando indagamos sobre o que é o Serviço Social, identificamos que a questão da garantia de direitos é sinalizada de forma majoritária, sendo apontado por onze profissionais, dos quais destacamos três depoimentos:

⁶³ Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=1054454>. Acesso em: 03/09/2012.

“numa frase simples é garantir os direitos, os direitos sociais.” (Pública, 2004, Vínculo temporário).

“O Serviço Social trabalha para a efetivação de direitos.” (Privada, 2008, Vínculo temporário).

“É claro que você tem uma abrangência muito maior, o Serviço Social não se limita apenas à efetivação dos direitos, mas eu acho que é essencialmente isso.” (Privada, 2009, vínculo temporário).

Torna-se necessário ponderar que quando os assistentes sociais expressam um entendimento do Serviço Social pautado na garantia de direitos sociais, isso pode provocar o estímulo a um sentimento de impotência quando os profissionais se deparam com os limites profissionais em seu cotidiano de trabalho. Isso fica evidenciado na manifestação de uma entrevistada sobre o que vem a ser o Serviço Social:

“Um sonho. [risos] é... Serviço Social... é uma profissão que consegue muito menos do que... batalha, muito menos do que se espera. Na prática faz menos do que poderia fazer, é isso.” (Pública, 2000, Vínculo permanente).

Essa manifestação nos leva a refletir sobre a falta de clareza que os assistentes sociais possuem acerca da profissão, pois se partirmos da premissa de que a profissão possui um caráter de contradição em sua essência e que a realidade social é adversa ao projeto profissional, esse sentimento de impotência não estaria implícito na manifestação anterior. Iamamoto nos leva a refletir sobre essa questão ao afirmar que,

(...) o Serviço Social surge e se expande marcado pela contradição fundamental que organiza a sociedade do capital: o caráter cada vez mais social do trabalho e das forças produtivas contraposto à apropriação privada dos frutos desse mesmo trabalho. Portanto, a atuação do Serviço Social é visceralmente polarizada por interesses sociais de classes contraditórias, inscritos na própria organização da sociedade e que se recriam na nossa prática profissional, **os quais não podemos eliminar**. (...) Assim sendo, **a prática profissional tem um caráter essencialmente político**: surge nas próprias relações de poder presentes na sociedade. **Esse caráter não deriva de uma intenção do Assistente Social, não deriva exclusivamente da atuação individual do profissional ou de seu “compromisso”**. Ele se configura na medida em que a sua atuação é polarizada por estratégias de classes voltadas para o conjunto da sociedade, que se corporificam através do Estado, de outros organismos da sociedade civil, e expressam nas políticas sociais públicas e privadas e nos organismos institucionais nos quais trabalhamos como Assistentes Sociais; trata-se de organismos de coerção e de hegemonia que sofrem rebatimento dos combates e da força das classes subalternas na sua luta coletiva pelo esforço de sobrevivência e para fazer valer seus interesses e necessidades sociais. (2000, p.122, grifos nossos).

Somado a isso, a questão dos limites e das possibilidades também precisam ser evidenciados, pois, em realidade, o Serviço Social sendo uma profissão não tem

autonomia para garantir direitos sociais. Os assistentes sociais possuem como atribuição aconselhar, mobilizar, encaminhar, orientar seus usuários sobre os direitos sociais, mas garanti-los é algo que compete ao Estado.

Ao serem questionadas sobre o papel que o Serviço Social possui na sociedade brasileira os profissionais também afirmam ser garantir direitos (13 entrevistadas). Além disso, em alguns casos as manifestações sobre essa temática foram contextualizadas no enfrentamento à questão social.

“O papel do Serviço Social é atuar no enfrentamento da questão social e tentar garantir os direitos e que o estado cumpra o seu papel como responsável. Fomentar a participação também da sociedade. As políticas estão muito retraídas. Eu acho que papel do Serviço Social é fomentar isso.” (Pública, 2008, Vínculo temporário).

Foi possível identificar também que uma das entrevistadas destaca a importância da profissão diante da realidade social brasileira e ressalta a questão do papel do Serviço Social em esclarecer e informar os usuários sobre seus direitos.

“Serviço Social pra mim é uma profissão, primeiro, pouco valorizada, principalmente na questão salarial e ao mesmo tempo é uma profissão importante porque ela vem trazer a população uma das coisas mais primordiais que a classe trabalhadora, que o povo, através de nossas lutas, que são os seus direitos. E cada época, cada página dessa história que vira, a gente vê todos aqueles direitos cada um de uma vez sendo riscado dessa lista, esquecido. Então eu acho que o Serviço Social tem sua importância porque ele vem incomodar nesse ponto, ele vem lembrar e muitas vezes apresentar ao nosso usuário que existe um direito, que existe uma legislação que protege, que existe uma legislação que contempla a situação que ele está vivendo. **Então eu acho que o Serviço Social, ele vem nessa contramão, nessa onda de cortes de direitos, eu acho que é uma profissão super importante. Nunca me dei conta de tanta importância, mas hoje trabalhando eu vejo toda essa onda neoliberal, essa onda de corte de direitos, de privatização, então eu acho que ela é de suma de importância por estar levantando essa questão dos direitos sociais.**” (Pública, 2008, Vínculo Temporário).

Em relação ao papel do Serviço Social dentro da unidade de saúde, existem profissionais que relatam não ter clareza do que, de fato, o Serviço Social pretende na unidade (duas entrevistadas). Isso nos leva a compreender que a falta de planejamento nas ações tem implicações diretas na prática. Quando o profissional não consegue identificar os objetivos e as metas projetadas para sua intervenção isso traduz a sustentabilidade de ações paliativas que não são mediadas pelo projeto profissional. Cinco entrevistadas ressaltam que o papel do Serviço Social na unidade está centrado no fornecimento de informações, sejam elas referentes à dinâmica institucional ou relacionadas aos direitos sociais.

Foi identificado também que quatro assistentes sociais fazem sua crítica afirmando que o papel do Serviço Social na unidade de saúde está centrado na mediação de conflitos, o que reitera o chamamento do Serviço Social durante o período de surgimento da profissão. Assim, a busca pelo alívio de tensões e pela mediação de conflitos ainda permanece sendo “tarefa” dos assistentes sociais, conforme sinalizado pelo diretor da unidade em sua fala na mesa de abertura do evento em comemoração ao dia do assistente social.

Ainda com relação ao que pretende o Serviço Social na unidade de saúde, quatro assistentes sociais pontuam que a formação profissional diversificada dentro da equipe – destaca-se que dentre as participantes da pesquisa temos profissionais formadas em três diferentes décadas, 1980, 1990, 2000, porém no universo pesquisado a assistente social com mais tempo de formada concluiu a graduação em 1978 – também influencia a dinâmica profissional e a imprecisão com relação aos objetivos profissionais. Isso fica evidenciado quando nos deparamos com as seguintes declarações:

“Eu acho que dentro da equipe existe uma vertente policialesca que está aqui pra controlar. Quem entra aqui, a hora que entra, a hora que sai, de conhecer pra controlar, de ser aquele profissional que anda com o livro preto pra cima e pra baixo que faz de tudo, que fala o que pode e o que não pode, e em contraponto, eu vejo também, dentro dessa mesma equipe, outra corrente que é justamente na perspectiva do direito, na perspectiva do vamos sentar, vamos ouvir, vamos estudar esse caso, vamos ver o que a gente pode fazer, vamos sim passar por cima das barreiras institucionais, se for pra garantir o bem estar, não numa perspectiva revolucionária, vamos agora fazer e acontecer, mas vamos sentar com o resto da equipe multi, vamos conversar, vamos trazer o que falta a discussão. Eu sempre quero escutar, eu sempre quero ouvir, mas muitas vezes a gente acaba sendo engolida pela outra parte que quer controlar, mas **são duas forças em tensão que às vezes acaba vencendo a outra parte**, enfim, às vezes a gente acaba conseguindo contornar a situação, mas é assim que as coisas acontecem.” (Pública, 2008, Vínculo Temporário).

E ainda,

“**A gente ainda trabalha com colegas que se formaram por outro currículo, que tem outra visão.** Aí é muito mais fácil não escutar a demanda desse usuário e quando ele chega aqui na porta dizer: não, não, não... Então isso é uma coisa que a gente vai tentando modificar aos poucos, mas o nosso trabalho ainda tá muito subalternizado a isso. **Aqueles profissionais que poderiam contribuir pra construção de um Serviço Social mais sólido eles normalmente tem outros vínculos e esse trabalho aqui acaba por ficar num segundo plano.** Então não se tem tempo pra pensar nesse trabalho. Já outros profissionais são muito resistentes às mudanças, porque já vêm de uma lógica antiga e agente sabe que todas as mudanças trazem um pouco de medo, e isso é normal. **Então te falar o que o Serviço Social pretende nessa unidade, na minha cabeça ainda é tudo muito mal definido.**” (Pública, 2000, Vínculo Permanente).

Essas declarações reforçam a hipótese diretriz desse trabalho de que a formação profissional e as condições de trabalho são determinantes para a prática profissional mediada pelo projeto profissional. No caso específico das assistentes sociais que possuem uma prática que não traduz as diretrizes do atual projeto profissional, é necessário considerar que elas foram formadas na perspectiva do controle pois, como sinalizado, foram formadas por outro currículo. Nesses casos, a formação continuada é indispensável. Como afirma Sousa (2008),

Se no cotidiano da prática o assistente social não se atualiza, não questiona as demandas institucionais, não acompanha as mudanças da realidade social, estará certamente fadado ao fracasso e à reprodução mecânica de atividades, tornando-se um burocrata e, sem dúvidas, não promovendo mudanças significativas seja no cotidiano da população usuária ou na própria inserção do Serviço Social no mercado de trabalho. (p.123).

Deve-se considerar que se os assistentes sociais que tomam o projeto ético-político como referência caminham na direção oposta às práticas conservadoras, visando contribuir para a emancipação humana e se acreditamos nessa direção a ponto de referenciá-la como hegemônica, por compor a base do Serviço Social crítico, necessário é que haja investimento nos espaços de intervenção para que a hegemonia do projeto profissional alcance esses espaços de atuação. Para o alcance deste fim, a aproximação entre academia e os espaços de trabalho dos assistentes sociais se apresenta como fundamental. A articulação e troca de experiências possibilitadas pela assessoria e consultoria, por exemplo, podem oportunizar que a prática seja repensada do ponto de vista teórico e auxiliar na construção das mediações necessárias.

De acordo com Matos (2012, p.36) “a assessoria desenvolvida por assessores assistentes sociais a profissionais ou equipes de Serviço Social visa qualificar o trabalho profissional”. Ainda em 1998, Vasconcelos já afirmava haver uma importante demanda por assessoria por parte da categoria dos assistentes sociais, porém as universidades não vêm dando respostas a esta demanda.

Tendo em vista que a particularidade da profissão está fortemente associada às atribuições que lhes são privativas, buscamos identificar como as assistentes sociais avaliam essas atribuições em seu cotidiano profissional. Foi possível identificar que as profissionais relatam que as atribuições privativas contribuem para reforçar a autonomia profissional dentro dos espaços de trabalho, embora, como veremos mais adiante essa autonomia não seja identificada/utilizada por grande parte das assistentes sociais.

“Eu acho que o fato de nos termos uma lei que nos coloca que tais coisas são nossas atribuições e tais coisas não são nossas atribuições eu acho que isso nos dá uma certa autonomia.” (Pública, 2004, Vínculo Temporário).

Ao refletir sobre seu cotidiano de trabalho uma das entrevistadas ressalta que as atribuições privativas do Serviço Social por vezes são violadas por outros profissionais. Tal afirmação nos faz refletir sobre as particularidades da profissão e a fragilidade dos assistentes sociais em reconhecê-las. Essa questão encontra-se diretamente associada à formação profissional, uma vez que o posicionamento ético e político dos assistentes sociais influencia a visão que ele tem sobre suas atribuições e competências e seu posicionamento frente aos demais profissionais. De acordo com uma entrevistada,

“(...) na prática, o que é privativo do Serviço Social, acaba que é muito violado por outras categorias, eu não to dizendo que assim, ah, não existe, mas acaba sendo permeado aí por outras pessoas que não do Serviço Social. Eu vejo uma diferença entre aqui e meu outro vínculo lá fora que também é na saúde, porque **lá o trabalho acontece** e lá a gente tem uma equipe que funciona, ainda que seja pequena funciona. Então, a função privativa do Serviço Social lá fora, acontece. Entendeu?” (Pública, 1997, Vínculo permanente).

O que nos chama atenção é o fato da entrevistada afirmar que em seu outro espaço de trabalho o Serviço Social funciona diferentemente da unidade pesquisada. Essa avaliação da assistente social pode estar associada à organização e planejamento – ou ausência deles – no processo de trabalho. Dizemos isso porque ao indagarmos se o Serviço Social possuía um projeto de intervenção sistematizado obtivemos as seguintes respostas das entrevistadas: nove afirmam que não há projeto por escrito e seis fazem referência ao Procedimento Operacional Padrão (POP). Do quantitativo geral de atendimentos selecionamos os seguintes:

“Não que eu tenha visto nesses dez meses de atuação.” (Privada, 2004, Vínculo temporário).

