



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Dayane Bentes Tinoco Ferreira

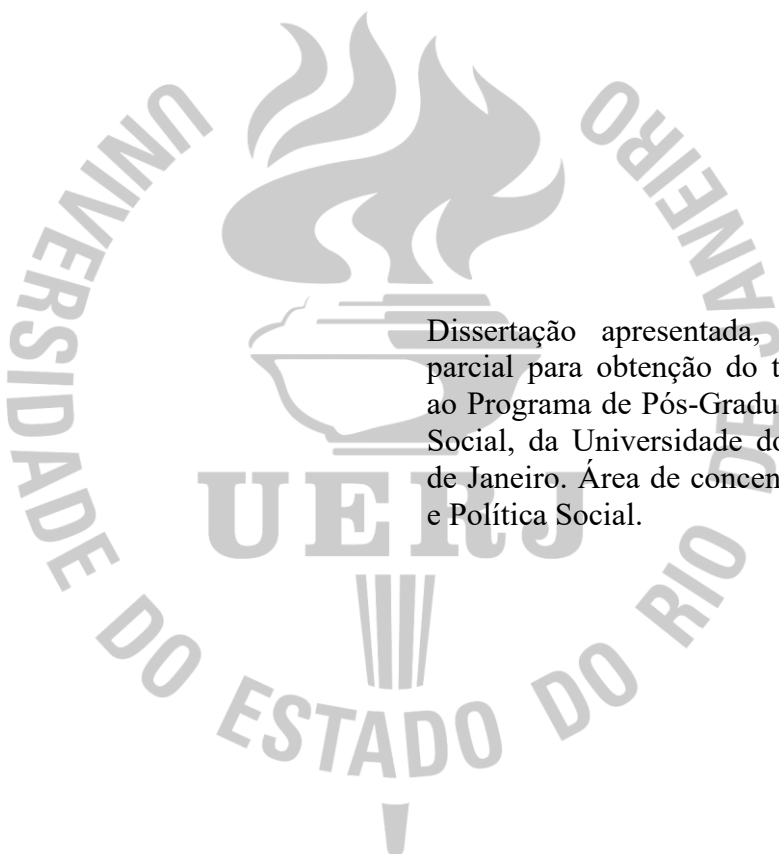
**O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação
profissional do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar
(OMH)**

Rio de Janeiro

2023

Dayane Bentes Tinoco Ferreira

O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação profissional do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH)



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 de Vasconcelos

Rio de Janeiro

2023

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

F383 Ferreira, Dayane Bentes Tinoco.
O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação profissional
do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) / Dayane
Bentes Tinoco Ferreira. – 2023.
192 f.

Orientadora: Ana Maria de Vasconcelos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Facul-
dade de Serviço Social.

1. Serviço social - Brasil - Teses. 2. Assistência social - Teses. 3. Brasil.
Marinha - Teses. 4. Saúde - Teses. I. Vasconcelos, Ana Maria de. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III.
Título.

CDU 36:355.353(81)

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

Assinatura

Data

Dayane Bentes Tinoco Ferreira

**O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação profissional do
assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH)**

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

Aprovada em 09 de agosto de 2023.

Banca Examinadora:

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

Prof^a. Dra. Maria Inês de Sousa Bravo
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof^a. Dra. Lilian Angélica da Silva Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é o resultado de uma trajetória de muito esforço e superação. Analisar a realidade onde você enquanto pesquisadora está inserida profissionalmente é um grande desafio. Buscar a suspensão do cotidiano a fim de desvelar a realidade para além dos fenômenos apresentados em sua aparência é bastante difícil, porque você faz parte desse cotidiano; sofre diretamente os impactos e desdobramentos das condições e relações de trabalho. Em muitas ocasiões, percebe-se “sucumbida” pelo cotidiano profissional, logo, analisar, criticar, propor, torna-se um ato de resistência e que somente é possível a partir da articulação entre teoria e prática, da construção de redes entre os pares, da aproximação e troca entre espaço ocupacional e academia, e da esperança de que a resistência e a luta, neste caso por meio da pesquisa acadêmica, continuarão rompendo os “grilhões” que insistem em aprisionar os trabalhadores.

Nesse sentido, inicio agradecendo ao meu grande amigo Emanuel (Deus conosco), ao Espírito Santo que durante todos os momentos foi meu alicerce, meu socorro bem presente na hora da angústia.

Agradeço ao meu esposo Gabriel, que esteve ao meu lado incentivando-me a não retroceder quando descobri a surpresa de uma gravidez em meio a pandemia. Ora, como continuar os estudos grávida e trabalhando como assistente social de um hospital militar presencialmente no ápice da pandemia de Covid-19? Obrigada por ser meu parceiro e por acreditar em mim, mais do que eu mesma!

Agradeço aos meus filhos João Gabriel e Vitor (meu filho do coração), aqueles que tiram e ao mesmo tempo recarregam minhas energias. João, a surpresa mais linda e emocionante que poderia acontecer em minha vida!

Agradeço aos meus pais Dalva e Wilson, pois, sem a rede de apoio deles nos cuidados ao meu filho ainda bebê esta pesquisa não seria concluída.

Agradeço às companheiras de trabalho, Marianne, Débora Gouvêa, Débora Fortes, Nathalia Cotta, Luiza, Gisele, Dayanna, Thalyta, dentre outras, com as quais tive o prazer de trabalhar e compartilhar lágrimas, sorrisos e muitas lutas. Obrigada por contribuírem diretamente para construção dessa pesquisa!

Agradeço às amigas Camilla Garcino, minha maior incentivadora para ingressar no mestrado e Letícia Kaizer, o presente que a Marinha me deu.

Agradeço à turma de mestrado 2020, conhecida como “a turma da pandemia”, pelas trocas, pela construção coletiva e pelos incentivos num momento tão sensível para todos. Em especial, agradeço a Thamires. Obrigada pela troca e incentivo!

Agradeço ao corpo docente do PPGSS/UERJ que, mesmo em meio à pandemia do COVID-19, foi incansável no exercício da docência e não abriu mão do rigor teórico, mesmo em “Ensino Remoto Emergencial”. Aos professores, direciono toda a minha gratidão.

Agradeço imensamente à minha orientadora Professora Dra. Ana Maria de Vasconcelos. Obrigada pela compreensão, flexibilidade e direcionamento! Obrigada por ser tão precisa e ao mesmo tempo tão leve em suas orientações!

Por fim, mas não menos importante, agradeço às professoras da banca Maria Inês Bravo e Lilian Souza. Obrigada pela generosidade em aceitar este convite! Agradeço imensamente a contribuição das professoras no desenvolvimento desta dissertação.

“O conhecimento instrui, esclarece, ilustra, mas é a realidade que informa”.

Ana Maria de Vasconcelos (2015)

RESUMO

FERREIRA, Dayane Bentes Tinoco. **O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH).** 2023. 192 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Esta dissertação busca analisar o exercício profissional dos assistentes sociais em uma instituição militar de saúde da Marinha do Brasil, destacando as relações sociais, as condições de trabalho e as possibilidades e limites presentes nas respostas profissionais às requisições institucionais e demandas dos usuários. Compreendemos que analisar criticamente o espaço ocupacional militar é refletir acerca do significado social da profissão nesse âmbito com vistas a contribuir para reflexão teórico-crítica sobre as particularidades das relações e condições de trabalho e dos processos de trabalho coletivos ali implantados, ao buscar decifrar um campo que tem se expandido ao longo dos anos, considerando que as relações sociais próprias do capitalismo, também delimitam esse espaço. Para tanto, utilizamos o referencial teórico-metodológico crítico-dialético, o qual busca a essência dos fenômenos para além da aparência dos fatos. Decerto que analisar a atuação do assistente social em uma instituição conservadora, cujos pilares são a hierarquia e a disciplina, tendo como referência o projeto ético-político do Serviço Social, é desafiador. Contudo, a partir da análise concreta de situações concretas, observamos através das respostas apresentadas na pesquisa empírica que, apesar das particularidades presentes no âmbito militar, é possível – dentro dos limites institucionais – desenvolver um trabalho tendo como parâmetro fundamental o projeto ético-político profissional. Outrossim, verificamos que é imperiosa uma reestruturação do Serviço Social da OMH com a redefinição dos processos de trabalho e (re) organização setorial.

Palavras-chave: serviço social; instituição militar; saúde; cotidiano profissional.

ABSTRACT

FERREIRA, Dayane Bentes Tinoco. **Social Work in the Brazilian Navy**: reflections on the role of the social worker in a Military Hospital Organization (OMH). 2023. 192 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This dissertation sought to analyze the professional practice of social workers in a military health institution of the Brazilian Navy, highlighting social relations, working conditions and the possibilities and limits present in professional responses to institutional requests and user demands. We understand that to critically analyze the military occupational space is to reflect on the social meaning of the profession in this context, with a view to contributing to a theoretical-critical reflection on the particularities of relations and working conditions and of the collective work processes implemented there when seeking to decipher a field that has expanded over the years, considering that the social relations typical of capitalism also delimit this space. For that, we use the critical-dialectical theoretical-methodological framework, which seeks the essence of phenomena beyond the appearance of facts. It is certain that analyzing the performance of the social worker in a conservative institution, whose pillars are hierarchy and discipline, having as reference the ethical-political project of Social Work would be challenging. However, from the concrete analysis of concrete situations, we observed through the answers presented in the empirical research that despite the particularities present in the military scope, it is possible – within the institutional limits – to develop a work having as fundamental parameter the professional ethical-political project. Furthermore, we verified that it is imperative to restructure OMH's Social Service with the redefinition of work processes and sectoral (re)organization.