“Se tem, nunca me foi apresentado. eu sei que agora tem essa questão do POP que está sendo escrito, mas ainda não tive acesso, não foi apresentado para gente. E o projeto de intervenção também, não. Se tem, eu nunca vi.” (Privada, 2007, Vínculo temporário).

“Como o trabalho é muito corrido e a demanda é muito grande falta tempo pra gente discutir o trabalho, traçar metas. Porque a gente tem um direcionamento para o trabalho, mas que não é sistematizado.” (Pública, 1997, Vínculo permanente).

“Ainda não. Eu acho que não, eu não vi, eu só sei que colegas deram contribuições a partir da experiência, que já atuaram em determinadas clínicas, a gente consegue ver, a característica de cada clínica, o que o Serviço Social pode fazer em cada lugar. (Pública, 2008, Vínculo temporário).

“A gente tem o POP, que na verdade eu não sei nem se pode ser chamado de projeto, mas que tem coisas legais escritas. O segundo momento seria o de sentar pra discutir o que foi escrito.” (Privada, 2008, Vínculo temporário).

Em diálogo com a coordenação de Serviço Social fomos informados que, por solicitação da direção da unidade hospitalar, o Serviço Social deveria apresentar um Procedimento Operacional Padrão (POP). Para tanto, um grupo de assistentes sociais deu algumas contribuições a partir da experiência vivenciada em cada setor de trabalho. Sinalizamos que não tivemos acesso a esse material, mas fomos informados que ele aglutina a descrição da intervenção do Serviço Social nos diferentes setores.

Vale destacar que o POP foi entregue para a direção, porém ele não foi discutido e publicizado dentro da equipe. A coordenação informa que pediu contribuições a todos da equipe e quem ajudou na construção – um número aproximado de 6 assistentes sociais – teve acesso ao material. Acrescenta-se que, embora esse grupo tenha contribuído para a construção o documento, não foi discutido entre os membros do próprio grupo. Cada assistente social contribuiu a partir do trabalho na clínica onde atua e, ao final, cada experiência foi agregada ao documento.

Nesses termos, foi construído um documento que é pra ser referência de toda a equipe, por solicitação da direção da unidade, e não por iniciativa dos assistentes sociais, por terem identificado a necessidade de sistematização da prática. Acrescido a isso, o POP foi construído por aproximadamente 10% da equipe, sem discussão prévia e sem socialização posterior para toda equipe.

Partindo da premissa de que a sistematização da prática preconiza uma cobrança da dimensão intelectual dos assistentes sociais, exigindo também uma apurada reflexão sobre as estratégias de intervenção, destaca-se que a capacitação continuada e o investimento na assessoria, mais uma vez, se apresentam como indispensáveis ao Serviço Social. Para Almeida,

O esforço de sistematização como componente central do trabalho do assistente social não significa, portanto, apenas a geração de dados e informações, mas um processo que envolve a produção, organização e análise dos mesmos a partir de uma postura crítico-investigativa. Trata-se, na verdade, de um esforço crítico, de natureza teórica, sobre a condução da atividade profissional, constituindo-se como um esforço problematizador sobre suas diferentes dimensões em relação às expressões cotidianas da realidade social, mediatizadas pelas políticas sociais, pelos movimentos sociais, pela forma de organização do trabalho coletivo nas instituições e, sobretudo, pelas disputas societárias. (2008, p.403).

Em relação ao trabalho em equipe, quatro entrevistadas declaram não trabalhar em equipe ao passo que onze informam que o trabalho em equipe faz parte de seu cotidiano profissional.

Dentre os depoimentos destacamos duas manifestações principais:

“Sim, um diálogo obrigatório por conta da dinâmica mesmo. Inicialmente é um diálogo obrigatório porque você atende uma família e **essa família te traz uma demanda, você precisa apresentar ao profissional de referência, que é o médico.** Isso é algo mais imposto do que planejado.” (Privada, 2009, Vínculo temporário).

“Sim, mas **dependendo da definição** do que é trabalhar em equipe. **Porque isso é muito mal definido no Serviço Social.** Trabalhar em equipe pra mim é tentar sair da burocratização que o estado te impõe o tempo todo.” (Pública, 2000, Vínculo permanente)

Devemos concordar com a última fala, com relação à má definição do que venha a ser o trabalho em equipe no Serviço Social, para que não venhamos a compreender o trabalho em equipe como uma subordinação de uma categoria profissional à outra. Isso se torna indispensável para que o trabalho do Serviço Social não se mantenha subordinado *“ao profissional de referência, que é o médico”*, mas que tenha a função de complementariedade das ações em favor das necessidades dos usuários.

Torna-se necessário que o assistente social, ao adotar o trabalho em equipe, tenha claro seu papel dentro do atendimento, de maneira que não caia na armadilha de cumprir tarefas que não lhe sejam peculiares. Para Yamamoto (1999, p.166), “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais.” A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças.”

Neste sentido, o trabalho em equipe deve ser compreendido como um mecanismo de exploração das potencialidades das diferentes categorias profissionais que atuam no âmbito da saúde, considerando que o princípio da diversidade deve ser utilizado de forma adequada de modo a evidenciar os limites de cada profissão.

Dizemos isso porque embora onze entrevistadas declarem trabalhar em equipe, foi possível identificar a falta de clareza sobre o que vem a ser o trabalho em equipe interdisciplinar. Com relação ao trabalho em equipe, quando nos referimos

exclusivamente à equipe de Serviço Social da unidade, todas as entrevistadas afirmam que o trabalho é realizado em equipe.

Em relação às reuniões de equipe todas as assistentes sociais informam que as reuniões não possuem uma frequência regular. Foi sinalizado que já ocorreu um período em que a equipe ficou 7 meses sem realizar reunião geral. As entrevistadas relatam que a principal dificuldade de realizar reuniões periódicas com toda a equipe de Serviço Social é o fato da maioria dos profissionais de Serviço Social ter dois vínculos de trabalho, sendo que na unidade pesquisada todas as assistentes sociais trabalham em regime de plantão de 24h de modo que cada dia da semana o Serviço Social conta com uma equipe que varia de 8 a 9 profissionais, sendo que cada equipe possui uma coordenadora⁶⁴. Sendo assim, as equipes diárias não possuem diálogo com os assistentes sociais dos demais dias da semana. Deste modo, quando questionadas sobre as reuniões de equipe as entrevistadas apontam que:

“Costumam acontecer, mas numa perspectiva de manutenção do que está estabelecido, mas nunca na perspectiva de melhorar a prática. A frequência da reunião não é grande, é difícil você reunir todas as pessoas, em média são 3 vezes ao ano, muito difícil. quando tem alguma questão grave, se faz na própria equipe, a coordenação geral vem no próprio dia daquela equipe.” (Pública, 2005, Vínculo temporário).

“A reunião geral de equipe ela é bem esporádica. Quando temos algum problema resolvemos com a coordenação diária. Só tem reunião geral de equipe quando emerge algum problema maior.” (Pública, 2003, Vínculo temporário).

“Sim, mas não tem uma frequência estabelecida. Ela ocorre quando a coordenação de Serviço Social avalia que precisa.” (Pública, 2004, Vínculo temporário).

Questionamos as assistentes sociais se elas avaliam que a formação profissional havia lhe instrumentalizado para a prática. Do total, sete das entrevistadas apontam que sua formação foi importante para a compreensão teórica acerca do Serviço Social, mas que somente o cotidiano, a vivência profissional, suas experiências de trabalho é que lhes forneceram os instrumentais para a prática, corroborando para a afirmação de que *na prática a teoria é outra*⁶⁵. Três

⁶⁴ Destaca-se que cada dia da semana possui uma coordenadora de referência, porém existe também uma assistente social como coordenadora geral que responde pelo Serviço Social na unidade perante a direção da unidade.

⁶⁵ Como afirma Kameyama (1989), a teoria e a prática constituem “aspectos inseparáveis do processo de conhecimento e devem ser consideradas na unidade, levando em conta que a teoria não só se nutre na prática social e histórica como também representa uma força transformadora que indica à prática os caminhos da transformação.” (1989, p. 101, grifos nossos).

profissionais disseram que sua formação lhe ofereceu o aporte necessário para atuar na prática e cinco afirmam que a formação foi satisfatória para a prática profissional.

“Eu acredito que é uma teoria, muito boa, mas é o dia-a-dia que nos traz os desafios. E isso não está na academia.” (Pública, 1997, Vínculo permanente).

“Sim, sem dúvida.” (Privada, 2007, Vínculo temporário).

“Eu acho que a minha graduação foi muito superficial, na minha universidade os professores, muitos deles não todos, não tem relação com a prática. A minha orientadora de TCC, ela é de uma dedicação exclusiva, mas ela tem uma relação com a prática impressionante. Ela precisa... até porque ela pesquisa, então ela está sempre em contato com o aluno, está no campo de estágio, ela está sempre indo às unidades, então assim, tirando ela e mais alguns, a maioria dos professores, me parece que falam de uma instituição que não existe, sabe? Então, por conta disso, eu acho que a graduação não me deu muita base, assim para a instrumentalização da prática. Agora do que é o profissional, da cultura, aquela coisa toda dos direitos, isso sim, mas assim, instrumentalização da prática, muito pouco.” (Pública, 2008, Vínculo temporário).

Embora um número expressivo de assistentes sociais sinalize que a formação lhe instrumentalizou para a prática, diante das manifestações apresentadas nos itens anteriores é possível verificar uma fragilidade entre a formação e a prática profissional.

Isso porque, é legítimo compreender que as assistentes sociais tenham dificuldades em compreender qual é o papel do Serviço Social dentro da unidade hospitalar em que atuam, uma vez que não possuem um projeto de intervenção que balize sua prática a fim de delimitar os objetivos e a metodologia de intervenção. A ausência de reuniões de equipe que possibilitem a discussão sobre a prática profissional também é algo que merece ser revisto, pois a inexistência do planejamento coletivo implica diretamente na identificação das demandas aparentes e reprimidas, na troca de experiências, na reflexão sobre o cotidiano de trabalho e na elaboração de estratégias de intervenção que traduzam os princípios contidos no projeto profissional. Dentro deste contexto, há de se considerar compreensível que, como afirma uma assistente social,

“você acabe se envolvendo com uma prática que não é teórica, que não é metodológica, uma prática do fazer por fazer.” (Privada, 2008, Vínculo Temporário).

3.3 Condições de Trabalho e Prática Profissional

“Somos pessoas capacitadas, qualificadas que atuam no dia a dia, mas não somos estimuladas a pensar e refletir sobre essa prática por conta de uma rotina avassaladora. E aí qual a qualidade desse trabalho?”

Assistente Social. (Pública, 2000, Vínculo Permanente)

O assistente social, em sua condição de trabalhador assalariado está submetido às restrições impostas ao mundo do trabalho na contemporaneidade. Deste modo, suas condições objetivas de trabalho influenciam seu fazer profissional uma vez que os próprios dispõem de uma relativa autonomia para desempenharem suas ações nos diferentes espaços de trabalho.

Conforme sinalizado no item anterior, o aumento de vagas na formação graduada em Serviço Social tem lançado ao mercado de trabalho um expressivo número de profissionais graduados em Serviço Social⁶⁶. Esse crescimento, além de estar associado à necessidade de expansão do nível de escolarização da população, encontra-se atrelado também à necessidade de força de trabalho que atue nas políticas sociais desenvolvidas pelo Estado num período fortemente marcado pela concessão de mínimos sociais.

Embora na atualidade haja uma ampliação significativa dos postos de trabalho para os assistentes sociais, as condições de trabalho dignas para o exercício profissional não acompanharam esse progresso. Ao contrário, as alterações no mundo do trabalho associadas à precarização das políticas sociais têm trazido implicações diretas para as condições objetivas de trabalho dos assistentes sociais. Diante deste quadro cabe analisar quais as restrições que as

⁶⁶ “Nos últimos dez anos, é visível a expansão dos cursos de graduação em Serviço Social no Brasil e, em decorrência, o acelerado crescimento dos(as) profissionais registrados nos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) que exercem a profissão. Conforme dados do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2006, quando a profissão completou setenta anos, havia 65 mil assistentes sociais registrados nos CRESS; em março de 2011 esse número havia saltado para 102 mil. Ou seja, em cinco anos ocorreu um crescimento de 56% de profissionais inseridos no mercado de trabalho.” (BOSCHETTI, 2011, p. 558)

condições de trabalho na conjuntura atual vêm trazendo para uma prática mediada pelo projeto profissional do Serviço Social.

No campo da saúde, em especial, o que se tem observado é uma fragilidade intensa nos vínculos de trabalho que acaba por provocar uma diferenciação entre os trabalhadores, fragmentando cada vez mais a luta coletiva por melhores condições de trabalho. De acordo com Montañó (2007 p.105), “o Estado constitui-se a fonte privilegiada de emprego do assistente social”. No entanto, os vínculos estabelecidos atualmente têm se apresentado cada vez mais fragilizados em todas as instancias federativas.

Essa realidade fica bastante evidente na unidade de saúde pesquisada, uma vez que, do universo de assistentes sociais ativos no período da pesquisa, 74% possuem vínculo temporário. Essa precarização no vínculo implica não somente na incerteza do amanhã, mas também na diferença salarial, no estabelecimento de vínculo entre o profissional temporário e a unidade de saúde, nas relações interpessoais entre a equipe de Serviço Social e com os demais profissionais de saúde, dentre outras. Implica ainda na ausência de planejamento coletivo visto que a atuação na unidade por parte dos profissionais temporários é vista como uma complementação de renda, “um bico”, sendo que o vínculo de trabalho fora da unidade é priorizado, principalmente se este for estável. Assim, o investimento no planejamento coletivo é dificultado, seja pela existência de outro vínculo que impede dos assistentes sociais se reunirem – pela própria organização da carga horária em regime de plantão de 24horas –, seja pelo fato desse investimento lhes parecer inútil uma vez que sua estadia na unidade possui dias contados⁶⁷.

Além do vínculo temporário, para o servidor público, muitas são as restrições trabalhistas que a conjuntura atual traz. Embora haja estabilidade no vínculo de trabalho, como afirma lamamoto,

os assistentes sociais funcionários públicos vêm sofrendo os efeitos deletérios da reforma do Estado no campo do emprego e da precarização das relações de trabalho, tais como a redução dos concursos públicos, demissão dos funcionários não estáveis, contenção salarial, corrida à aposentadoria, falta de incentivo a carreira, terceirização acompanhada de contratação precária, temporária com perda de direitos etc.(2001. p.123-124)

⁶⁷ Geralmente o vínculo de contrato via FESP é por um período de 12 meses prorrogável por igual período, sendo que o primeiro grupo de profissionais com esse vínculo na unidade entrou no ano de 2009 e teve seu contrato prorrogado até janeiro de 2013.

Não obstante, as entrevistadas com vínculo de trabalho permanente sinalizam a questão da remuneração como um agravante, pois o vencimento salarial está muito abaixo do valor bruto que recebem o que provoca alteração no momento em precisam ser licenciadas ou durante a aposentadoria. Isso fica evidente quando verificamos a seguinte manifestação de uma assistente social:

“Eu sou funcionária do Estado há 7 anos. Eu entrei com um vencimento de R\$188,00 como eu mudei de cargo meu vencimento foi de R\$188,00 pra R\$191,00. Então eu tenho um triênio de 18,00. Aí eles criam uma gratificação de mil e poucos reais. Agora eles criaram um programa de capacitação, que eles facilitam a aprovação e você ganha mais uns quatrocentos e poucos reais. Aí se você se acidentar ou tirar qualquer tipo de licença você perde.” (Pública, 2000, Vínculo permanente).

Na unidade pesquisada, todos os assistentes sociais cumprem 24h de carga horária contratual, tanto os profissionais com vínculo temporário quanto os profissionais com vínculo permanente. Todos estão organizados em regime de plantão fixo de 24h. Cada dia da semana o plantão é composto por uma média de 8 assistentes sociais e para cada plantão há uma coordenação de Serviço Social. Essa coordenação diária é sempre realizada por uma assistente social de vínculo permanente, sendo este um critério estabelecido pela coordenação geral.

A coordenação geral é composta por uma assistente social titular e outra adjunta, ambas com vínculo permanente. Neste sentido, identifica-se que para compor a coordenação de Serviço Social, seja a coordenação diária ou a geral, necessariamente precisa ser uma assistente social com vínculo permanente, o que gera, inevitavelmente, uma hierarquização focada nos vínculos.

Destaca-se que a coordenação geral de Serviço Social é estabelecida por indicação da direção hospitalar e não por eleição entre os pares. Isso se estende à coordenação diária que é estabelecida pela coordenação geral. Deste modo, a coordenação, além de ser exclusivamente desempenhada por profissionais com vínculo permanente, não é eleita por votação e consenso dos demais profissionais, o que compromete significativamente a participação, em especial dos profissionais com vínculo temporário, nos processos de decisão.

A experiência profissional foi um dos aspectos que buscamos identificar nesse estudo. No que se refere ao tempo de atuação das entrevistadas como assistentes sociais, identificamos que as profissionais com vínculo permanente possuem uma média de 13 anos e 6 meses de atuação (variando de 10 a 19 anos). Já as assistentes sociais com vínculo temporário, são mais jovens, possuem uma

média de 2 anos e 8 meses de atuação (variando de 1 a 4 anos). Com relação ao tempo de atuação na unidade pesquisada essa diferença no tempo de atuação agregado ao tipo de vínculo persiste.

QUADRO 6 – Tempo de Atuação na Unidade – Assistentes Sociais – RJ

Vínculo	Tempo de Atuação	Nº de Assistentes Sociais
FESP	Menos de 1 ano	4
FESP	2 Anos	2
FESP	3 Anos	4
PERMANENTE	1 Anos e 6 Meses ⁶⁸	1
PERMANENTE	7 Anos	1
PERMANENTE	10 Anos	1
PERMANENTE	11 Anos	1
PERMANENTE	19 Anos	1

Fonte: OLIVEIRA, V. C. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UMA GRANDE EMERGÊNCIA. PPGSS/FSS/UERJ, 2012.

Quando indagadas sobre outros vínculos empregatícios, apenas três das quinze entrevistadas afirmam não possuir outro vínculo. Vale ressaltar que todas as profissionais com vínculo permanente possuem outro vínculo. Destarte, sete das dez profissionais com vínculo temporário também possuem outro vínculo de trabalho. As áreas de atuação fora da unidade pesquisada são variadas. Uma das entrevistadas possui, na mesma unidade de saúde os dois vínculos – além de ser permanente atua também pelo regime temporário, via FESP - cumprindo jornada semanal de 48h.

⁶⁸ Destaca-se que esta assistente social de vínculo permanente possui pouco tempo na unidade porque compunha o quadro do Serviço Social De outros hospital estadual que foi fechado e municipalizado. Por isso mesmo tendo vínculo permanente possui apenas um ano e seis meses na unidade pesquisada. Esclarecemos que esse pouco tempo na unidade se deve à transferência e não a realização de novo concurso, uma vez que os últimos concursos tem sido apenas para vínculos temporários.

QUADRO 7 – Área de Atuação – Assistentes Sociais – Rio de Janeiro

Área de Atuação	Quantidade de Assistentes Sociais
Assistência Social	6
Saúde	4
Política de Segurança (SEAP)	1
Educação	1
Possuem apenas um Vínculo	3

Fonte: OLIVEIRA, V. C. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UMA GRANDE EMERGÊNCIA. PPGSS/FSS/UERJ, 2012.

De acordo com uma das entrevistadas, essa variedade de experiências fora da unidade contribui positivamente para a troca de experiências, porém, pela falta de planejamento coletivo essa troca por vezes só é possível dentro de cada plantão.

Componente indispensável para se pensar as condições de trabalho dos assistentes sociais, as instalações da equipe dentro da unidade também foi alvo de observação dessa pesquisa. A sala de atendimento do Serviço Social fica em um corredor com parca luminosidade localizada no andar térreo. O acesso ao Serviço Social é livre a qualquer hora do dia, desde que o usuário se identifique na recepção da unidade.

Quanto às instalações, ressalta-se que uma das assistentes sociais entrevistada é cadeirante, assim, foi feita uma simples adequação para o acesso da mesma na entrada principal da sala e no banheiro. O que traduz o fato de que até dois anos atrás – tempo em que essa profissional está alocada na unidade – o acesso dos usuários nessa mesma condição era inviabilizado.

Embora o espaço ocupado pelo Serviço Social na unidade seja relativamente amplo - contando com uma sala de atendimento de triagem, duas salas de atendimento individualizado, uma sala que serve tanto para a coordenação como para o descanso dos plantonistas, dois banheiros e uma pequena cozinha – esse espaço é permeado por inúmeras restrições. As salas de atendimento individualizado são delimitadas por divisórias que não chegam até o teto, o que exige que os atendimentos sejam realizados em voz baixa para que o usuário não exponha sua demanda para o restante da equipe. Fato que compromete inevitavelmente a garantia do sigilo profissional.

Em relação às condições estruturais da sala, foi possível visualizar muita infiltração nas paredes e no teto. Em uma das salas de atendimento individual grande parte do gesso do teto caiu em virtude de infiltração ficando esta sala interditada para atendimento, sendo adequada apenas para arquivo de documentação.

Todos os demais cômodos, exceto cozinha, possuem infiltrações graves o que tem provocado uma série de problemas respiratórios na equipe. Na ocasião do evento comemorativo ao dia dos assistentes sociais, a coordenadora geral aproveitou a presença do diretor na mesa de abertura e solicitou providências uma vez que as profissionais estavam adoecendo naquele local de trabalho. Foi sinalizado, inclusive, que se as devidas providências não chegassem de imediato o Serviço Social só desenvolveria suas ações durante o período diurno.

Vale destacar que quando comparada às instalações de outras categorias como fisioterapia, enfermagem, psicologia, as condições estruturais não são muito diferentes, embora a sala do Serviço Social seja a que mais apresenta problemas no momento.

O diretor da unidade em um discurso muito “acolhedor” disse que não consegue imaginar uma unidade emergencial de saúde sem o trabalho do Serviço Social, sendo este profissional indispensável para a dinâmica da unidade. Acrescido a isso se comprometeu em providenciar a mudança de sala do Serviço Social, o que até o período de finalização da coleta de dados – dois meses após este pronunciamento – não foi cumprido.

“Melhor do que isso, uma sala interditada e a outra inundada, melhor do que isso, só dois disso. Eu acho horrível você atender as pessoas, pingando água, isso não parece uma sala de atendimento parece mais um depósito de lixo. Eu acho horrível isso.” (Pública, 1984, Vínculo permanente).

Essa manifestação é incompatível com o posicionamento das assistentes sociais que anteriormente fizeram referência a uma estrutura favorável da unidade. Como destacado anteriormente, com relação à estrutura física da unidade existem instalações que são satisfatórias, porém estas geralmente são destinadas aos setores que prestam serviços terceirizados, como é o caso do CTI, Centro de Imagem e Laboratório.

A estreita relação entre as competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa exige que os assistentes sociais, a partir da definição dos objetivos traçados para sua prática, tenham a clareza do “para que fazer” e do “como fazer”.

Mesmo que os objetivos do Serviço Social dentro da unidade pesquisada não estejam sistematizados – e não tenham sido traçados pelos assistentes sociais -, as circunstâncias institucionais, a correlação de forças e a própria existência do Serviço Social neste espaço de trabalho, já traduz a existência implícita de objetivos para a profissão. E são esses objetivos, muita vezes não identificados e/ou não legitimados pelos assistentes sociais é que definem os instrumentos de trabalho a serem utilizados no cotidiano da prática.

Sendo assim, “se são os objetivos profissionais que definem os instrumentos e técnicas de intervenção, conclui-se que essas metodologias não estão prontas e acabadas.” (SOUSA, 2008 p. 131). Ao considerarmos que os instrumentos de trabalho são indispensáveis para a prática do Serviço Social, na unidade de saúde pesquisada os instrumentos de trabalho selecionados pelos assistentes sociais para o desempenho das ações em seu cotidiano foram:

- **Entrevista;**
- **Ficha Social;**
- **Telefone;**
- **Prontuário;**
- **Livros de registros das clínicas.**

É imperioso ressaltar que o trabalho coletivo e a teoria são determinantes não apenas para a escolha dos instrumentos de trabalho, mas especialmente para a forma como estes serão utilizados. Destaca-se que nas manifestações acerca dos instrumentos de trabalho não foram mencionados pontos cruciais para o exercício profissional como, por exemplo, o planejamento e a avaliação.

Destaca-se que ao serem indagadas sobre a organização dos assistentes sociais em regime de plantão as respostas divergem entre as profissionais. Por um lado, existem aqueles que se colocam como favoráveis (seis entrevistadas), pois essa dinâmica de carga horária exige que os profissionais só estejam na unidade uma vez por semana o que facilita o estabelecimento de outros vínculos de trabalho. Por outro lado, há aqueles profissionais (onze entrevistadas) que fazem crítica a essa organização afirmando que esta impede que os assistentes sociais se conheçam, além de dificultar a continuidade dos atendimentos, ficando o Serviço Social personalizado por plantão.

“Eu acho que o grande câncer desse trabalho é o esquema de plantão. Essa metodologia de trabalho ela não te ajuda” (Privada, 2008, Vínculo temporário).

“Nós somos plantonistas e isso rebate muito no atendimento, é uma coisa que sempre me chamou atenção negativamente, você faz um atendimento, ninguém dá continuidade. O colega do dia seguinte atende e não lê o relato que você colocou no dia anterior e faz tudo de novo ou faz uma coisa que não cabia e muitas vezes o seu trabalho morre porque não é dada a possibilidade. Então, tem isso, o fato de sermos plantonistas, é ruim pra o paciente e é ruim para a própria equipe, porque quando você quer, vamos supor, marcar uma reunião uma vez no mês, é impossível, porque a pessoa trabalha aqui quarta, mas segunda, quinta e sexta está em outro serviço.” (Pública, 2009, Vínculo temporário).