Keywords: social work; military institution; health; professional everyday.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Autores de referência.....	95
Gráfico 2 –	Requisições da equipe multiprofissional ao Serviço Social.....	121
Gráfico 3 –	Procedimentos e instrumentos de trabalho.....	126
Gráfico 4 –	Interlocução do Serviço Social com a equipe multiprofissional.....	131
Gráfico 5 -	Requisições aos assistentes sociais durante a pandemia.....	132
Gráfico 6 –	Total de atendimentos realizados pelas assistentes sociais entre os anos de 2017-22.....	135
Gráfico 7 –	Reorganização da profissão.....	146
Gráfico 8 –	Sexo e Cor/Etnia dos militares e servidores civis da OMH.....	149
Gráfico 9 -	Idade dos militares e servidores civis da OMH.....	149
Gráfico 10-	Posto/Graduação dos militares e servidores civis da OMH.....	150
Gráfico 11-	Nível salarial dos militares e servidores civis da OMH.....	153
Gráfico 12-	Atendimentos demandados ao Serviço Social.....	159
Gráfico 13-	Média de atendimentos sociais aos usuários do SSM (2017-2022).....	169
Gráfico 14 -	Média de atendimentos sociais individuais à tripulação da OMH (2017-2022).....	169

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escola de formação e especializações das assistentes sociais entrevistadas.....	92
Quadro 2 – Autores de referência.....	96
Quadro 3 – Manifestações das assistentes sociais sobre o projeto ético-político do Serviço Social.....	104
Quadro 4 – Principais demandas e atuações do Serviço Social da OMH apresentadas pelas assistentes sociais entrevistadas.....	117
Quadro 5 – Artigos do código de ética do assistente social de fácil e difícil materialização.....	143
Quadro 6 – Percepção da tripulação acerca do termo “problemas sociais”.....	151
Quadro 7 – Número de vezes em que o Serviço Social foi procurado pela tripulação da OMH.....	156
Quadro 8 – Motivo pela não participação nas atividades realizadas pelo Serviço Social.....	162
Quadro 9 - Percepção da tripulação sobre a função do Serviço Social da instituição.....	163
Quadro 10 – Tripulantes atendidos e não atendidos pelo Serviço Social.....	167
Quadro 11 - Sugestões para melhoria do Serviço Social da OMH.....	168

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Motivo de procura para atendimento no Serviço Social.....	160
Tabela 2 –	Sentimento ao utilizar o Serviço Social.....	160

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social International Standards Organization
AMH	Assistência Médico-Hospitalar
BH	Belo Horizonte
CA'S	Centros Acadêmicos
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Corona Vírus Disease- 2019
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CP-T	Corpo Auxiliar Técnico
DA'	Diretórios Acadêmicos
DASM	Diretoria de Assistência Social da Marinha
DGPM	Diretoria de Pessoal da Marinha
1ºDN	1ºDistrito Naval
2ºDN	2ºDistrito Naval
3ºDN	3ºDistrito Naval
4ºDN	4ºDistrito Naval
5ºDN	5ºDistrito Naval
6ºDN	6ºDistrito Naval

7ºDN	7ºDistrito Naval
8ºDN	8ºDistrito Naval
9ºDN	9ºDistrito Naval
DPHDM	Diretoria do Patrimônio Histórico e Documentação da Marinha
DPMM	Diretoria do Pessoal Militar da Marinha
DSM	Diretoria de Saúde da Marinha
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
FA	Forças Armadas
FAB	Força Aérea Brasileira
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FUSMA	Fundo de Saúde da Marinha
GAAPE	Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais
GM-MD	Gabinete do Ministro do Ministério da Defesa
HNMD	Hospital Naval Marcílio Dias
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LMDPF	Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família
LTSPF	Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família
MB	Marinha do Brasil
MD	Ministério da Defesa
NAS	Núcleos de Assistência Social

NSCA	Norma do Sistema do Comando da Aeronáutica
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
OES	Órgãos de Execução
OM	Organização Militar
OMH	Organização Militar Hospitalar
OSS	Organizações Sociais
PASFA	Política de Assistência Social das Forças Armadas
PASM	Plano de Assistência Social da Marinha
PAPD	Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência
PEP	Projeto ético Político
PNAS	Política Nacional da Assistência Social
PPRA	Programa de Preparação para Reserva e Aposentadoria
PASE	Programa de Apoio Socioeconômico
PSD	Política Setorial de Defesa
PPDQ	Programa de Prevenção à Dependência Química
PASFME	Programa de Atendimento Social às Famílias dos Militares e Servidores Civis participantes de Missões Especiais
QAFO	Quadro Auxiliar Feminino de Oficiais
REV	Revisão
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
RJ	Rio de Janeiro
RM2-T	Militares da Reserva de 2ª Classe
SAS	Sistema de Assistência Social
SASPM	Serviço de Assistência Social ao Pessoal da Marinha
SAS-H	Serviço de Assistência Social Hospitalar

SASM	Serviço de Assistência Social da Marinha
SIASM	Sistema de Assistência Social da Marinha
SGM	Secretaria- Geral da Marinha
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SVPM	Serviço de Veteranos e Pensionistas da Marinha
SAIPM	Serviço Integrado de Assistência Social para o Pessoal da Marinha
SDA	Superintendente de Administração
SDS	Superintendência de Saúde
SDP	Setores de Distribuição de Pessoal
SISESO	Sistema de Serviço Social
SSM	Sistema de Saúde da Marinha
SSPM	Serviço de Seleção de Pessoal da Marinha
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	17
1	INSTITUIÇÕES MILITARES, CAPITALISMO E SERVIÇO SOCIAL: CONTEXTUALIZANDO O SURGIMENTO DA PROFISSÃO NA MARINHA DO BRASIL.....	27
1.1	Instituições militares: monopólio legítimo da força do Estado.....	27
1.1.2	<u>Notas sobre as Forças Armadas do Brasil.....</u>	28
1.2	Contexto histórico do surgimento do Serviço Social na Marinha do Brasil.....	32
2	SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E INSTITUIÇÃO MILITAR DE SAÚDE: O SERVIÇO SOCIAL EM UMA ORGANIZAÇÃO MILITAR HOSPITALAR DA MARINHA DO BRASIL.....	47
2.1	Panorama da política de saúde no Brasil de 1920 a 2022.....	47
2.2	Serviço Social, Saúde e Projeto Ético-Político.....	56
2.2.1	<u>Particularidades do exercício profissional do assistente social na saúde.....</u>	64
2.3	O Serviço Social em uma Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil.....	70
2.3.1	<u>Notas sobre a atuação do assistente social da Organização Militar Hospitalar na pandemia do Covid-19.....</u>	83
3	OS CAMINHOS DA PESQUISA.....	87
3.1	Disciplina & Hierarquia: limites e possibilidades apreendidas pelas assistentes sociais de uma unidade hospitalar militar.....	89
3.1.1	<u>A natureza do estudo e coleta de dados.....</u>	89
3.1.2	<u>Perfil profissional das assistentes sociais entrevistadas.....</u>	91
3.1.2.1	Referências de conhecimento.....	95
3.1.2.2	Satisfação profissional.....	97
3.1.2.3	Objetivos profissionais na Marinha do Brasil.....	99
3.1.3	<u>Conceituando Saúde e interfaces da OMH com o Sistema Único de Saúde.....</u>	100
3.1.4	<u>Perfil ético-político das assistentes sociais da OMH.....</u>	103
3.2	A prática profissional dos assistentes sociais numa unidade hospitalar militar.....	110
3.2.1	<u>Particularidades da atuação.....</u>	110
3.2.2	<u>Funcionamento, requisições institucionais e demandas solicitadas ao Serviço Social na OMH.....</u>	115

3.2.3	<u>Procedimentos e instrumentos de trabalho.....</u>	125
3.2.4	<u>Atuação conjunta com equipe multidisciplinar.....</u>	128
3.3	Atuação do assistente social durante a pandemia.....	132
3.4	Percepção dos limites e possibilidades dos assistentes sociais numa organização militar.....	136
3.5	Percepção dos militares e servidores civis trabalhadores da instituição sobre o Serviço Social da OMH.....	147
3.5.1	<u>Perfil da tripulação de usuários: militares e servidores civis da OMH.....</u>	148
3.5.2	<u>Percepção da tripulação acerca do Serviço Social da OMH.....</u>	155
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	171
	REFERÊNCIAS.....	175
	ANEXO A – Formulário de entrevista/questionário com assistente social.....	180
	ANEXO B – Formulário de questionário com militares e servidores civis.....	186
	ANEXO C – Roteiro de entrevista com a primeira assistente social militar da OMH.....	188
	ANEXO D - Roteiro de entrevista aplicado à assistente social que trabalhou na Instituição pesquisada de 1999-2017.....	189
	ANEXO E – Termo de consentimento.....	191

INTRODUÇÃO

A dissertação ora apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) está vinculada à linha de pesquisa *Trabalho, Relações Sociais e Serviço Social* e passou pela autorização do Comitê de Ética e Pesquisa institucional.