Destacamos que todas as categorias profissionais da unidade trabalham em regime de plantão, onde grande parte destes plantões é de 24h e em menor escala algumas categorias como fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição trabalham em dois plantões de 12h. Diante disso lançamos o questionamento: será apenas o Serviço Social que possui a dificuldade de dar continuidade aos atendimentos? Será o regime de plantão de 24h um empecilho para a continuidade dos atendimentos? A ausência de continuidade nos atendimentos do Serviço Social nos faz refletir sobre a eficácia do trabalho em equipe que as profissionais declaram efetuar anteriormente.

Para cada dia da semana, cada plantão, existe uma assistente social de referência para cada setor. Cada uma das oito assistentes sociais do dia responde por um dos setores da unidade de saúde. Assim, temos as assistentes sociais distribuídas da seguinte forma:

- Uma assistente Social para Clínica Médica – 80 leitos;
- Uma para ortopedia – 60 leitos;
- Uma para pediatria – 40 leitos (todas as crianças internadas precisam ter ficha social e acompanhamento diário);
- Uma para emergência que compreende (sala amarela; sala verde; sala vermelha e pediatria do pronto socorro – aproximadamente 80 leitos);
- Uma para o CTI adulto, CTI pediátrico e UTI neonatal – 50 leitos;
- Uma para maternidade – 60 leitos;
- Uma para clínica cirúrgica e DST/AIDS – 50 leitos;
- Uma para demanda espontânea na sala do Serviço Social.

Diante desta distribuição e considerando ser uma unidade que dificilmente possui um leito vago por mais de doze horas, é visível que embora a equipe seja

relativamente grande quando comparada a outras unidades de saúde, a demanda é muito maior que o número de profissionais. Somado a essa disparidade, a forma de organização da rotina do Serviço Social também se apresenta como um dificultador para o exercício profissional. Ao realizar os atendimentos nos leitos, ou abordagem com os familiares, os assistentes sociais precisam realizar evolução em cada prontuário com sua avaliação e para os atendimentos específicos que carecem de um acompanhamento mais rigoroso do Serviço Social é elaborada uma ficha social⁶⁹.

Essa ficha social é arquivada na sala do Serviço Social e diariamente as assistentes sociais de referência de cada clínica precisam acompanhar esses atendimentos. Além da evolução em prontuário e na ficha social, cada setor possui um livro de registro, no qual diariamente há necessidade de ser registrado o controle de pacientes internados. Tendo em vista o número de pacientes e a necessidade de evoluir um mesmo atendimento em três instrumentos de registro diferentes, os assistentes sociais apontam essa burocracia como um grande dificultador para a prática.

“Eu acho que como somos divididos por setores nós deveríamos ter um grupo de trabalho para cada clínica, para discutir o que imprescindível em cada clínica; qual seria a melhor forma de atuar; A ficha social, por exemplo, eu acho que deveria estar afixada no prontuário, não deveria ser algo restrito ao Serviço Social, presas em um arquivo para depois molhar, mofá, etc. Porque esse é um trabalho de grande investimento e que não tem visibilidade nenhuma. Eu acho que a gente tem que dar visibilidade ao nosso trabalho. O sigilo profissional existe? Claro que existe, mas informações sigilosas poderiam estar no livro de cada clínica pra que esse livro não seja apenas uma planilha com a listagem diária de pessoas internadas. Então você trabalha muito e não tem visibilidade. Você escreve na ficha, escreve no prontuário, escreve no livro e não tem visibilidade. **E aí você imagina fazer isso numa pediatria que tem 40 crianças... Aí você imagina qual o profissional que vai dar conta de fazer bem feito 40 atendimentos, 40 evoluções no prontuário, 40 evoluções na ficha social e mais uma listagem diária no livro?** Eu não sei há quanto tempo tem essa rotina? Não sei por que não muda? E daqui a pouco o pessoal da FESP vai embora, e aí? O que vai ficar de contribuição para o Serviço Social?” (Pública, 2000, Vínculo permanente).

De acordo com o relato das entrevistadas não é exigido atendimento mínimo para o Serviço Social. A contagem do atendimento da equipe é feita pelo prontuário, ou seja, é a evolução no prontuário seguida de carimbo do profissional que formaliza a quantificação dos atendimentos. Assim, os atendimentos realizados na sala do

⁶⁹ Destaca-se que por definição da chefia, mas não se sabe de que gestão, todos os idosos e as crianças precisam ter ficha social. Mesmo que não haja uma demanda específica do Serviço Social.

Serviço Social, as demandas espontâneas, que são inúmeras, não são contabilizadas na estatística de atendimentos.

O cotidiano profissional ao ser permeado pela contradição imprime aos assistentes sociais o desafio de responder concomitantemente as requisições institucionais e as demandas da população. Em relação às requisições institucionais, a principal solicitação direcionada aos assistentes sociais é, de fato, a mediação de conflitos. Não é por acaso que o Serviço Social é o profissional que não pode estar ausente nas reuniões do “Bom Dia Direção!”, na qual os familiares dos pacientes internados fazem suas críticas ao atendimento que está sendo prestado ou a ausência dele.

Além da mediação de conflito, é também requisitado ao assistente social a concessão e controle de autorização de acompanhantes. Por ser uma unidade de saúde de grande porte, com elevado número de pacientes internados, o fluxo de acompanhantes é bastante intenso.

No momento da internação de menores de 18 anos ou maiores de 60, os familiares são orientados a procurar a equipe de Serviço Social para solicitar a autorização formal de acompanhante. Somente com autorização carimbada pelo Serviço Social é que o familiar pode entrar na unidade nos horários estabelecidos para acompanhantes⁷⁰. Durante a abordagem para concessão de autorização de acompanhante, os assistentes sociais realizam atendimento inicial informando sobre a rotina institucional, os horários de troca de acompanhante, de contato com o médico para informações sobre quadro clínico, horários de refeição, dentre outras.

Destaca-se que, a depender da abordagem realizada, essa oportunidade de atendimento inicial para capturar demandas, esclarecer dúvidas, efetuar encaminhamentos, pode ser traduzida como uma mera atividade burocrática: de preenchimento da autorização e de clarificar para o usuário o que pode e o que não pode durante seu período de estadia na unidade.

Como desdobramento dessa atribuição relacionada às autorizações, todas as terças-feiras, uma assistente social tem o auditório da unidade disponibilizado para realizar o que se denomina Reunião de Acompanhante. Embora esse seja um espaço rico, pois além do assistente social ser o único protagonista dessa atividade

⁷⁰ O horário de troca de acompanhante ou de chegada deste na unidade é 8:00h e 18:00h. Caso haja algum atraso por parte do acompanhante, este não entra na unidade, pois não há flexibilização deste horário pelo serviço de segurança.

ele reúne um grupo de acompanhantes, o que o desvincula de um atendimento exclusivamente individual, o objetivo desse encontro é apenas a validação da autorização concedida durante a semana. Semanalmente todos os acompanhantes precisam validar suas autorizações que validam por 7 dias.

Assim, um espaço que poderia oportunizar a troca de experiências, suscitar discussões sobre o que é o espaço público, a eficiência dos serviços prestados, a orientação sobre direitos sociais, dentre tantas outras temáticas que numa abordagem coletiva incentivaria a população a refletir sobre seus direitos, acaba por ser desperdiçado pelos assistentes sociais.

No que se refere às demandas que não são atendidas pelo Serviço Social, destaca-se, como apontado por uma assistente social entrevistada,

“Transferência; Comunicação de óbito; Notícias sobre quadro clínico; Entrada de objetos no hospital... Tem muitos usuários que chegam na recepção e são logo encaminhados para o Serviço Social, pelo fato da equipe de recepção não identificar a solicitação inicialmente. Mas assim, eu vejo o esforço de alguns assistentes sociais de quando vem esse tipo de demanda pra cá, a gente está sempre sentando com o paciente e dizendo **“ó, isso não é nossa demanda, mas eu vou levar você até o local, pra entrar em contato aqui, pra que você possa ir pro local certo”**, não é um esforço de todos, mas é o esforço de alguns. Essas demandas de transferência, de óbito, elas têm vindo com pouca frequência, mas ainda vem.” (Publica, 1997, Vínculo Permanente).

As principais situações acompanhadas pelo Serviço Social, além do idoso, da criança e do adolescente, são questões referentes à ausência de documentação; idosos que dão entrada na unidade e os familiares não retornam para buscá-los no momento da alta; população em situação de rua que dá entrada na unidade e ao ter alta, a equipe de Serviço Social tem dificuldade em localizar vaga em abrigo público, dentre outras.

Os atendimentos que não possuem uma demanda específica para o Serviço Social, normalmente recebem uma abordagem informativa, seja com relação à dinâmica institucional, seja com relação aos direitos sociais, principalmente no que se refere ao direito previdenciário que possui muita relação com o processo de internação uma vez que, ao ter alta, geralmente o paciente ainda precisa de um período de repouso domiciliar para depois retornar às suas atividades laborativas.

Ressaltamos que a ausência de planejamento sobre as demandas e requisições apresentadas ao Serviço Social contribui para que a intervenção dos assistentes sociais não esteja em consonância com respostas estratégicas. O levantamento sistematizado das principais demandas e requisições atribuídas ao

Serviço Social, além de favorecer o conhecimento sobre a população usuária dos serviços prestados pela unidade, possibilitaria ao Serviço Social antever suas demandas e buscar alternativas que garantam respostas capazes de atender aos interesses da população.

Sem capacidade de antecipar suas ações, os assistentes sociais realizam atividades isoladas e não uma prática profissional, visto que as atividades desenvolvidas não se constituem numa ação planejada por meio do qual objetivam alcançar metas e fins definidos em respostas às demandas colocadas ao Serviço Social. (VASCONCELOS, 2009, p. 32).

Buscamos, ainda, verificar junta às assistentes sociais se a rotina institucional estava organizada de acordo com o interesse dos usuários. Isso porque, quando a rotina está articulada com os interesses da população, isso reduz a chegada até o Serviço Social de demandas que não compete as assistentes sociais. As entrevistadas informam que a rotina está estabelecida de acordo com os interesses da unidade.

- Sobre o horário de visita:

“Não dá para generalizar. Tem coisa que sim. Tem coisa que não. Por exemplo, a gente tem hoje a visita que melhorou. Eram duas vezes na semana. Hoje a visita é diária. Só que é uma hora depois disso ninguém entra. São duas pessoas por usuário. Só que se você trabalha você não tem como vir na visita, porque a visita é no horário comercial. **O horário pra conversar com o médico sobre o quadro clínico do paciente é só pela manhã. Se você não faltar ao trabalho para vir saber do seu paciente você acaba ficando sem notícias porque sábado e domingo o médico não conversa com familiar.**” (Privada, 2007, Vínculo temporário).

- Sobre o que é considerado emergência:

“Por exemplo, uma criança que dá entrada aqui com 37° de febre, não vai ser atendida, porque 37° de febre não é critério de classificação de risco para a unidade. Só que assim, a criança teve 39 na madrugada, é claro que a mãe deu um antitérmico e veio. E a criança chegou aqui com 37°, não vai entrar. Vai ser encaminhada para a UPA e até ser atendida lá a febre já voltou pra 39°. **Neste sentido, a classificação de risco, é uma rotina que beneficia, mas se for engessada acaba atrapalhando.**” (Pública, 2004, Vínculo temporário).

- Sobre a documentação médica:

“Por exemplo, **o paciente recebeu alta e sua internação excedeu a 15 dias, ele tem que dar entrada no INSS mas a unidade só libera a documentação médica, o resumo de internação, no prazo de 30 dias.** Então, assim, o que você faz em 30 dias? Não come, não bebe, não faz nada. Um CAT está levando 30 dias. E no caso de um acidente de trabalho, como você entra pelo INSS? Como o Serviço Social dá conta disso? Não dá. A gente só orienta quem tem direito. A unidade está atendendo não sei quantas mil pessoas por mês e não tem como, não dá conta.” (Pública, 2008, Vínculo temporário).

- Sobre a humanização na maternidade:

“A rotina da instituição ela não é pensada sob a perspectiva do usuário, ela é pensada a partir da perspectiva do profissional. Tentou-se nessa nova maternidade que é a menina dos olhos do estado - tem uma importância pro governo do estado - humaniza-la entre aspas, mas é dentro do caos que é a unidade, isso já é uma humanização. Tem uma onda de, é falta de vagas, não tem como atender, não tem como acomodar o acompanhante, o acompanhante tem que sair, **até quando se tenta organizar de acordo com a vontade do usuário, você vê a dificuldade “não, vamos cortar, vamos cortar o acompanhante, porque está dando confusão”, sempre na perspectiva do bem estar do profissional, pra que ele se estresse menos, para que ele tenha menos gente falando ao redor dele.**” (Pública, 2004, Vínculo temporário).

Diante dessas manifestações verificamos que a rotina na instituição corresponde muito mais aos interesses da unidade do que aos interesses dos usuários. Muitos desses questionamentos são dirigidos aos assistentes sociais que, como referenciado anteriormente, não possuem um histórico de participação política e, conseqüentemente baixo poder de negociação e barganha. Além disso, constituem uma equipe amplamente fragmentada, e individualmente não possuem autonomia para intervir na dinâmica da unidade. Esse quadro, fatalmente implica no enfraquecimento do Serviço Social diante da correlação de forças existente dentro da unidade de saúde.

Ainda sobre a autonomia, as entrevistadas apontam que possuem autonomia nas suas intervenções com os usuários, porém, quando se trata de questões que carecem de um posicionamento coletivo da equipe, encontram dificuldades em conseguir a adesão necessária. Em alguns atendimentos específicos, o assistente social faz algumas ponderações incipientes, mas que não são legitimadas por toda a equipe. Mais uma vez retomamos a questão do vínculo institucional quando nos deparamos com a seguinte declaração:

“Uma coisa que eu aprendi, é o seguinte, vai você vai abrir exceção, você tem que comprar essa briga, então se você já é um profissional dentro daquela equipe com vínculo inferiorizado, como você vai comprar briga de usuário? Você vai achar que é melhor deixar pra lá, não quero ter confusão, porque vai que eu sou mandada embora, isso aqui não é pra sempre, a gente ouve muita isso. Só que quem paga toda essa conta é o usuário, porque deu 7 horas eu vou embora. Quando eu passo naquele portão, eu esqueço tudo, o usuário continua aqui dentro. Ele paga a conta de toda essa confusão...” (Pública, 2004, Vínculo temporário)

Ao fazer referência ao “vínculo inferiorizado” – referindo-se ao vínculo temporário na unidade – podemos perceber que na rotina de trabalho dos assistentes sociais a diferença de vínculos trabalhistas traz para a equipe uma diferenciação seja do ponto de vista do exercício profissional no que se refere à

autonomia, seja relacionado às relações interpessoais estabelecidas dentro da equipe. Frente a essa realidade ao indagarmos as entrevistadas se estas consideravam que a diferença de vínculos alterava a dinâmica de trabalho do Serviço Social, apenas 3 profissionais avaliam que não evidenciam esse tipo de alteração.

As demais entrevistadas afirmam que, indiscutivelmente, a diferença de vínculos traz impactos diretos para a dinâmica de trabalho. Para as profissionais com vínculo permanente, essa alteração se dá em virtude da ausência de uma identidade das profissionais temporárias para com a unidade de saúde. Já para as profissionais com vínculo temporário essa influência na dinâmica de trabalho é decorrente da hierarquização que se estabelece entre profissionais com vínculos permanentes e temporários. Além disso, acrescentam que não possuem abertura para propor alterações na rotina institucional. Esta afirmação está expressa nos seguintes depoimentos:

“Altera. Porque para quem é estatutário você sabe que você está aqui e vai continuar aqui, pra **quem está de passagem**, e não tem essa segurança, **não tem um compromisso com a instituição**. É claro que não dá pra generalizar; a gente tem profissional que tem o vínculo temporário e trabalha muito bem. Não é o que define, mas muitas vezes faz uma grande diferença...” (Pública, 2000, Vínculo permanente).

“Altera totalmente. Primeiro porque eu acho que o vínculo mais frágil ele parece criar um pouco de dúvida quanto a capacidade desse profissional, como se o vínculo fosse determinante para o desempenho da prática do profissional. **As próprias relações interpessoais são complicadas e isso afeta o trabalho; você já vem para cá errado**. Você já vem cheio dúvidas, enfim, eu acho que faz diferença nas relações interpessoais e **essas diferenças nas relações interpessoais, elas provocam uma consequência lá na relação com usuário, porque às vezes há profissionais que se deixam abater, há profissionais que duvidam mesmo da própria capacidade**. Há profissionais que ficam com complexo de inferioridade. Há profissionais que já ficam cansados com toda essa relação e a saúde mental nossa é de suma importância. Se você não estiver minimamente preparado pra isso você acaba tendo aquela relação policalesca com o usuário.” (Pública, 2008, Vínculo temporário).

Diante de muitos obstáculos, todas as entrevistadas sinalizam a importância de se discutir a prática, embora não apresentem sugestões para que essa proposição se concretize. É somente através do processo reflexivo que a prática pode ser aprimorada de modo a corresponder às reais necessidades dos usuários. O compromisso com a aproximação entre academia e prática é algo que exige não apenas a disponibilidade de tempo, mas, em especial, carece do constante investimento no exercício profissional.

Sobre essa questão, a necessidade do constante exercício de repensar a prática é algo que se coloca em destaque nas manifestações de todas as entrevistadas. Embora tenham a clareza da importância de se discutir e refletir sobre a prática isso não foi evidenciado durante o período da coleta de dados. Destacamos a seguir um dos depoimentos que, de modo geral, expressa o posicionamento das demais entrevistadas:

“Acho importante. Muito importante. Ocorre assim muito especificamente dentro do próprio plantão, de forma muito pontual. Eu chego para fulana e pergunto: “o que você acha?” Não existe aquela coisa assim sistemática. O caminho é tentar conversar com colega para tentar dar uma clareada. **Então acho que as demandas elas estão se apresentando, talvez as mesmas, mas cada vez de uma forma diferente, às vezes nós caímos nos mesmos problemas.** Por exemplo, a gravidez na adolescência, que é um problema social. A demanda da gravidez na adolescência, ela se apresenta quase toda hora, mas ela vem pro Serviço Social de várias formas. Então, eu acho importante a gente está sempre revisando a teoria para não ser engolido pelo burocratismo que temos na prática.” (Privada, 2008, Vínculo temporário).

Fato é que a dinâmica da vida social corrobora para que a “falta de tempo”, justificativa esta apresentada pelas entrevistadas, seja um determinante para a ausência de investimentos no processo de reflexão/sistematização da prática. Diante disso, os assistentes sociais desempenham ações não planejadas e não conectadas à realidade social originária das demandas que lhes são apresentadas em seu cotidiano de trabalho. Ações estas que configuram um retrocesso para a profissão quando associadas às práticas conservadoras.

Partindo da premissa de que o elemento contradição é algo inerente ao exercício profissional dos assistentes sociais, é indiscutível que nos diferentes espaços profissionais as reais condições de trabalho são sempre adversas à efetivação do projeto profissional. Deste modo, os assistentes sociais lidam em seu cotidiano com limites e eventuais possibilidades para o desempenho de sua prática.

Quando indagadas sobre os limites impostos em seu cotidiano de trabalho, as entrevistadas apontam para questões que são atinentes à dinâmica institucional, como reflexo da precarização por que passa a política pública de saúde na atualidade e questões referentes à própria dinâmica de trabalho do Serviço Social dentro da unidade. Com relação aos limites relacionados à dinâmica institucional foi apontada a ausência de transporte para a realização de visitas domiciliares.

No relato das profissionais está contido o fato da disputa pela ambulância, uma vez que a utilização desta é, coerentemente, priorizada para a transferência de

pacientes, ficando o Serviço Social sem a possibilidade de dar continuidade a alguns casos que demandem maior atenção. Além das visitas domiciliares, as visitas institucionais que poderiam ser instrumentos de fortalecimento de parcerias entre as instituições locais, também são inviabilizadas pela ausência de transporte.

Outro ponto sinalizado pelos profissionais refere-se ao telefone, seu principal instrumento de trabalho. Foi relatado que a impossibilidade de realizar ligações para outros estados, em muitos casos inviabiliza a realização de contatos indispensáveis para a continuidade de alguns atendimentos.

“A gente não tem como fazer visita, outro dia eu fiz, mas eu fui no meu carro” (Pública, 2004, Vínculo temporário).

“ O telefone não faz ligação DDD então como a gente recebe muitos usuários que são natural de outros estados e as vezes estão sem vínculo familiar aqui ou sem documentação a gente tem que subir e descer várias vezes só que a espera do elevador é enorme, então você perde um tempão em um único caso, tendo mais 60 e poucos para atender.”(Pública, 2000, Vínculo Permanente).

Um dos principais problemas enfrentados pelos assistentes sociais em seu exercício profissional é a parca, ou quase nula, rede socioassistencial. Por se tratar de uma unidade de grande porte, tendo como porta de entrada a emergência, a unidade recebe um número elevado de usuários que vivem em situação de rua. Na atualidade, este segmento da população vem crescendo abruptamente e pelas condições de vida que possuem, estão suscetíveis a vários problemas de saúde. De forma bastante recorrente, esses usuários adentram a unidade para o tratamento de uma determinada doença e, no momento de alta clínica, o Serviço Social encontra inúmeras dificuldades para encaminhá-los a abrigos públicos.

Existe um investimento expressivo na tentativa de fortalecimento dos laços familiares desses usuários, mas as condições em que vivem nas ruas, geralmente atrelados ao consumo de drogas, faz com que seus familiares os aceitem em um primeiro momento. Logo depois, esse usuário retorna para a rua e, posteriormente, dá entrada novamente na unidade de saúde. Vale destacar que durante o árduo processo de tentativa de vaga em abrigos públicos – rotineiramente lotados – e também ao peregrino processo de localização da família do “usuário em situação de rua”, o Serviço Social sofre “pressão”, por parte dos demais profissionais de saúde, para desocupar o leito, pois clinicamente o usuário já está de alta e, paralelamente, existem, dezenas de pacientes aguardando aquela vaga.

Além dos limites estruturais, as entrevistadas destacam dificuldades encontradas dentro da própria equipe como obstáculo para uma ação prismada pelo projeto profissional. A primeira delas refere-se a ausência de uma identidade para o Serviço Social na unidade. Além de não existir essa identidade direcionada focada na organização das atividades profissionais, os próprios assistentes sociais não se conhecem. Embora nominalmente a listagem esteja afixada na sala do Serviço Social, os plantonistas pouco dialogam.

Essa falta de entrosamento entre a equipe traz à realidade a existência de 7 equipes distintas de Serviço Social, uma para cada dia da semana, embora todas atuando num mesmo espaço de trabalho e atendendo os mesmos usuários. Fato é que não pretendemos aqui referenciar práticas padronizadas de modo engessado que comprometam a autonomia profissional. O que sinalizamos é a necessidade do planejamento coletivo que tenha por fim último o exercício profissional competente, no sentido de fortalecer o trabalho em equipe.

A hierarquização das relações também é algo apontado pelas entrevistadas. A máxima militar de que “antiguidade é posto” inferioriza o trabalho de parte expressiva da equipe. Essa realidade é constantemente capitaneada pela diferença de vínculos. Por um lado, temos as profissionais com vínculo permanente atuando há mais tempo na unidade, sinalizando que as “novas” colegas de trabalho não querem aceitar as sugestões do “*como fazer*”. Essas ponderações traduzem a existência de práticas ainda hoje balizadas por intervenções prontas e acabadas, como se as demandas apresentadas ao Serviço Social não sejam permeadas por particularidades. Por outro lado, temos as profissionais com menor tempo de atuação dentro da unidade, com vínculo temporário, que ao se sentirem fragilizadas na correlação de forças estabelecida dentro da própria equipe, são relegadas a uma prática de conformidade.

A descontinuidade nos atendimentos também é algo sinalizado com limite para a ação profissional. A própria organização dos assistentes sociais em regime de plantão já se apresenta como desafio para a continuidade dos atendimentos. Por ser regime de plantão o atendimento iniciado por uma das plantonistas precisa ser acompanhado pelas demais profissionais nos dias que sucedem a abertura da ficha social. Fato é que, conforme sinalizado nos depoimentos, a perda da ficha social; a avaliação diferenciada da profissional do dia que entende que aquele atendimento não carece de abordagem incisiva do Serviço Social; a abordagem individual, porém

sem registro na ficha social; o entendimento de que o direcionamento daquele atendimento não deve ser o que foi iniciado anteriormente; dentre tantas outras questões, tem sido elementos que contribuem para a descontinuidade dos serviços prestados. O que nos cabe ressaltar é que essa problemática é vivenciada pelos usuários por parte das demais categorias profissionais, não sendo exclusivo do Serviço Social.

Tendo em vista que um determinado “paciente” fique internado por um período que excede a sete dias, ele terá sete assistentes sociais com compreensões diferentes, posicionamentos ético-políticos diferentes, encaminhamentos diferentes, ou seja, será atendido por sete assistentes sociais diferentes. Esse, por si só, já é um elemento dificultador para a continuidade do trabalho, pois o “paciente” e/ou familiar não consegue, na maioria das vezes, um atendimento resolutivo, além de não criar uma identidade com o profissional. Somado a isso, a ausência de um diálogo entre os profissionais sobre o direcionamento dos atendimentos dificulta ainda mais a elaboração de ações estratégicas a serem desenvolvidas junto aos usuários.

Em relação aos aspectos facilitadores da prática, três questões merecem destaque. A primeira delas consiste no livre acesso que o Serviço Social tem em todos os setores da unidade o que, quando utilizado de forma estratégica, pode provocar uma ampla visibilidade para a profissão. Acrescido a essa afirmação está o fato dos usuários terem acesso facilitado ao Serviço Social.

O segundo deles é o fato dos profissionais terem experiência em outras áreas de intervenção do Serviço Social, o que contribui para desdobramentos mais eficazes dos atendimentos, segundo relato das entrevistadas. Tendo em vista a formação generalista do Serviço Social, a experiência profissional nos diferentes campos de atuação contribui para que em um determinado atendimento o assistente social esteja munido de mais informações para dar respostas aos usuários.