A pesquisa foi motivada pela experiência profissional da pesquisadora em uma organização militar de saúde, a qual teve sua inserção profissional, no ano de 2016, no Serviço de Assistência Social Hospitalar¹ (SAS-H) da instituição pesquisada², enquanto Oficial Temporária do Quadro Técnico da Marinha do Brasil (Serviço Militar Voluntário), denominada como Primeiro-Tenente (RM2-T), exercendo a função de assistente social.

Ao assumir a gestão da equipe de Serviço Social do “Serviço de Assistência Social³” deste hospital, cargo que ocupou entre o período de novembro de 2017 a março de 2020, a pesquisadora, em virtude de estar diretamente articulada às demais Chefias das Clínicas e Setores e à Direção da unidade hospitalar, teve a possibilidade de observar de maneira mais aproximada os desafios e as possibilidades para a atuação dos assistentes sociais frente às relações, condições de trabalho e requisições institucionais presentes na esfera da saúde no âmbito militar.

É importante destacar que nesse espaço sócio-ocupacional, as principais frentes de trabalho do Serviço Social estruturam-se em dois eixos, sendo estes: a atuação junto aos militares⁴ e aos servidores civis que trabalham na instituição, e junto à população usuária⁵ dos serviços de saúde.

¹ De acordo com as “Normas sobre Assistência Integrada da Marinha” (DGPM-501, 2014), no ano de 2020, denominadas “Normas sobre a Assistência Social na Marinha do Brasil (DGPM-501, 2020), o Serviço de Assistência Social Hospitalar (SAS-H) é um Setor do Hospital Naval Marcílio Dias e dos Hospitais Navais que constituem um Órgão de Execução do SiASM (Sistema de Assistência Social da Marinha), destinado a prestar assistência integrada ao pessoal lotado na Organização Militar e aos seus dependentes e de Serviço Social aos pacientes internados e seus familiares. De acordo com as referidas normas, entende-se por Assistência Integrada: a prestação inicial de assistência nas áreas de Serviço Social, Direito e Psicologia. Todavia, o SAS-H não é composto por uma equipe integrada (Psicologia e Direito). Assim, são realizados atendimentos sociais aos militares e servidores civis que trabalham na Instituição e aos usuários atendidos nessa unidade hospitalar (ambulatorios e enfermarias) e, quando necessário, o assistente social atua multidisciplinarmente com os demais profissionais do hospital (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas etc.).

² Essa Organização Militar Hospitalar de nível terciário, considerada como o hospital de referência da Marinha do Brasil, atende tanto aos usuários residentes do estado do RJ, quanto dos demais estados brasileiros.

³ A concepção do Serviço Social como “Serviço de Assistência Social” também é objeto de análise crítica no decorrer desta pesquisa.

⁴ Classificados como: **Praças** - profissionais que exercem a função de nível médio e técnico (técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, técnicos administrativos, cozinheiros, motoristas, técnicos de patologia,

O Serviço Social do Hospital, entre 2017 a meados de 2019, contava com quatro assistentes sociais militares temporárias e três assistentes sociais civis contratadas pelo vínculo de RPA (Recibo de Pagamento Autônomo). A partir do final do ano de 2019, passou a ter na composição de seu quadro de profissionais de nível superior, onze assistentes sociais militares – uma Oficial de carreira (estabilizada) e dez Oficiais temporários; as civis foram desligadas após o ingresso dos novos oficiais. Atualmente, a equipe de assistentes sociais organiza-se de modo a atender a dois públicos que em sua maior parte possui demandas diferentes:

- Os militares e servidores civis que trabalham na instituição, que estão contemplados nas “Normas sobre a Assistência Social na Marinha do Brasil” (DGPM-501, 2020), norma na qual são previstos os programas, projetos e ações de caráter socioassistencial e socioeducativo, que contempla também benefícios sociais, os quais estão relacionados diretamente à força de trabalho e muito se assemelham ao Serviço Social da esfera empresarial como aponta Almeida e Alencar (2011). São benefícios que têm como primazia

[...] **o controle da força de trabalho** – por meio de processos relacionados à adequação do trabalhador; **a reprodução material da força de trabalho** – por meio da prestação de benefícios e serviços sociais e; **a reprodução espiritual da força de trabalho** – por meio das adequações de aculturação ideológico do trabalhador (p. 150).

Apesar da similitude com a esfera empresarial, cabe ressaltar que o militar atua na esfera pública estatal e não participa diretamente da produção da riqueza socialmente produzida, isto é, do processo de produção de mais-valia. Nesse sentido, o trabalho do assistente social nas Forças Armadas direciona-se à reprodução das condições de vida necessárias aos militares, a partir de práticas que reproduzem formas de dominação e consentimentos próprias à sociedade capitalista, ainda que sob a ótica da ideologia e do “estilo de vida militar”, a fim de que estes continuem exercendo sua função social de atuar na manutenção da ordem através da ação coercitiva que particulariza a sociedade política nos termos de Gramsci.

- A atuação profissional dos assistentes sociais junto aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), apesar de estar contemplada no capítulo “Programa de Atuação do

entre outros) e **Oficiais** – profissionais de nível superior (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, contadores, administradores, farmacêuticos, fisioterapeutas, pedagogos, profissionais do Direito, entre/ outros).

⁵ Militares da ativa (em ativo exercício profissional) inseridos em todas as Organizações Militares da Marinha, Militares da Reserva e Reformados, Dependentes e Pensionistas, compreendidos em seu conjunto como “Família Naval”.

Assistente Social na Saúde” da DGPM-501 e nas Normas para Assistência Médico-Hospitalar (DGPM-401, 2014), a qual também abordaremos neste estudo, possui - embora apresente algumas nuances, haja vista se tratar de uma instituição militar - uma dinâmica interventiva bastante similar ao exercício profissional nas unidades de saúde públicas e privadas. Assim, a atuação do assistente social envolve:

- visitas aos leitos/enfermarias;
- atendimentos sociais às demandas espontâneas;
- atendimentos no Plantão Social de 24h⁶;
- desenvolvimento de programas e projetos socioeducativos com vistas a viabilizar o acesso a direitos sociais e à democratização de informações;
- intervenções nas situações de suspeita/confirmação de violência contra a mulher, o idoso, a pessoa com deficiência, a criança/adolescente etc.

Somam-se a essas atividades, requisições institucionais e demandas dos usuários também comuns à atuação profissional do assistente social na saúde, conforme sinalizam os (as) autores (as) que discorrem sobre essa temática, e que abordaremos mais a frente, tais como: solicitação para comunicação de óbito, notificação de alta hospitalar, solicitação de ambulância, regulação de vagas, marcação de consultas etc.

Importa apresentar as duas principais frentes de trabalho dos assistentes sociais, pois para além da descrição acima, estas apresentam peculiaridades inerentes a uma instituição militar, as quais se constituem como núcleo gerador das principais inquietações e queixas dos assistentes sociais da instituição, ressaltando assim a tensão existente entre a idealização profissional e as exigências do mercado de trabalho.

As forças militares conhecidas historicamente pelo conservadorismo e autoritarismo, cuja função precípua é a garantia da lei e da ordem e dos poderes instituídos, e que possuem como pilar a hierarquia e a disciplina, atuando como aparelhos coercitivos e ideológicos do Estado, têm se tornado um campo cuja contratação de assistentes sociais vem se expandindo consideravelmente ao longo dos anos. As formas de contratação são diversificadas: concurso público para militar de carreira (estabilidade); concurso público para militar temporário (por até 8 anos); contratação sob o Regime de RPA etc.

Na Marinha do Brasil, por exemplo, a tendência à contratação de assistentes sociais foi acentuada a partir dos anos de 2005, quando surge o vínculo de oficial temporário na Força.

⁶ Diferente das demais Organizações Militares (OM) que possuem em sua composição profissional assistentes sociais, até mesmo as da área da saúde, a unidade hospitalar estudada é a única da Marinha do Brasil em que assistentes sociais dão Serviço como plantonistas de Serviço Social. Nas demais OM, os assistentes sociais militares dão serviço como Oficial de Dia, exercendo funções especificamente militares.

De acordo com Silva e Monteiro (2020), neste período, observa-se a diminuição de oficiais de carreira e o aumento de oficiais temporários. As autoras apresentam que, no ano de 1990, a Marinha contava com 25 assistentes sociais, todas oficiais de carreira, em seu quadro profissional. Em 2005, ocorre um salto quantitativo, passando para 50 assistentes sociais, das quais, 20 eram oficiais de carreira e 30 oficiais temporárias; já na década seguinte (2010-2019), a Força Marítima passa a ter em sua composição profissional 115 assistentes sociais, dentre as quais 20 são oficiais de carreira e 95 oficiais temporárias. Observa-se que este movimento que ocorreu na Marinha do Brasil corrobora as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, que foram e são aprofundadas pela reestruturação produtiva na sociedade do capital.

O cotidiano profissional, demarcado pelos dilemas de alienação inerentes ao trabalho assalariado, no âmbito militar é acrescido pelo viés ideológico que, apesar de não ser uma exclusividade das instituições militares, influencia substancialmente as relações sociais.

A profissão militar é mais que uma ocupação; é todo um estilo de vida. [...], cujas exigências sobre sua existência diária transcendem seus deveres oficiais. [...] uma profissão em que comportamentos, atitudes e gestos são rigorosamente normatizados e supervisionados (JANOWITZ, 1967 apud MOREIRA, 2021).

No caso do hospital militar analisado, com uma equipe composta por onze assistentes sociais, somente uma Oficial é estabilizada (militar de carreira); as outras dez Oficiais prestaram concurso público na modalidade de serviço militar temporário, contratadas por até oito anos (contrato renovado anualmente). Os estudos atinentes ao tema sinalizam que a condição de trabalhador temporário implica diretamente nas relações de trabalho e na autonomia profissional, conforme constatamos, através das manifestações das assistentes sociais entrevistadas e do conteúdo teórico utilizado nesta pesquisa.

Outro aspecto importante a ser considerado é que o conservadorismo e os princípios militares pautados na hierarquia e na disciplina são valores antagônicos aos princípios fundamentais do Projeto ético-político do Serviço Social⁷, que se apresentam nos princípios fundamentais destacados abaixo:

⁷ Insta sinalizar que esta autora parte da concepção do projeto profissional do Serviço Social que fora construído em um processo de luta contra o conservadorismo na busca pela renovação profissional por meio da perspectiva de intenção de ruptura iniciada na transição da década de 1970 a 1980 e que deixou como “legado a direção ético-política e teórica hegemônicas na profissão, até os dias atuais” (VASCONCELOS, 2015, p. 169). Projeto ético-político que traz como pressupostos a vinculação ao “processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero”, mas que de acordo com Netto (1999), tem sua hegemonia ameaçada, haja vista o predomínio do projeto societário vigente orientado pela ideologia neoliberal, que vem promovendo a supressão de direitos sociais, a privatização e a retração do Estado, o sucateamento dos serviços públicos, agudizando as expressões da questão social e intensificando a exploração e expropriação da força de trabalho da classe trabalhadora.

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. 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;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

Uma contradição que, de imediato, leva-nos a questionar a possibilidade de materialização do projeto profissional na instituição. Por isso, buscaremos a essência do fenômeno a partir do método crítico-dialético a fim de desvelar a realidade analisada. Não podemos deixar de ressaltar que além da condição militar, trata-se de um hospital, instituição que possui historicamente o traço do trabalho verticalmente hierarquizado, tendo como primazia a profissão médica. Vasconcelos (2012) apresenta uma rica análise, que será recuperada na discussão teórica deste estudo, sobre a condição de subalternidade de todos os profissionais de saúde, inclusive dos médicos, aos dilemas de assalariamento postos na sociedade do capital, o que tem como consequência a “crescente proletarização, perda gradativa de autonomia e proximidade com a condição de profissional/serviço auxiliar do Estado capitalista, tal qual o Serviço Social” (p.531).

Contudo, embora consideremos que na sociedade sob a vigência do modo de produção capitalista, há como analisa Mandel (1985), uma industrialização generalizada, na

qual “a mecanização, a padronização, a superespecialização e a fragmentação do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora todos os setores da vida social”, e que “em qualquer área de inserção profissional - inclusive na área da saúde – todos os profissionais estão submetidos às mesmas pressões das circunstâncias na sociedade do capital” (VASCONCELOS, 2012, p. 257).

Nesta pesquisa, partimos do pressuposto de que ainda se observa no cotidiano profissional das unidades hospitalares, especialmente na instituição militar pesquisada, a centralidade da figura do médico, o que se configura como uma consequência do modelo de atenção à saúde biomédico presente historicamente na área da saúde e que vem se fortalecendo e avançando celeremente na sociedade capitalista, a despeito da aprovação do Sistema único de Saúde na Constituição de 1988.

É muito comum, discursos na equipe de Serviço Social da referida instituição militar de saúde quanto à deslegitimação profissional nessa instituição; inquietações no tocante a algumas requisições institucionais, as quais serão elencadas mais a diante - consideradas pela categoria como não atribuições e competências do assistente social⁸; referências à autonomia profissional reduzida pela condição de trabalhador temporário e pela questão da hierarquia institucional, e as dúvidas dos próprios assistentes sociais sobre o significado social do Serviço Social. São inquietações, por vezes, expressas em discursos pautados no arrependimento pela escolha da formação acadêmica em Serviço Social, com ênfase na subalternização da profissão, frente às demais profissões de nível superior na área da saúde, na indagação sobre o motivo pelo qual todos os “problemas” que ultrapassam o atendimento direto à enfermidade do usuário são encaminhados ao Serviço Social, no distanciamento entre a teoria e a prática, dentre outras.

Em contrapartida, a Força Marítima abre mais vagas para contratação de assistentes sociais, deixando como pressupostos, como sinaliza Costa (2000), a existência de um conjunto de demandas que revela a utilidade da profissão na dinâmica do trabalho coletivo nesse espaço. Pretendemos, portanto, apresentar essas demandas, analisá-las e, conseqüentemente, construir propostas de trabalho que possam servir como potencial para o desvelamento desse cotidiano profissional, para contribuir para a legitimação do Serviço

⁸ Entende-se por competências profissionais: a capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais. Por atribuições privativas compreende-se: como as prerrogativas exclusivas da prática profissional dos assistentes sociais (MATOS, 2015)

Social na instituição pesquisada e para preservação e efetivação dos direitos dos usuários. Conforme analisa Vasconcelos (2015),

[...] submeter ao conhecimento e crítica o exercício profissional [...] Esse é o processo que vai permitir a categoria profissional apreender tanto as consequências da atividade profissional, quanto as possibilidades que a realidade contém, resultando numa produção de conhecimento que dialeticamente forme e ilumine os assistentes sociais no cotidiano da prática (p. 259).

Em consonância com a autora, esta pesquisa tem como ponto de partida a análise concreta de situações concretas⁹, compreendendo que somente assim será possível apreender a direção social que o exercício profissional dos assistentes sociais da instituição pesquisada vem tomando, “suas tendências e reais consequências, mas, principalmente, no que diz respeito à atenção prestada diretamente aos usuários, as possibilidades de práticas contidas na realidade” (Ibidem, p. 268).

Portanto, temos como objetivo geral “analisar a atuação dos assistentes sociais em uma Organização Militar Hospitalar (OMH), tendo em vista as relações sociais, as condições de trabalho e as possibilidades e limites presentes nas respostas profissionais às requisições institucionais e demandas dos usuários”. Como objetivos específicos, destacamos:

- 1- Traçar um perfil socioeconômico, teórico-metodológico e ético dos assistentes sociais da OMH;
- 2- Identificar como se dá a organização e atuação do Serviço Social no hospital, para atender as requisições institucionais e as demandas dos usuários; e
- 3- Identificar as principais implicações no cotidiano profissional do Serviço Social diante das relações e condições de trabalho institucionais.

As hipóteses norteadoras deste estudo dizem respeito ao vínculo temporário que, além de causar a alta rotatividade de profissionais - o que dificulta a produção de uma cultura no trabalho centrada no planejamento, na elaboração de projetos profissionais, na avaliação e sistematização das ações e no fortalecimento e ampliação da autonomia profissional -, impacta diretamente as relações e condições de trabalho dos profissionais. Por outro lado, quando a Marinha do Brasil unilateraliza os serviços e benefícios sociais desenvolvidos pela Força para o âmbito da Assistência Social e concebe o Serviço Social como Serviço de Assistência Social nas normativas, documentos legais e constitui uma diretoria especializada

⁹ Com a análise concreta de situações concretas, trata-se de desobscurecer, identificar e submeter à análise teórico-crítica o que está sendo feito, como, para que, com que e em que condições, tendo em vista apreender as consequências das ações profissionais no favorecimento ou não dos trabalhadores/usuários, como indicado no projeto profissional, e nesse movimento/processo, negar (no sentido dialético) práticas que não favoreçam; fortalecer e divulgar as que favorecem; redirecionar as ações [...] (VASCONCELOS, 2015, p. 271).

denominada como Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM), exprime uma ausência de compreensão por parte da instituição e de alguns profissionais de Serviço Social da Força, de que o assistente social intervém em diferentes campos de trabalho, mesmo que inserido no âmbito militar, e cada espaço (saúde, operacional, educação, assistência social) possui especificidades que precisam ser desveladas e compreendidas para o fortalecimento e desenvolvimento do exercício profissional. Além disso, essa concepção estabelecida pelas instâncias hierárquicas superiores e pela Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM)¹⁰, por vezes equalizada por alguns profissionais de Serviço Social e manifestas em suas práticas profissionais, contribui ainda mais para que a instituição e os demais profissionais continuem tendo a visão de que Serviço Social e Assistência Social são sinônimos. Nas Organizações Militares Hospitalares, essa visão corrobora para secundarizar a prática profissional nas unidades de saúde, além de invisibilizar as particularidades existentes nessa esfera.