O terceiro e último ponto a ser destacado pelas assistentes sociais como facilitador da prática é a existência na equipe de quatro auxiliares administrativos. Duas com vínculo permanente e duas terceirizadas. As duas profissionais com vínculo permanente trabalham três vezes por semana em plantões fixos, sendo uma segundas, quartas e sextas e a outra, terças, quintas e sábados. Já as profissionais terceirizadas trabalham em regime de plantão diurno em escala 12hX36h. De acordo com as assistentes sociais, a existência dessas quatro profissionais administrativas

facilita a organização do trabalho e como elas trabalham no sistema de rodízio possuem mais conhecimentos sobre os demais plantões, funcionando como uma espécie de elo entre a equipe.

Diante das manifestações apresentadas pelas profissionais, reafirmamos que o trabalho dos assistentes sociais nos diferentes espaços sócio-ocupacionais é permeado por limites e possibilidades, podendo ser estes identificados ou não pelos profissionais, a depender de sua capacidade de reflexão sobre a realidade social em que se encontram inseridos. De acordo com Yamamoto (2009), embora muitas sejam as adversidades enfrentadas pelos assistentes sociais em seu espaço de trabalho,

é essa realidade de precariedade de serviços públicos que enfrentamos e da qual temos que partir no cotidiano profissional, não podendo deixar que ela nos asfixie. Não temos de ser necessariamente levados ao imobilismo, à descrença, à desilusão profissional. Há de superar essa posição fatalista, como também aquelas visões idealistas que, como costume dizer, tornam a assistente social, próxima à figura de “Alice no País das Maravilhas”: se a sociedade fosse igualitária, se houvessem recursos abundantes, se não existissem relações de poder nas instituições, se tivéssemos completa autonomia em nosso campo de trabalho... aí sim, poderíamos realizar “aquele” Serviço Social com que sonhamos. (p.161-162).

Ao considerarmos que em uma sociedade capitalista as condições de trabalho e a correlação de forças nos diferentes espaços de trabalho sempre serão adversas ao Serviço Social crítico, é possível identificar que é nessa dinâmica contraditória que a prática profissional é desempenhada. Assim, o potencial crítico, competente e comprometido dos assistentes sociais são postos cotidianamente à prova. Deste modo, o investimento em análises sistemáticas sobre a ação profissional ainda se apresenta como indispensável para uma prática mediada pelo projeto ético-político do Serviço Social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eu não estou interessado
Em nenhuma teoria
Nem nessas coisas do oriente
Romances astrais
A minha alucinação
É suportar o dia-a-dia
E meu delírio
É a experiência
Com coisas reais...
Belchior.

A conjuntura político-econômica capitalista, que se sustenta na exploração do trabalho, traz à tona uma realidade incompatível com os pressupostos éticos e políticos contidos no projeto ético-político do Serviço Social. Este projeto exige novos caminhos para a profissão os quais estejam pautados em sistemáticas reflexões e discussões da parte da categoria que o toma como referência, no que se refere à elaboração de estratégias de enfrentamento a esta realidade social, seja no âmbito acadêmico, seja no cotidiano da prática sócio-assistencial.

Numa realidade capitaneada pela redução constante de investimentos nas políticas sociais, emerge a tendência de privatizar a gestão das mesmas. Esse arranjo que se estabelece não é casual já que a focalização e a precarização das políticas sociais favorecem os interesses do capital na medida em que criam espaços possíveis para obtenção de lucros por meio da adoção de diferentes instrumentos de privatização.

Na unidade de saúde aqui pesquisada, os rebatimentos dessa precarização são traduzidos nos processos internos de privatização de setores do hospital referenciado enquanto público; nas péssimas instalações de setores que não representam visibilidade como clínica médica, ortopedia, pediatria, dentre outros; nas condições de trabalho em que os diversos profissionais de saúde realizam os atendimentos; na carência de insumos e na superlotação.

Inegavelmente a política de saúde, de cunho universal e integral, passa a ser evidenciada por uma viabilização de conquistas no plano jurídico-institucional que,

de fato, podem ser refletidas no aparato legal. Contudo, em sua operacionalização, muitos são os avanços a serem ainda alcançados visto que a dificuldade de funcionalidade plena do Sistema Único de Saúde possui como maior entrave uma conjuntura político-econômica que corrobora para a minimização constante das políticas sociais.

Em especial, no campo da saúde, essa redução é traduzida na focalização do atendimento emergencial reiterando um modelo de atenção em saúde que mantém um caráter assistencialista e curativo. Deste modo, os poucos investimentos na atenção básica reduzem as possibilidades de alcance de uma atenção que, de fato, traduza a promoção e a prevenção em saúde.

No que se refere à intervenção dos assistentes sociais no campo da saúde, esta ao ser orientada pelos preceitos ético-políticos e teórico-metodológicos do projeto profissional, delimita suas atribuições e clarifica no cotidiano de sua ação as potencialidades da atuação profissional. O que lhe confere legitimidade neste campo e possibilita preencher as lacunas de subalternidade que o Serviço Social tem no campo da saúde.

A preocupação com a direção ético-política do Serviço Social efetivada na prática dos assistentes sociais na saúde estimula estudos como este. Sendo assim, a prática científica deve se apresentar como um dos principais instrumentos a serem utilizados pelos profissionais, no sentido de produzir conhecimentos acerca da sua prática e da dinâmica social apresentada pelos usuários do serviço público de saúde.

Partindo da premissa de que toda prática profissional possui uma determinada intencionalidade - mesmo que não hajam objetivos sistematizados, como revelam os dados desta pesquisa - torna-se necessário reafirmar que toda prática, mesmo aquelas restritas a ações rotineiras e burocráticas, reforça uma determinada direção social. Assim, independente do nível de conscientização dos assistentes sociais, sua prática desempenha uma funcionalidade no âmbito das relações de reprodução da sociedade capitalista.

Deste modo, a prática profissional embora seja determinada por condições sócio-históricas, ela é igualmente determinada pelos próprios assistentes sociais que a vivenciam através de suas escolhas profissionais. Conseqüentemente, a opção pelos instrumentais teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo serão também determinante para a prática profissional.

A atuação dos assistentes sociais na unidade de saúde aqui pesquisada tem sido constantemente tensionada pela contradição entre princípios do projeto profissional, objetivos institucionais e interesses individuais e coletivos dos usuários. Fato é que os achados deste estudo apontam para uma atuação profissional que permanece muito mais associada aos objetivos institucionais – sobretudo na mediação de conflitos – do que aos princípios do projeto profissional. Deste modo, os limites institucionais são encarados como algo irreversível, de modo que nada se possa fazer. Exemplo emblemático disso é a forma como a rotina institucional está organizada, buscando atender essencialmente os interesses da unidade de saúde e a passividade dos assistentes sociais diante dessa organização institucional.

Ao nos remetermos ao perfil profissional traçado nesta pesquisa – concepção de saúde restrita; ausência de participação política; ausência de investimento na formação permanente; compreensão do Serviço Social como garantidor de direitos, dentre outros aspectos –, bem como a forma organizativa do Serviço Social na unidade de saúde – ausência de planejamento coletivo; ausência de projeto de intervenção; organização em regime de plantão que impossibilita a troca de experiência e favorece a descontinuidade dos atendimentos; diferença de vínculos de trabalho que estabelece relações hierárquicas dentro da equipe; ausência de vínculo institucional que influencia a prática, dentre outros –, verificamos que muitos são os desafios para o alcance de uma prática profissional que tenha por premissa o projeto ético-político do Serviço Social.

Atuar no campo da saúde exige do assistente social compreender o conceito de saúde como um direito fundamental do ser humano devendo o Estado ser provedor das condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Destarte, torna-se necessário que o assistente social tenha clareza dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/doença, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o acesso aos bens e serviços essenciais em todos os níveis de saúde da população que expressam a organização social e econômica do País. Assim, a prática profissional do Serviço Social não está focalizada na doença de forma específica, mas no conjunto de variáveis sociais que determinam a saúde.

É possível identificar que a prática dos assistentes sociais permanece focada no atendimento individual, consubstanciado numa intervenção paliativa que não traduz nenhuma alteração da realidade. Deste modo, os assistentes sociais embora

verbalizem que atuam com as expressões da questão social, não desempenham uma prática que responda às necessidades sociais individuais e coletivas da classe trabalhadora.

Embora as manifestações apresentadas pelos assistentes sociais tenham um eixo de convergência com o projeto profissional, no cotidiano profissional isso não fica claramente evidenciado uma vez que o posicionamento intelectual e reflexivo não é, via de regra, refletido em sua prática profissional.

A “rotina de trabalho avassaladora”, como destaca uma das entrevistadas, é reflexo das contradições sociais que caracterizam a sociedade capitalista, o que acaba por provocar um ritmo intenso de trabalho no qual os assistentes sociais são levados a agir espontaneamente, sem grandes investimentos no processo reflexivo sobre a prática. A busca por respostas às requisições institucionais, ao número de atendimentos, contribui para que os profissionais permaneçam no âmbito do imediato, do paliativo.

Os profissionais, embora tenham espaços para ampliar suas ações – como, por exemplo, a “Reunião de Acompanhantes” que é sempre muito frequentada pelos usuários –, permanecem desempenhando atividades limitadas que reforçam o atendimento individual, o que acaba por favorecer a individualização dos problemas apresentados, em detrimento de ações que envolvam coletivamente os usuários. Tal procedimento dificulta a elaboração e desenvolvimento de novas alternativas que favoreçam e fortaleçam os direitos dos usuários.

Os poucos investimentos na formação permanente – justificados pelas entrevistadas pela falta de tempo e de condições financeiras – impedem que os assistentes sociais acompanhem as mudanças que são processadas no interior da profissão e da própria instituição. O impacto negativo dessa carência de atualização é evidente quando estudamos a prática profissional. Isso porque, a falta de investimento contínuo nas dimensões teórico-metodológica e ético-política penaliza a possibilidade de uma leitura apurada da realidade social, comprometendo substancialmente as mediações necessárias entre prática e projeto profissional.

A diferença de vínculos provoca uma fragmentação dentro da equipe, fragmentação essa fortalecida pelo estabelecimento de relações hierárquicas. Assim, os assistentes sociais com vínculos frágeis não se veem encorajados para assumir determinadas situações que tragam implicações para a garantia de seu emprego, como dito, “comprar a briga do usuário”, o que os deixam limitados às

ações burocráticas, paliativas, emergenciais que estão diretamente associadas às normas relativas à organização institucional. Por outro lado, os assistentes sociais com vínculos estáveis desenvolvem sua prática numa lógica de conformidade, tendo como objetivo último a manutenção das práticas historicamente estabelecidas sem perspectiva de transformação e superação do capitalismo, como indicado pelo projeto profissional.

Vale destacar, que o fato de assistentes sociais que têm como horizonte o fortalecimento do projeto ético-político, mas que se distanciam do arcabouço teórico metodológico que atualmente orienta a profissão, embora tenha sido evidenciado num estudo em uma unidade de saúde determinada, é um quadro que vem sendo identificado também em outros espaços de trabalho dos assistentes sociais. Vasconcelos (2009), pioneira neste debate, ao realizar sua pesquisa com os assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro identifica que,

há uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais, os quais, direta ou indiretamente, tomam como referência o projeto ético-político, e as possibilidades de prática contidas na realidade, objeto da ação profissional, as quais só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica da realidade, fruto de uma conexão sistemática - ainda não existente - entre a prática profissional e o debate hegemônico na categoria.

Mamede (2009) em sua pesquisa de dissertação de mestrado buscou identificar a direção social da prática dos assistentes sociais que atuam na rede pública de saúde de João Pessoa/PB. O estudo realizado em cinco unidades de saúde contou com a participação de 34 assistentes sociais. De acordo com o estudo, os assistentes sociais reforçam os objetivos institucionais em detrimento dos objetivos do projeto ético-político. Segundo Mamede,

Tal projeto é percebido é conhecido superficialmente pelo conjunto de profissionais entrevistados, o que compromete a interlocução das múltiplas relações que ele inspira, assim como impossibilita o trato crítico e qualificado às necessidades sociais e profissionais contemporâneas. Enfim, a pesquisa revelou que a direção ético-política prevalescente na prática profissional dos assistentes sociais ainda é aquela conformada às tendências conjunturais e às normas e limites institucionais, reforçando a reprodução da ordem vigente e seu jogo de poder. (2009, p.26).

Outro estudo que também expressa essa realidade é a dissertação de mestrado de Mattos (2012) realizada em um espaço de intervenção extremamente adverso aos interesses ético-políticos profissionais. A autora pesquisou o cotidiano profissional dos assistentes sociais nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), do

Município do Rio de Janeiro geridas por Organizações Sociais. A autora conclui que, embora os avanços profissionais tenham alcançado visibilidade no campo teórico do Serviço Social, esses avanços não são identificados na prática dos assistentes sociais que permanecem desenvolvendo uma prática focada no imediato e expressamente subordinada aos interesses institucionais.