Reconhecemos que os mais diversos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social são atravessados por desafios. Contudo, ao levarmos em consideração que o campo profissional para os assistentes sociais no âmbito militar está crescendo, depreendemos que o objeto de estudo dessa pesquisa torna-se de significativa relevância para os profissionais de Serviço Social, pois provoca a reflexão teórico-crítica sobre o tema e dá visibilidade à atuação profissional numa instituição militar, de modo a contribuir para a expansão desse campo de contratação e também para a área da saúde.

Destacamos ainda a relevância do estudo para o espaço acadêmico, na medida em que fomenta o debate sobre as particularidades do Serviço Social na saúde e nas instituições militares; para o hospital pesquisado e para os usuários, podendo ser um instrumento para elaboração de programas, protocolos e rotinas direcionados às necessidades sociais da população usuária; e para o Serviço Social da Marinha do Brasil, já que contribuirá para sistematização e reflexão do exercício profissional, com vistas ao aperfeiçoamento e reorganização dos processos.

¹⁰ Dentre alguns objetivos, cabe à DASM: planejar as atividades da Assistência Social por meio do Serviço de Assistência Social ao Pessoal da Marinha (SASPM), supervisionar tecnicamente as atividades dos Órgãos de Execução (OES) – *setores de Serviço Social das diversas Organizações Militares* –; elaborar normas e instruções para as atividades relacionadas à prestação da Assistência Social na MB; supervisionar o aperfeiçoamento técnico dos profissionais que exercem atividades nos OES; planejar o emprego de recursos humanos à disposição das atividades dos OES; assessorar a Diretoria Geral de Pessoal da Marinha (DGPM) na determinação das necessidades de pessoal; manter o intercâmbio com entidades públicas e privadas voltadas às políticas sociais e à prestação da Assistência Social; administrar os recursos financeiros alocados para o desenvolvimento de atividades de Assistência Social; e realizar estudos e pesquisas relacionadas à situação psicossocial e à satisfação profissional a fim de subsidiar ações de Gestão Social e de elevação da satisfação profissional do Pessoal. Disponível em: www.marinha.mil.br/dasm/missao [grifo nosso].

Analisar criticamente o espaço ocupacional militar é refletir acerca do significado social da profissão nesse âmbito; é contribuir para reflexão teórico-crítica sobre as particularidades das relações e condições de trabalho e dos processos de trabalho coletivos ali implantados; é buscar decifrar um campo que tem se expandido ao longo dos anos e, principalmente, é assinalar que as relações sociais próprias do capitalismo também delimitam esse espaço.

Assim, no capítulo 1 partimos de um regaste histórico sobre o surgimento do Serviço Social na Marinha do Brasil. Para isso, buscou-se apresentar uma síntese sobre o papel das Forças Armadas brasileiras, utilizando as concepções de Marx e Gramsci, com ênfase no segundo autor, acerca das instituições militares como aparelho coercitivo do Estado. Foi realizada também uma breve abordagem histórica sobre a constituição das Forças Singulares brasileiras (Marinha, Exército e Aeronáutica), e o posicionamento do Estado na definição das funções a serem cumpridas por seu aparelho de coerção.

Para discutir sobre o Estado dissertamos sobre o modo de produção que rege a sociedade, ressaltando que se trata de uma sociedade e um Estado capitalista que buscam a manutenção do modo de produção capitalista utilizando-se do consenso e da coerção alternadamente, criando espaço para o desenvolvimento de atividades profissionais voltadas à formulação e implementação das políticas sociais, requisitando como um de seus agentes técnicos o assistente social. Nessa perspectiva, abordamos a institucionalização do Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, contextualizando a inserção profissional na Marinha do Brasil e como a profissão foi se redimensionando na força marítima, até os dias atuais.

Com o intuito de apresentar as particularidades existentes na atuação profissional na área da saúde, no Capítulo 2 foi realizado um breve panorama histórico sobre a política de saúde do Brasil dos anos de 1920 a 2022, destacando como essa política foi e vem sendo desenvolvida no país nos diferentes governos e como o modelo de atenção à saúde interfere no cotidiano de intervenção dos profissionais de saúde, em especial do assistente social. Dissertamos também sobre a aproximação dos princípios valorativos do projeto ético-político do Serviço Social com o movimento de reforma sanitária, com destaque para a discussão sobre as possibilidades de materialização do projeto do Serviço Social no cotidiano de atendimentos dos assistentes sociais, principalmente em uma instituição militar.

Procuramos destacar as particularidades presentes no exercício profissional nas unidades de saúde frente à lógica estrutural pautada no modelo biomédico e patologizante, no qual há a centralidade na profissão médica. Verificamos que é direcionado ao Serviço Social

aquilo que é tido como “problema” que extrapole a ação direta no tratamento de saúde, ou seja, ao diagnóstico clínico, a prática medicamentosa, as intervenções cirúrgicas etc., desconsiderando-se por vezes os determinantes sociais que interferem diretamente no processo saúde-doença.

Ainda no capítulo 2, direcionamos nossa abordagem para o exercício profissional do assistente social na Organização Militar Hospitalar pesquisada. Para isso, foi necessário um resgate histórico por meio de pesquisa documental e empírica, com a utilização de entrevistas/questionários aplicadas junto às assistentes sociais militares que passaram pela instituição de saúde e participaram do processo de criação e reestruturação do setor de Serviço Social.

No capítulo 3, através de pesquisa empírica, procuramos destacar as particularidades presentes no exercício profissional nas unidades de saúde frente à lógica estrutural pautada no modelo biomédico e patologizante, no qual há a centralidade na profissão médica. Apresentamos também a organização do Serviço Social para atendimento a esses dois principais eixos de intervenção, salientando as peculiaridades inerentes ao militarismo reforçadas pela condição de oficiais temporários. Observou-se que houve uma crescente contratação de assistentes sociais pela Marinha do Brasil. Isso mostra a existência de um conjunto de demandas que revela a utilidade da profissão na dinâmica de trabalho da força marítima.

1 INSTITUIÇÕES MILITARES, CAPITALISMO E SERVIÇO SOCIAL: CONTEXTUALIZANDO O SURGIMENTO DA PROFISSÃO NA MARINHA DO BRASIL

1.1 Instituições militares: monopólio legítimo da força do Estado

A pesquisa de campo do presente estudo tem como objeto o desenvolvimento do exercício profissional do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar. Nesse sentido, torna-se importante destacar que uma instituição com tal perfil apresenta especificidades que conformam uma dinâmica peculiar ao modo como são desenvolvidas suas ações. Assim, faz-se necessário uma breve contextualização sobre os aspectos mais relevantes que moldam uma instituição militar, a fim de desvelar esse espaço ocupacional.

Utilizamos a perspectiva marxista, mais especificamente algumas concepções com base em Marx e Gramsci acerca da teoria do Estado moderno, para definir o papel das forças militares na sociedade capitalista.

Embora Marx não possuía uma obra sobre a teoria do Estado, já em sua juventude, o autor discorria sobre o aparelho estatal afirmando que o Estado seria a expressão direta e imediata do domínio de classe (comitê executivo da burguesia), exercido através da coerção (poder de opressão) que ocorria através de seus aparelhos burocráticos e militares (COUTINHO, 1994). Marx parte, como afirma Coutinho (1994), de uma concepção restrita de Estado, tendo em vista que no período inicial do seu desenvolvimento teórico-político “a percepção do aspecto repressivo como aspecto principal do fenômeno estatal corresponde, em grande parte, à natureza real dos Estados capitalistas com que se defrontara [...]” (p. 51). Para Marx, a base da sociedade capitalista são as relações econômicas, o que ele chama de “base material” ou de “infraestrutura”.

Sobre a base econômica se ergue a superestrutura social, que corresponde às formas de consciência social em geral, como a política, a filosofia, a cultura, as ciências, as religiões, as artes etc. A superestrutura compreende também os modos de pensar, as visões de mundo e demais componentes ideológicos de uma classe. Assim, a ideologia é chamada de superestrutura ideológica e o Estado é chamado de superestrutura legal ou política, incluindo as forças militares, as leis, os tribunais e a burocracia (SANTANA, 2020).

A partir da concepção de Estado de Marx, Gramsci elabora, conforme aponta didaticamente Coutinho (1994), uma teoria marxista ampliada do Estado, na qual as relações sociais de produção também são compreendidas como a base da sociedade e o aparelho estatal como expressão direta da classe dominante. Mas para Gramsci, a *sociedade civil* (entendida como o conjunto das instituições responsáveis pela representação dos interesses de diferentes grupos sociais, bem como pela elaboração e/ou difusão de valores simbólicos e de ideologia (sistema escolar, Igrejas, partidos políticos, os meios de comunicação etc.)) e a *sociedade política* (aparelhos coercitivos e burocráticos do Estado), que estão “em constante relação e interdependência, formam uma unidade dialética em que consenso e coerção são utilizados alternadamente” (MOREIRA, 2003, p. 19).

O transcurso histórico do desenvolvimento da sociedade capitalista nos mostra que apenas a utilização dos instrumentos coercitivos do Estado não é capaz de perpetuar o sistema de acumulação de capital. Portanto, o aparelho de coerção estatal – as forças militares compreendidas como braço armado do Estado – é acionado quando findam outros mecanismos que o Estado dispõe para controlar os conflitos [externos e internos], ou seja, mecanismos que produzam um grau mínimo de aceitação das relações sociais vigentes, e do próprio Estado, por parte do conjunto da sociedade, aí incluída o conjunto das classes subalternas (MOREIRA, 2003, p. 19)¹¹.

1.1.2 Notas sobre as Forças Armadas do Brasil

As Forças Armadas de uma nação constituem o conjunto das suas organizações e exercem a segurança e a defesa nacional. No Brasil, as Forças Armadas, constituídas pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica, são instituições nacionais permanentes e regulares, organizadas com base na hierarquia e na disciplina, sob a autoridade suprema do Presidente da República e destinam-se à defesa da Pátria, à garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem¹².

No caso brasileiro, as Forças Armadas surgem no período do Brasil Império, aproximadamente em 1822, pela necessidade de o Império Nacional dispor de homens

¹¹ É importante ressaltar que compreendemos que as forças militares são utilizadas de maneiras diversificadas de acordo com os regimes políticos e períodos históricos: regimes totalitários, fascistas, Estados democráticos, ditaduras etc. Entretanto, elas não perdem o aspecto de serem os instrumentos coercitivos do aparelho estatal.

¹² Disponível em: <https://www.defesa.gov.br/forcas-armadas>.

armados e treinados para garantir sua defesa e segurança. Compostas inicialmente pelo Exército e pela Marinha nascem sem poder político e sem autonomia para atuar em questões internas e zelar pela ordem pública, na medida em que estavam diretamente subordinadas ao Imperador, conforme expresso na primeira Constituição Brasileira, datada de 1824, que estabelecia nos artigos 147 e 148 que “a Força Militar deveria ser essencialmente obediente e jamais poderia reunir-se sem ordem da autoridade legítima (Imperador)” (ZACARON, 2011, p. 23).

As Forças Armadas passam a ganhar maior ascensão e força na cena política do país a partir da Proclamação da República, em 1889. De acordo com Zacaron (2011), “foi neste período da história brasileira, que as questões concernentes à defesa e segurança ganharam destaque e as Forças Armadas assumiram novo patamar dentro da organização do Estado”.

Também considerada como marco histórico para reafirmação das Forças Armadas na conjuntura sócio-política brasileira foi a proclamação da Segunda República em 1930. Carvalho (2005) discorre que o então presidente Getúlio Vargas foi um dos responsáveis pela transformação das Forças Armadas em ator político, reforçando sua legitimidade como um dos pilares de sustentação do Estado.

No decorrer do processo histórico, com o desenvolvimento da maquinaria e inovações tecnológicas, especialmente na primeira década do século XX, com a criação dos primeiros aviões que passam a ser integrados à Defesa Nacional, é criado o Ministério da Aeronáutica, em 1941, por meio do Decreto-Lei nº 2.961, assinado por Vargas. A partir de então, o Brasil passa a ter em sua composição as três Forças Singulares – Marinha, Exército e Aeronáutica.

Embora não seja o objeto de análise desta pesquisa, é relevante salientar que o decurso histórico, social, político e econômico do Brasil foi marcado pela presença das Forças Armadas brasileiras. Em alguns períodos, este ator político exerceu maior controle e domínio do país através do autoritarismo e de práticas antidemocráticas como ocorreu no período de ditadura militar (1964-1985), no qual a sociedade brasileira foi presidida por militares colocados neste posto de forma indireta e arbitrária.

Como consequência da crise mundial ocorrida na década de 1970 e da falta de legitimidade política, o regime militar começou a perder força no país e, após a perpetuação de duas décadas de ditadura militar, a sociedade brasileira voltava-se lenta e gradualmente para a busca da democracia. Assim, com a redemocratização do país e, principalmente, a partir da criação da Constituição Federal de 1988, as Forças Armadas passam a estar submetidas diretamente à autoridade do Presidente da República, conforme preconizado no Art. 142. da Constituição Federal do Brasil.

As Forças Armadas, constituídas pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica, são instituições nacionais permanentes e regulares, organizadas com base na hierarquia e na disciplina, sob a autoridade suprema do Presidente da República, e destinam-se à defesa da Pátria, à garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem (BRASIL, 1988).

Até o ano de 1999, as três Forças Singulares mantinham-se em Ministérios independentes. A partir deste ano, com a criação do Ministério da Defesa - por meio da Lei Complementar nº 97, de 1999, a qual dispõe sobre as normas gerais para a organização, o preparo e o emprego das Forças Armadas – os assuntos de Defesa Nacional foram unificados e os antigos Ministério da Marinha, Ministério do Exército e Ministério da Aeronáutica, foram transformados em Comandos do Ministério da Defesa.

Aos membros das Forças Armadas responsáveis por garantir a segurança e a defesa nacional, em tempos de paz ou de guerra, denominou-se de militares. Estes são regidos por legislação própria e estão submetidos a prerrogativas, direitos e deveres diferenciados em relação às demais categorias de trabalhadores – “em razão de sua destinação constitucional, formam uma categoria especial de servidores da pátria¹³”. Seu tipo de regime de trabalho apresenta peculiaridades específicas da profissão militar conforme disposto na Lei nº 6.880 de 9 de dezembro de 1980, o Estatuto dos Militares, e destacados no site do Exército Brasileiro, tais como:

- a) risco de vida;
- b) sujeição a preceitos rígidos de disciplina e hierarquia;
- c) dedicação exclusiva; disponibilidade permanente - o militar se mantém disponível para o serviço ao longo das 24 horas do dia, sem direito a reivindicar qualquer remuneração extra, compensação de qualquer ordem ou cômputo de serviço especial;
- d) mobilidade geográfica, vigor físico - o militar é submetido, durante toda a sua carreira, a periódicos exames médicos e testes de aptidão física, que condicionam a sua permanência no serviço ativo;
- e) proibição de participar de atividades políticas; proibição de sindicalizar-se e de participação em greves ou em qualquer movimento reivindicatório; restrições a direitos trabalhistas - o militar não usufrui alguns direitos trabalhistas, de caráter universal, que são assegurados aos trabalhadores, dentre os quais incluem-se: remuneração do trabalho noturno superior à do trabalho diurno; - jornada de trabalho diário limitada a oito horas; - obrigatoriedade de repouso semanal remunerado; e - remuneração de serviço extraordinário, devido a trabalho diário superior a oito horas diárias, dentre outros¹⁴.

¹³ BRASIL, ESTATUTO DOS MILITARES, art. 3º da Lei nº 6880/1980.

¹⁴ Características da profissão militar - Fonte: <http://www.eb.mil.br/caracteristicas-da-profissao-militar>. Acesso em 18/09/2020.

Conforme Janowitz (1967, apud Moreira (2021), a profissão militar é mais que uma ocupação; é todo um estilo de vida. [...], cujas exigências sobre sua existência diária transcendem seus deveres oficiais. [...] uma profissão em que comportamentos, atitudes e gestos são rigorosamente normatizados e supervisionados.

Percebe-se que a instituição militar propicia que os militares incorporem valores e condutas necessários para que se sintam cada vez mais distantes da categoria de trabalhadores a que pertencem. Esse distanciamento não se dá de maneira inocente ou aleatória, sendo necessário para que os militares aceitem as condições de trabalho as quais estão submetidos de modo a acreditar que são, de fato, diferentes da classe que vende sua força de trabalho fora das organizações militares, e conformando-se em trabalhar sem carga horária fixa, contratados sem funções predefinidas e sem a possibilidade de organizar-se coletivamente [...] (SANTANA, 2020, p. 51).

Apresentamos a seguir a “Tabela de Postos e Graduações das Forças Armadas” com o intuito de esclarecer ao leitor, de modo mais detalhado, como ocorre a estruturação do efetivo dos militares conforme o círculo hierárquico (Oficiais e Praças) e o “grau de antiguidade” (posto/graduação), fator preponderante que confere ao militar maior autoridade e responsabilidade dentro da Força.

Figura 1 – Tabela de Postos e Graduações das Forças Armadas.

	 MARINHA	 EXÉRCITO	 AERONÁUTICA
OFICIAIS GERAIS	 Almirante  Almirante-de-Esquadra  Vice-Almirante  Contra-Almirante	 Marechal  General-de-Exército  General-de-Divisão  General-de-Brigada	 Marechal-do-Ar  Tenente-Brigadeiro  Major-Brigadeiro  Brigadeiro
OFICIAIS SUPERIORES	 Capitão-de-Mar-e-Guerra  Capitão-de-Fragata  Capitão-de-Corveta	 Coronel  Tenente-Coronel  Major	 Coronel  Tenente-Coronel  Major
OF INT	 Capitão-Tenente	 Capitão	 Capitão
OFICIAIS SUBALTERNOS	 1º Tenente  2º Tenente  Guarda-Marinha	 1º Tenente  2º Tenente  Aspirante-a-Oficial	 1º Tenente  2º Tenente  Aspirante
PRAÇAS	 Suboficial	 Subtenente	 Suboficial
	 1º Sargento  2º Sargento  3º Sargento	 1º Sargento  2º Sargento  3º Sargento	 1º Sargento  2º Sargento  3º Sargento
	 Cabo	 Taifeiro-Mor  Cabo	 Cabo  Taifeiro-Mor
	 Marinheiro	 Taifeiro de 1ª Classe	 Soldado de 1ª Classe  Taifeiro de 1ª Classe
		 Soldado  Taifeiro de 2ª Classe	 Taifeiro de 2ª Classe

Fonte: <<https://odireitodomilitar.blogspot.com/p/forcas-armadas.html>> Acesso em 12 mar.2023.