Assim, podemos inferir, diante destes estudos e de outros não citados aqui, que os resultados dessa pesquisa não estão exclusivamente condicionados a uma única unidade de saúde, mas permeiam diferentes espaços de trabalho dos assistentes sociais. Esse quadro se coaduna com práticas distanciadas dos avanços ético-político que o Serviço Social alcançou no campo ético-político e teórico-metodológico.

A fragilidade teórica dos assistentes sociais explicitada neste estudo nos faz refletir não apenas sobre a carência de investimento na formação permanente, mas também na defasagem atinente à formação graduada indispensável para a compreensão da unidade teoria-prática. Isso porque, mesmos os assistentes sociais formados durante a década de 2000, período em que já havia a consolidação teórica do projeto profissional crítico, apresentam fragilidade teórica nos questionamentos trazidos por este estudo. A falta de clareza sobre o conceito ampliado de saúde; a imprecisão teórica sobre o que vem a ser o Serviço Social, ao ponto da profissão ser mencionada enquanto “um sonho”, algo que estaria no plano do ideal; as manifestações contraditórias e ambíguas a respeito da prática direcionada para os interesses dos trabalhadores são, dentre outros elementos, expressões do distanciamento da prática profissional com o projeto ético-político.

Faz-se necessário desvendar a realidade com vistas a estabelecer vínculos cada vez mais estreitos com o compromisso ético e político que orienta o Serviço Social. Para tal, a identidade profissional deve estar embasada em uma capacitação teórico-metodológica, que venha subsidiar uma intervenção profissional capaz de reafirmar continuamente o compromisso com a classe trabalhadora.

Ao tomarem o projeto profissional como referência os assistentes sociais precisam ser instrumentalizados teoricamente para desvendarem a realidade social em que desempenham suas ações, com o objetivo de elaborarem ações estratégicas que deem respostas resolutivas para as demandas apresentadas pela classe trabalhadora nos diferentes espaços de trabalho. Deste modo, a formação profissional, seja no plano da graduação, seja no plano da formação permanente,

tem se apresentado como elemento indispensável para o alcance da prática mediada pelo projeto profissional.

Há de se considerar que o projeto profissional, ao ser composto por princípios e valores que coadunam com um projeto societário de transformação social, apresenta uma incompatibilidade com a sociedade capitalista. Deste modo, na sociedade de classes o projeto ético-político não encontra condições necessárias para efetivação plena, porém serve de parâmetro de fundamentação para a direção social a que se destina a perspectiva crítica.

O que não se pode desconsiderar é que as condições objetivas que circundam os espaços profissionais são adversas à prática profissional que tenha por horizonte um projeto profissional radicalmente democrático. Deste modo, o assistente social não pode ser exclusivamente responsabilizado pelo sucesso ou fracasso de suas ações.

A fragilidade teórica associada à fragilidade nos vínculos de trabalho obstaculizam, mas não impedem uma prática balizada pelo projeto ético-político. Deste modo, embora os assistentes sociais encontrem uma série de limites em seu cotidiano de trabalho, são eles os protagonistas da prática profissional, sendo então os responsáveis pela direção social que imprimem em sua prática.

Com efeito, a intervenção dos assistentes sociais deve primar pela ultrapassagem de uma atuação que objetive exclusivamente a ampliação de direitos sociais e a inserção dos usuários nas políticas sociais, visto que isso se apresenta como medida necessária, porém não efetiva a alteração da realidade social tão almejada pela profissão. Faz-se necessário incorporar a perspectiva interventiva que venha a objetivar a dimensão emancipatória dos usuários, na qual o assistente social não venha a corroborar com o processo burocrático de administração das desigualdades sociais, podendo ser visto apenas como aquele profissional que “resolve” as questões emergenciais.

Para alcançar este fim acreditamos que a dimensão investigativa, associada à constante atualização teórica deve fazer parte do cotidiano da prática de forma a possibilitar a manutenção de uma postura crítica capaz de propor e elaborar condições objetivas para que a prática profissional esteja sistematicamente em sintonia com o projeto ético-político do Serviço Social. Neste sentido, devemos considerar que o questionamento das relações sociais, políticas e econômicas que

capitaneiam a sociedade na qual vivemos, precisa fazer parte do exercício profissional competente.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. *Serviço Social & Sociedade*, n 50, ano XVII, p. 143-171, abr., 1996.

_____. Formação do assistente social no Brasil e a consolidação do projeto ético-político. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n 79, ano XXV, p. 72- 81, 2004.

ALMEIDA, N.L.T. Retomando a temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 3ªed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 399-408.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 09-23.

ANTUNES, R. (org.). *A dialética do Trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

BARROCO, M. L. S. *Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos*. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. *Política Social no Capitalismo Tardio*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BEHRING, Elaine. Rosseti. e BOSCHETTI, Ivonete. *Política Social: fundamentos e história*. 6ª ed., São Paulo, Cortez, 2009. (Bibliografia Básica de Serviço Social, v.2)

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da Reforma do ensino superior para a formação do assistente social: Desafios para a ABEPSS. *Temporalis*, n.1, ano I, p. 81-97, jan./jun., 2000.

_____. Seguridade social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 79, ano XXV, p. 108-132 , 2004.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF:Senado, 1988. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acesso em: 03 mar. 2011.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>. Acesso em: 12 fev 2011.

BRAVERMAN, H. A divisão do trabalho. In: *Trabalho e capital monopolista*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1974. p. 70-81.

BRAVO, M. I. de S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996.

_____. Política de Saúde, ética e Serviço Social. In: *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

_____ et al. (orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

_____; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; PEREIRA, Potyara (orgs.). *Política Social e Democracia*. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008a. p. 197-215.

_____; MATTOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 3ed. São Paulo: Cortez, 2008b. p. 197-217.

_____; MENEZES, J. S. B. Política de Saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980. In: BRAVO, Maria Inês de Souza et al. (orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008a. p. 22-24.

_____; MENEZES, J. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês de Souza et al. (orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008b. p. 17-21.

_____; PEREIRA, P. (orgs.). *Política Social e Democracia*. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

_____; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar., 2012.

BRAZ, M. Notas sobre o projeto ético-político. In: *Assistente Social: Ética e Direitos*. 5ª ed. Rio de Janeiro: CRESS/RJ, 2005.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social*. Uma Crônica do Salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CFESS. *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Conselho Federal de Serviço Social. 2010.

_____. Código de Ética Profissional In: Assistente Social: ética e direitos. *Coletânea de Leis e Resoluções*. Rio de Janeiro: CRESS, 7ª região, volume 1, 2008.

CESAR, M.J. Serviço Social e Reestruturação Industrial: requisições, competências e condições de trabalho profissional. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). *A nova fábrica de consensos*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 115-148.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 9ªed. São Paulo: Cortez, 2008.

CIAVATTA, M. O conhecimento histórico e o problema teórico-metodológico das mediações. In: FRIGOTTO, G. e CIAVATTA, M. (org.). *Teoria e educação no labirinto do capital*. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 130-155.

COELHO, M.A. Imediaticidade na prática profissional do assistente social. In: *Serviço Social: temas, textos e contextos. Coletânea nova de Serviço Social*. 1ª ed. Rio de Janeiro. Ed. LumenJuris, 2010.

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

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final*. CNS, 1986.

COSTA, M.D.H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: *Serviço Social e Sociedade*, n. 62. São Paulo: Cortez, 2000.

COSTA, M. D. H. O Trabalho no Serviço de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 3ªed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 304-351.

COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. *Revista Praia Vermelha*. Vol. 1, n.1, p. 123-144, 1997.

DAL POZ, M. R. *Entre o prescrito e o realizado: um estudo sobre a implementação do SUS no Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996.
DRAIBE, Sônia; HENRIQUE, Wilnês. “Welfare State”, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n.6, fev. 1998.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas em pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. de S et al. (orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 36-39.

GUERRA, Y. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. *Serviço Social & Sociedade*, nº 91, ano XXVI, p. 5-33, 2007.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Ed. Loyola, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 18ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. A questão social no capitalismo. *Temporalis*. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Brasília, v. 2, n. 3, jan/jun de 2001, p. 9-31.

_____. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS, ABEPSS, 2009. p. 341-375.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e o Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 14ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

KAMEYAMA, N. Metodologia: Uma Questão em Questão. *Cadernos Abess*, São Paulo, Editora Cortez, n.3, p. 99-104, 1989.

KOIKE, M. M. Formação Profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS, ABEPSS, 2009.

KOSIK, K. *Dialética do Concreto*. Tradução: Célia Neves e Alderico Toríbio, 2ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976

KOWARICK, L. *Trabalho e Vadiagem*. A origem do trabalho livre no Brasil. 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

MAMEDE, E.L. *A direção ético-política da prática do assistente social: uma análise no âmbito hospitalar público à luz do projeto profissional*. Dissertação de Mestrado. UFPB, 2009.

MARTINELLI, M. L. Serviço Social em Hospital-Escola: um espaço diferenciado de ação profissional. In.: *Serviço Social e Saúde*. Ano 01. UNICAMP: Campinas, 2002.

MARX, Karl. O método da economia política. In: *Contribuição para a crítica da economia política*. Lisboa: Estampa, 1985a.

_____. A lei geral da acumulação capitalista. In: *O Capital*. Crítica da Economia Política. São Paulo: Nova Cultural, 1985b. Cap. XXIII. (Coleção Os Economistas).

_____. *O Capital*. Crítica da Economia Política. Livro 1 – O Processo de Produção do Capital. Trad. Reginaldo Sant’Anna. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.

_____. Condições Históricas da Reprodução Social. In: IANNI, O. (org.). *Marx*. Sociologia. São Paulo: Editora Ática, 1996. p.62-73. (Coleção Grandes Cientistas, v.10).

_____. *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.

_____. Processo de Trabalho e Processo de Valorização. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *A dialética do Trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004a. p. 29-56.

_____. Salário, preço e lucro. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *A dialética do Trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004b. p. 57-100.

_____. Trabalho produtivo e trabalho improdutivo. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *A dialética do Trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2004c. p. 125-140.

MARCONI, M.D.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 3 ed. SP: Atlas, 1996.

MATOS, M.C. Assessoria e Consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: *Assessoria, Consultoria e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2010.

MATTOS, V. A. *Serviço Social – Cotidiano Profissional nas Unidades de Pronto Atendimento geridas por Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro*. 2012. 183f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 1994.

MÉSZAROS, I. A ordem da reprodução sociometabólica do capital. In: *Para Além do Capital*. São Paulo: Boitempo, 2002. p. 94-132.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública* vol.9 no.3, Rio de Janeiro July/Sept. 1993. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1993000300002&script=sci_arttext>
Acesso em: 16/05/2011

MINAYO, M.C. (org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2008.

MINAYO, M. C. (ORG.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO (MARE). *Plano Diretor da Reforma do Estado*. Brasília: 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>
Acesso em: 5 abr. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.

MOTA, A. E. *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.

_____. *O mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. Mota, A.E. (org), 3ª edição, São Paulo: Cortez, 2009.

_____ (org.). *A nova fábrica de consensos*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). *A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 23 – 44.

MONTAÑO, C. *A Natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a 'especificidade' e a sua reprodução*. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2007.

NAPOLEONI, C. *Lições sobre o capítulo VI (INÉDITO) de Marx*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1981.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *Serviço Social & Sociedade*, n^o 50, ano XVII, p. 87-132, abr. 1996.

_____. *A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social frente à crise contemporânea*. CFESS-ABEPSS-CEAD-UNB, Brasília: Módulo 01, 1999.

_____. *A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova*. *Serviço Social & Sociedade*, n^o 79, ano XXV, p. 05-26, 2004.

_____. *O Movimento de Reconceituação – 40 anos depois*. *Serviço Social & Sociedade*.n 84, ano XXVI, p. 26-42, 2005a.

_____. *A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea*. In: CFESS/ ABEPSS; CEAD/ UnB (org.). *Crise Contemporânea, questão social e Serviço Social*. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CEAD/ UnB, 2005b.

_____. Cinco Notas a propósito da “questão social”. In: *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2006b.

_____. *Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal*. 4ªed. São Paulo: Cortez, 2007a.

_____. Das Ameaças à Crise. *Revista Inscrita*, nº 10. Brasília: CFESS, 2007b.

_____. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2009a.

_____. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no pós-64*. 14ª ed. São Paulo: Cortez, 2009b.

_____. Introdução ao método da teoria social. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS, 2009c.

NETTO, J. P. e BRAZ, M. *Economia política: uma introdução crítica*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2009 (Biblioteca de serviço social v.1).

OLIVEIRA, V.C. Discussões acerca da materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social. FSS/UNIGRANRIO. Trabalho de Conclusão de Curso. 2009.

PAIVA, B.A; SALES, M.A. A Nova Ética Profissional: práxis e princípios. In: BONETTI, D.A. et. al. (orgs.). *Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis*. 8ªed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 174-208.

PARADA, R. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e forma de inserção. *Pyhsis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 11, nº1. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRUS/PROTAT, 2001.

_____. *Federalismo e o SUS: Um Estudo sobre as Mudanças nos Padrões de Governabilidade no Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro:IMS/UERJ,2002.

PASTORINI, A. *A categoria “questão social” em debate*. São Paulo. Cortez, 2004.