A breve exposição sobre o militarismo no Brasil, enfatizando-se aqui as Forças Singulares, tem como objetivo apresentar, ainda que de um modo geral, como esse espaço ocupacional, que tem ampliado a contratação de assistentes sociais, é estruturado.

1.2 Contexto histórico do surgimento do Serviço Social na Marinha do Brasil

De acordo com a DGPM-501 (2014), o surgimento do Serviço Social na Marinha do Brasil remonta ao ano de 1946, com a criação, na Diretoria do Pessoal Militar da Marinha

(DPMM), da Divisão de Conforto e Assistência¹⁵, que tinha sob sua subordinação a Seção de Conforto e Assistência Social¹⁶. Segundo Moreira, Harrison e Celestino (2022), as ações de assistência social passam a ser realizadas de forma sistemática na Força, não apenas por fatores endógenos à Marinha, mas em virtude da conjuntura política, econômica e social do Brasil daquela época. Trata-se de um período em que ocorre a redefinição do Estado – que iniciou nos anos de 1930 –, objetivando o enfrentamento da questão social e a participação do país na Segunda Guerra Mundial (1939 -1945).

No que se refere às ações assistenciais por parte do Estado direcionadas prioritariamente aos militares mobilizados no contexto da guerra, tem-se a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) que, inicialmente, tem o papel de prestar assistência às famílias dos convocados.

A primeira grande instituição nacional de assistência social, a Legião Brasileira de Assistência, é organizada em sequência ao engajamento do país na Segunda Guerra Mundial. Seu objetivo declarado será o de prover as necessidades das famílias cujos chefes hajam sido mobilizados, e, ainda, prestar decidido concurso ao governo em tudo que se relaciona ao esforço de guerra (CARVALHO, 2008, p. 265).

A LBA exercia tal função logo no início de sua institucionalização. Isso porque, frente aos acontecimentos políticos, sociais e econômicos daquela conjuntura - em especial no final da década de 1930, com a implantação do Estado Novo, crise política e financeira, maior organização e pressão da classe operária, estruturação dos partidos políticos dentre outros -, a instituição que

dá assistência “às famílias dos convocados”, progressiva e rapidamente começa a atuar em praticamente todas as áreas de assistência social, inicialmente para suprir sua atividade básica e em segunda visando a um programa de ação permanente. Nesse sentido, se constituirá em mecanismo de grande impacto para a reorganização e incremento do aparelho assistencial privado e desenvolvimento do Serviço Social como elemento dinamizador e racionalizador da assistência (CARVALHO, 2008, p. 266).

¹⁵A principal competência da divisão de conforto e assistência, estabelecida legalmente, era conceber e executar medidas capazes de contribuir diretamente para o rendimento do pessoal no trabalho. Para isso, preconizava o desenvolvimento de atividades nas áreas de assistência médica, judiciária, dentária e hospitalar, aquisição e repasse para família de militares de gêneros alimentícios e de vestuário, auxílio na educação dos filhos de militares, dentre outras ações assistenciais (MINISTÉRIO DA MARINHA, 1946).

¹⁶Compreendemos que tal investimento da Força na área social encontrava-se imbricado no contexto de redefinição do papel do Estado, implementado no Brasil, desde os anos de 1930, sob o governo de Getúlio Vargas, bem como pelo processo desencadeado pela participação direta do país na II Grande Guerra Mundial (1939-1945) (MOREIRA, SOUZA e SANTOS, 2017).

Tem-se, assim, a refuncionalização do aparelho estatal sob a era do capitalismo monopolista, criando espaço para o desenvolvimento de atividades profissionais voltadas à formulação e implementação das políticas sociais, sendo um destes agentes técnicos o assistente social.

Dessa forma, consideramos de significativa relevância, antes de dar continuidade à trajetória histórica do Serviço Social na Marinha do Brasil, discorrer sobre as características do Estado do capital monopolista, e como este contexto influenciou a profissionalização do Serviço Social e a criação de diferentes espaços ocupacionais para o desenvolvimento do exercício profissional do assistente social, em especial nas instituições militares.

De acordo com Netto, com base nos estudos de Mandel, o surgimento do capitalismo monopolista, no século XIX, sucedeu o período histórico do capitalismo concorrencial¹⁷ - iniciado no final do século XVIII, como resultado da Primeira Revolução Industrial.

[...] a idade do monopólio altera significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa: ao mesmo tempo em que potencia as contradições fundamentais do capitalismo já explicitadas no estágio concorrencial e as combina com novas contradições e antagonismos, deflagra complexos processos que jogam no sentido de contrarrestar a ponderação dos vetores negativos e críticos que detona (MANDEL 1976, apud NETTO, 2007, p. 16).

O crescimento exponencial do capital, o aumento das taxas de lucro a partir do controle dos mercados por parte dos grupos monopolistas, dentre outros fenômenos, alteraram significativamente não apenas o mundo do trabalho, mas toda a vida social. De acordo com Netto (2007), “a monopolização dá corpo a uma generalizada burocratização da vida social”. O autor sinaliza a expansão das atividades consideradas improdutivas, as quais passam também a estarem sob a órbita do controle capitalista. Como analisa Mandel (1985), constitui-se uma industrialização generalizada, na qual “a mecanização, a padronização, a superespecialização e a fragmentação do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora todos os setores da vida social”.

O capitalismo monopolista acentua as contradições que existiam no capitalismo concorrencial e, com as diversas alterações na divisão sociotécnica do trabalho a nível internacional, além de potencializar a taxa de trabalhadores ao exército industrial de reserva, conduz ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação

¹⁷ Em virtude do objetivo central deste artigo não nos debruçaremos, embora consideremos de suma relevância, sobre as fases cíclicas do capital e as consequências sociopolíticas e econômicas provenientes destas. Por isso, para um aprofundamento da temática sugerimos a obra “O Capitalismo Tardio” de Ernest Mandel.

privada. Assim, para efetivar-se com chance de êxito, o capitalismo monopolista demanda mecanismos de intervenção extraeconômicos. Daí a refuncionalização e o redimensionamento da instância por excelência do poder extraeconômico, o Estado (NETTO, 2007).

A refuncionalização do aparelho estatal no capitalismo monopolista apresenta-se antagonicamente às características do Estado no estágio do capitalismo concorrencial. Na fase do capital concorrencial, os liberais destituíam o Estado da possibilidade de intervenção no desenvolvimento da sociedade, principalmente no âmbito econômico, salvo nas condições consideradas como exceção, em que sua intervenção se dava de modo emergencial e pontual. Nesse estágio, o Estado respondia às expressões da “questão social” de forma repressiva e coercitiva, utilizando-se de sua função de monopólio do uso da força para garantir o desenvolvimento da produção capitalista em sua plenitude. Na idade do monopólio, além da preservação das condições externas da produção capitalista, há o redimensionamento das funções do Estado, o qual passa a agir como “regulador” das relações entre as classes, ou seja, “a intervenção estatal incide na organização e na dinâmica econômicas desde dentro, e de forma contínua e sistemática. Mais precisamente, no capitalismo monopolista, as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções econômicas” (Ibidem, p. 25).

[...] no capitalismo concorrencial, a intervenção estatal sobre às sequelas da exploração da força de trabalho respondia básica e coercitivamente às lutas das massas exploradas ou à necessidade de preservar o conjunto de relações pertinentes à propriedade privada burguesa como um todo; no capitalismo monopolista, a preservação e o controle contínuos da força de trabalho, ocupada e excedente, é uma função estatal de primeira ordem (NETTO, 2007, p. 26).

Como “comitê executivo da burguesia monopolista”, como acentua Netto parafraseando Marx, o Estado passa a intervir no enfrentamento das expressões da “questão social”, com vistas a criar condições necessárias para a reprodução da força de trabalho e, conseqüentemente, garantir a manutenção da acumulação capitalista. Segundo o autor, no estágio dos monopólios, tem-se a articulação das funções políticas e econômicas do Estado, sendo a primeira observada no papel assumido pelo Estado, ao apresentar-se como a instância responsável por assegurar os direitos civis, políticos e sociais - conquistados historicamente a partir das lutas e reivindicações da classe trabalhadora.

Netto (2007) chama-nos a atenção para o fato de que o Estado é o Estado do capitalismo monopolista, e mesmo diante de seu papel de “coesionador” e “regulador” do desenvolvimento social, a intervenção estatal sempre buscará atender aos interesses da classe dominante. Nesse sentido, é importante frisar que “a atuação do Estado burguês no

capitalismo monopolista, em todos os quadrantes, é mediatizada pela correlação das classes e das forças sociais presentes” (p. 28).

Nesse jogo político, o Estado passa então a atender algumas das reivindicações das classes subalternas, e apresenta-se de maneira “ilusionista”, como o representante de toda sociedade, haja vista que o seu caráter de classe permanece oculto.