PEREIRA, P. A. *Política Social: temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2009.

PETRAS, J. "Os fundamentos do neoliberalismo". In RAMPINELLI, W. J. e OURIQUES, N. D. (orgs.). *No fio da navalha*. São Paulo, Xamã, 1997. p.62-104.

PONTES, R. *Mediação e Serviço Social*. São Paulo, Cortez, 4 ed. 2007.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês de Souza et al. (orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p.25-35.

RODRIGUES, M.P. Projeto ético-político e a política de assistência: a centralidade da luta pela afirmação dos direitos. In: Souza *et.al.*(orgs.) *Política de Assistência Social no Brasil: Desafios para o Assistente Social*. Rio de Janeiro: Dirint/COMAER, 1º Edição, 2007. p.26-72.

ROSANVALLON, P. *A Nova Questão: Repensando o Estado Providência*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

SANTOS, J. S. Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social brasileiro. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleção questões da nossa época v.132).

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SENNA, M. C. M; MONNERAT, G. L. O setor saúde e os desafios à construção da seguridade social brasileira. In: BEHRING, Elaine Rosseti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório (orgs.). *Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas*. São Paulo: Cortez, 2008. p.193-213.

SINGER, P. *Economia Política do Trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1979.

SILVA, M. O. da S. (coord.). *O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOUSA, C. T. *A Prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional*. Disponível em: <http://www.uepg.br/emancipacao> Acesso em: 26 de outubro de 2008.

TAUILE, J.R. *Para (re)construir o Brasil Contemporâneo: trabalho tecnologia e acumulação*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2001.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS, ABEPSS, 2009.

VASCONCELOS, A. M. Prática Reflexiva e Serviço Social. *Revista Em Pauta*. Rio de Janeiro, nº.8, p. 36-52. UERJ/FSS, 1997.

_____. Relação teoria/prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social. In.: *Serviço Social e Sociedade*. Nº 56. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs) – 3ed. – *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 113-138.

_____. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2009.

VIANNA, M. L. T. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.

YAZBEK, M. C. *Classes Subalternas e Assistência Social*. 4ªed. São Paulo, Cortez Editora, 2003.

_____. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS, ABEPSS, 2009. p.143-164.

APÊNDICE A



ROTEIRO DE ENTREVISTAS⁷¹

Data: ___/___/___ Entrevista n^o. ___

1. Perfil profissional

1.1 Dados pessoais:

a) Sexo: ___ b) Idade: ___ c) Estado Civil: _____ d) N de filhos: _____

1.2 Formação profissional: a) Ano: ___ b) Instituição: _____

1.3 Tempo de atuação como AS: _____

1.4 Tempo nessa unidade: _____ Vínculo empregatício: _____

1.5 Carga horária de contrato: _____

1.6 Participa dos órgãos da categoria? Quais e como?

1.7 É filiado ao sindicato dos assistentes sociais?

1.8 Participa ou participou de algum partido político? Qual?

1.9 Participa de outro organismo de participação coletiva?

1.10 Possui pós-graduação?

a) Qual nível? b) Quando fez? c) Onde?

1.11 Participou de cursos de aperfeiçoamento profissional?

a) Quais? b) Onde? C) Quando?

1.12 Lê jornal? Com que frequência?

1.13 Últimos livros/revistas lidos: a) da profissão: _____

b) Outros: _____

1.14 Quais autores são referência para a sua prática? Por quê?

1.15 Quais, no seu entender, as indicações mais importantes do Código de Ética sobre as relações do AS com os usuários? Por quê?

1.16 Quais, no seu entender, as indicações mais importantes do Código de Ética sobre as relações do AS com as instituições empregadoras? Por quê?

1.17 Em que a definição de competência e de atribuições privativas do AS, na Lei de regulamentação da profissão, pode facilitar o exercício profissional? Por quê?

1.18 Você está satisfeito como AS? Por quê?

1.19 Que outra profissão você exerce ou exerceu?

1.20 Que outra profissão você escolheria? Por quê?

1.21 Qual o seu projeto de vida profissional?

2. Prática Profissional

2.1 REFERÊNCIA DE CONHECIMENTO

2.1.1 O que é saúde para você?

2.1.2 Você conhece o movimento da Reforma Sanitária?

⁷¹ Roteiro de entrevista inspirado na construção de VASCONCELOS, 1999.

- 2.1.3 Para você qual a maior contribuição desse movimento para a questão da saúde do Brasil?
- 2.1.4 Você considera o SUS viável? Por quê?
- 2.1.5 O que você teria a comentar sobre a atual Política de saúde do Estado?
- 2.1.6 Como você caracteriza os serviços prestados pela instituição em que atua? Por quê?
- 2.1.7 Como você caracteriza os serviços prestados por você? Por quê?
- 2.1.8 O que a direção determina que seja oferecido pela unidade? Com que objetivos?
- 2.1.9 O que os usuários demandam da unidade?
- 2.1.10 Qual a rotina dos usuários na unidade?
- 2.1.11 Essa rotina está organizada tendo em vista os interesses e necessidades dos usuários?
- 2.1.12 Quais as principais demandas para o Serviço Social por parte da direção da unidade?
- 2.1.13 Quais as principais demandas para o Serviço Social por parte dos profissionais da unidade?
- 2.1.14 Quais as principais demandas para o Serviço Social por parte dos usuários?

2.2 REFLEXÃO/ PLANEJAMENTO

- 2.2.1 Que papel credita ao Serviço Social na sociedade brasileira?
- 2.2.2 O que pretende, de maneira geral, o Serviço Social na unidade? Quais são as metas?
- 2.2.3 O Serviço Social tem esse projeto por escrito?
- 2.2.4 O que você pretende como assistente social na unidade? Quais são as suas metas?
- 2.2.5 Você trabalha em equipe? Com quem?
- 2.2.6 Vocês realizam reuniões de equipe? Com que freqüência? O que discutem?
- 2.2.7 É exigido atendimento mínimo de usuários por dia? Se sim, qual o atendimento mínimo?
- 2.2.9 Como você avalia as condições das instalações que você ocupa na unidade?
- a) Se negativa, quais as necessidades de mudança?
- b) O que os AS tem feito para viabilizar essas mudanças?

2.3 AÇÃO/EXECUÇÃO

- 2.3.1 Como funciona o Serviço Social na unidade? Desde quando funciona assim? Vê necessidade de mudanças?
- 2.3.2 O Serviço Social atende a todas as demandas dirigidas a ele? A que demandas atende?
- 2.3.3 Quais demandas não atende? Por quê?
- 2.3.4 Qual a sua rotina atual de trabalho? Você concorda? Quem a organizou?
- 2.3.5 Que instrumentos você utiliza no atendimento à população?
- 2.3.6 Você participa do processo de alta do paciente? Como? Com que objetivos?
- 2.3.7 Você comunica óbito? Por quê? Com quem?
- 2.3.8 Qual a sua relação com os demais profissionais de saúde?

2.4 SISTEMATIZAÇÃO/DOCUMENTAÇÃO

- 2.4.1 Qual a documentação utilizada no registro da sua prática?
- a) Quem definiu essa documentação?
- b) Há quanto tempo?

c) Como você a utiliza?

2.4.2 Qual a utilidade da documentação para a:

- a) Instituição
- b) Serviço Social
- c) Usuários

2.4.3 Nos relatórios de Serviço Social priorizam-se dados qualitativos ou quantitativos?

- a) Quais?
- b) Por quê?

2.4.4 Quais as questões éticas a serem observadas no registro de dados sobre o usuário?

2.4.5 Que questões sobre a prática o processo de sistematização permitiu que fossem reveladas?

2.5 AVALIAÇÃO

2.5.1 Você vê importância em periodicamente os AS analisarem o desenvolvimento de sua prática? Por quê?

2.5.2 Dos objetivos propostos pelo Serviço Social, quais estão sendo atingidos?

2.5.3 Quais as consequências da ação profissional dos AS para:

- a) Instituição
- b) Usuários
- c) próprio Serviço Social

2.5.4 Como você avalia a rotina da instituição tendo em vista os interesses dos usuários?

- a) Se negativa, que mudanças propõe?

2.5.5 Quais as maiores dificuldades encontradas no cotidiano de sua prática?

2.5.6 Quais os principais limites para a realização da sua prática?

2.5.7 O que mais contribui para facilitar o cotidiano de sua prática?

2.5.8 Qual a perspectiva da prática profissional hoje, considerando momento histórico e referências de conhecimento?

APÊNDICE B



ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO⁷²

1. A unidade recusa demanda? Por quê? Quais as principais recusas? Quando recusa encaminha?
2. Quais as características dessa demanda? (Quem frequenta a unidade: idosos, mulheres, homens, crianças, em que proporção? De onde vem? O que buscam? Nível socioeconômico?)
3. É uma unidade de fácil acesso em relação a transporte, proximidade de diferentes linhas de ônibus?
4. Quais os programas e serviços que oferece? Quais são os serviços terceirizados da unidade? Em quantos e quais programas da unidade o Serviço Social atua?
5. Qual o movimento de chegada dos funcionários e rotinas de atendimento?
6. Quais as características do espaço profissional dos assistentes sociais? (tamanho, privacidade, salas especiais para atendimento coletivo etc.) Sendo negativa a avaliação, existe movimento, por parte do serviço e/ou assistentes sociais, para obter espaço de qualidade?
7. Como é a divisão de trabalho no interior da unidade tendo em vista atender à demanda posta à instituição? Como o Serviço Social entra nessa DT?
8. A rotina do Serviço Social faz parte da rotina da instituição como serviços a serem oferecidos frente à demanda para a unidade ou é um serviço paralelo, nas horas de espera, tempos ociosos, ou procura espontânea, atendimento de plantão? Existe estudo de demanda para definição das ações e rotina?
9. Como o Serviço Social registra sua prática? Como e para que utiliza esses registros? O tipo de documentação atende ao que se objetiva no projeto (escrito ou não)?
10. Existe demanda excessiva diante do quadro de profissionais? Existe priorização da demanda por parte dos assistentes sociais? Quais as estratégias de enfrentamento do excesso de demanda, caso exista?
11. Qual a relação do número de atendimentos realizados pelo Serviço Social em relação à demanda total da instituição? Existe o dado para as outras categorias? (Por exemplo, entram diariamente na unidade x quantos o Serviço Social atende); (Dados da SMS?)
12. Caso não tenha projeto, o movimento do Serviço Social é definido: pela direção da instituição; por outras categorias profissionais através de encaminhamentos e/ou solicitações diversas (busca ativa de pacientes, localização da família, envio de correspondência, aviso de óbito); por prática de espera espontânea ou

⁷² Roteiro de observação inspirado na construção de VASCONCELOS, 1999.

encaminhamento de outros profissionais; ao acaso; outros. Dito de outra forma: A demanda para o Serviço Social é projetada, e/ou espontânea ou e/ou referenciada? Que demandas recebe e que demandas determina?

13. Qual a relação do Serviço Social com os outros profissionais de nível superior e com os de nível médio? Aliança, troca, subserviência; enfrentamento; subalternização; reclamações; outros. Dados que justifiquem a resposta.
14. O Serviço Social incentiva/prioriza o trabalho de equipe? E as outras categorias?
15. Como o Serviço Social negocia suas propostas, alianças, participações em equipes, sugestões de mudanças no processo de atendimento aos usuários etc.?
16. Qual o conhecimento que os assistentes sociais demonstram ter: da política geral de saúde e da Política de Saúde do Estado.
17. Quais as questões éticas, observadas no cotidiano da prática profissional, relacionadas à privacidade no atendimento; ao direito do usuário de saber o que vai ser feito com ele; aos alunos no campo sem acompanhamento do supervisor; ao direito do paciente de escolher quem vai atendê-lo; ao direito de saber o que tem; ao direito de decidir o que vai ser relatado sobre ele para a instituição e para os outros profissionais; ao direito de ouvir e ser ouvido etc. etc. (verificar códigos de ética).

APÊNDICE C



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ASSISTENTES SOCIAIS

Pesquisa: A PRÁTICA DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE - UMA ANÁLISE À LUZ DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

Prezado(a) Assistente Social,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “*A prática dos assistentes sociais na saúde - uma análise à luz do projeto ético-político do Serviço Social*” que tem como **objetivo** analisar a prática dos assistentes sociais inseridos no campo da saúde, tendo como espaço empírico de pesquisa o Hospital Estadual Alberth Schweitzer no sentido de identificar os reais limites e possibilidades colocados hoje para a efetivação do projeto ético-político como horizonte da prática nesse espaço. A pesquisa de campo terá duração de 3 meses. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas, por acaso, referidas durante a entrevista também terão suas identidades mantidas em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. As entrevistas serão gravadas, e posteriormente, será realizada a transcrição das mesmas. As gravações serão destruídas após 5 anos do término da pesquisa. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/ e-mail do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu _____ abaixo assinado(a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas.

(Nome do entrevistado)

(assinatura)

(data)

(Nome do pesquisador)

(assinatura)

(data)

Responsável pela pesquisa: Verônica Cristina de Oliveira
Rua São Francisco Xavier, 524 – Maracanã – tel.: 2285-7651 – veronic_cris @yahoo.com.br