O capitalismo monopolista, pelas suas dinâmicas e contradições, cria condições tais que o Estado por ele capturado, ao buscar legitimação política através do jogo democrático, é permeável a demandas das classes subalternas, que podem fazer incidir nele seus interesses e suas reivindicações imediatos. E este processo é todo ele tensionado, não só pelas exigências da ordem monopólica, mas pelos conflitos que esta faz dinamar em toda a escala societária (Ibidem, p. 29).

Como mencionado, o Estado do capitalismo monopolista já não enfrenta as sequelas da “questão social” somente através do uso da coerção, mas sua intervenção se dá, também, a partir da implementação de serviços sociais cujo objetivo principal é criar as condições necessárias para produção e reprodução social sob a lógica do capital. A intervenção estatal frente à “questão social” é desenvolvida, então, por meio das políticas sociais, pelas quais ao passo que procura atender às demandas da classe trabalhadora, reforça as demandas da ordem monopólica. Assim, para intervir na reprodução de vida dos trabalhadores, o Estado requisita como um de seus agentes técnicos o assistente social.

A constituição histórica do Serviço Social no Brasil apresenta-se a partir de sua vinculação com a Igreja Católica, como parte de sua estratégia de qualificação do laicato, especialmente de sua parcela feminina, vinculada predominantemente aos setores abastados da sociedade, cujas práticas estavam voltadas à filantropia, ao voluntariado e à ajuda. O foco de atuação de origem confessional eram as famílias operárias com influência ideológica religiosa e doutrinária que deu legitimidade a constituição da profissão naquele período (IAMAMOTO, 2012).

Será somente a partir do desenvolvimento industrial e da expansão urbana, na era do capitalismo monopolista, que a profissão de Serviço Social se insere na divisão sociotécnica do trabalho e nas relações de mercantilização de compra e venda da força de trabalho. Netto (2007) sinaliza que a profissionalização do Serviço Social não se deu a partir de uma evolução da ajuda, da racionalização da filantropia, nem da organização da caridade; mas sim está vinculada à dinâmica posta pela ordem monopólica. Fica estabelecido, aqui, como assinala Iamamoto (2012), a ruptura entre a atividade assistencial voluntária, desencadeada por motivações puramente pessoais e idealistas, e a atividade profissional que se estabelece

mediante uma relação contratual que regulamenta as condições de obtenção dos meios de vida necessários à reprodução desse trabalhador especializado.

Como referenciado no decorrer deste estudo, no estágio do capitalismo monopolista, tem-se a refuncionalização do aparelho estatal, alterando o seu *modus operandi* no que se refere ao enfrentamento das consequências da exploração do trabalho expressas nas condições de vida da classe trabalhadora. O Estado, através das políticas sociais, passa a intervir na reprodução de vida dos trabalhadores e, para esta ação, requisita o assistente social.

A constituição do mercado de trabalho para o assistente social pela via das políticas públicas – e recorde-se que aqui fazemos referência às políticas sociais do Estado burguês no capitalismo monopolista – é que abre a via para compreender simultaneamente a continuidade e a ruptura, antes aludidas, que assinalam a profissionalização do Serviço Social [...] A sua funcionalidade estratégica passa a dinamizar dos mecanismos específicos da ordem monopólica para a preservação e o controle da força de trabalho (NETTO, 2007. p. 75).

Segundo Iamamoto (2012), a inserção do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho “situa-se no processo de reprodução das relações sociais, fundamentalmente como uma atividade auxiliar e subsidiária no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante junto à classe trabalhadora” (p. 101). Assim, a autora define que o significado social da profissão na sociedade capitalista é participar da reprodução das relações entre classes. Salienta, também, que a reprodução das relações sociais significa a reprodução do modo de vida, da totalidade do processo social, como a forma de viver e de trabalhar em sociedade. Um processo em que são criadas e recriadas lutas sociais, como luta por poder, pela hegemonia entre as diferentes classes, por exemplo. A reprodução das relações sociais se expressa na vida cotidiana, no trabalho, no lazer, na escola, nos espaços de poder e, inclusive, na profissão.

As modificações políticas, econômicas, sociais, ideológicas, culturais etc., que afetam diretamente as classes subalternas e, conseqüentemente, a reprodução das relações sociais, causam o recrudescimento das expressões da “questão social”, e estas passam a ser objeto de intervenção do Estado por meio das políticas sociais. Nessa intervenção tem-se a articulação entre o aparelho estatal e as entidades privadas, chamadas de “terceiro setor”, as quais passam a assumir gradativamente a função estatal, tendo em vista que o Estado tende a concentrar-se, preferencialmente, no alívio da pobreza extrema por meio de políticas sociais emergenciais, compensatórias, assistencialistas, focalizadas nos segmentos mais pobres da população.

Assim, como aponta Iamamoto (2009), a ampliação exponencial das desigualdades de classes, densas de disparidades de gênero, etnia, geração e desigual distribuição territorial, radicaliza a questão social em suas múltiplas expressões coletivas inscritas na vida dos

sujeitos, densa de tensões entre consentimento e rebeldia, o que certamente encontra-se na base da tendência de ampliação do mercado de trabalho para a profissão de Serviço Social.

Esse breve panorama histórico somado às mudanças no mundo do trabalho, a partir das inovações tecnológicas e organizacionais - que potenciam a produtividade e a intensificação do trabalho -, é o solo histórico movente que atribui novos contornos ao mercado profissional de trabalho dos assistentes sociais, diversificando os espaços ocupacionais e fazendo emergir inéditas requisições e demandas a esse profissional, novas habilidades, competências e atribuições (Idem, 2009).

Os diferentes espaços ocupacionais sejam eles na esfera estatal, empresarial, em organizações não governamentais entre outros, são permeados de forma direta pela organização econômica que rege a sociedade. Os assistentes sociais estão inseridos em campos de trabalho diversos e, ainda que nestes espaços tenham como objeto de intervenção a “questão social” em suas múltiplas expressões, tenham como referência o projeto ético-político da profissão, a Lei de Regulamentação, o Código de Ética que orienta as atribuições e competências, direcionando a condução do seu trabalho, cada espaço sócio-ocupacional possui particularidades que influenciam os processos de trabalho, e resultam na tensão entre a idealização profissional *versus* os dilemas de alienação presentes no trabalho assalariado.

As instituições militares fazem parte desse leque de espaços ocupacionais em que estão inseridos os assistentes sociais. Na Marinha do Brasil, objeto de análise deste estudo, verifica-se que, historicamente, o Serviço Social foi concebido como profissão vinculada quase que exclusivamente à política de assistência social. Com isso, os serviços socioassistenciais, os programas e projetos, os benefícios sociais, em suma todas as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, independente do campo de atuação exercido na esfera militar (educação, saúde, organizacional, operacional etc.), foram se estruturando e sendo reconhecidos como “Assistência Social”¹⁸. Como podemos observar no caso da instituição pesquisada, mesmo se tratando de uma Organização Militar Hospitalar, o Serviço Social ainda é concebido como “Serviço de Assistência Social Hospitalar (SAS-H)”. Com isso nos perguntamos: afinal, seria essa concepção resultado da trajetória histórica da profissão na

¹⁸ Verificamos, por meio de análise documental que, no ano de 2018, o Serviço Social da Força Aérea Brasileira (FAB) passou por uma reformulação e foi renomeado. O que antes era denominado como Sistema de Assistência Social (SAS), passou a ser Sistema de Serviço Social (SISESO). De acordo com a Norma do Sistema do Comando da Aeronáutica (NSCA 163-1, 2020, p. 6), “a substituição do termo Assistência Social por Serviço Social é proveniente do entendimento de que o Assistente Social intervém em diversos campos de atuação, e trabalha com variadas Políticas Sociais, sendo a Assistência Social apenas uma delas. Neste sentido, a modificação mencionada expressa a amplitude e alcance do trabalho realizado pelo profissional de Serviço Social, no âmbito da Força”.

Marinha ou outros fatores contribuíram/contribuem para isso? Há impactos no exercício profissional do assistente social?

Moreira (2003) apresenta o surgimento do Serviço Social na instituição a partir de revisão documental e entrevistas com profissionais que integraram o processo de estruturação da profissão na Força Marítima, registrando como o Serviço Social era entendido pelos empregadores e pelos usuários que apresentavam as consideradas “demandas sociais”. De acordo com a autora, até final dos anos de 1980, o Serviço Social era compreendido como uma profissão que poderia ser desenvolvida por qualquer pessoa que “possuísse boa vontade” e de fato, em algumas Organizações Militares eram destacados alguns Oficiais, cuja formação nem sempre era de um profissional habilitado em Serviço Social, para gerenciar os recursos assistenciais e atuar na “Assistência Social”.

A oportunidade de mudar tal situação foi aberta quando da realização de uma Inspeção Administrativa Militar no SASM (Serviço de Assistência Social da Marinha), no ano de 1987. Naquela ocasião, o Almirante, Diretor Geral do Pessoal da Marinha (DGPM) questionou a forma como o SASM vinha desenvolvendo seu trabalho, uma vez que, em sua apreciação a atividade fim do órgão, ou seja, a atuação na área da assistência social, não estava tendo visibilidade. Constatou, ainda, que o SASM estava sendo funcional, apenas às firmas de seguro, razões que o motivou em pensar na extinção do órgão (MOREIRA, 2003, p.59).

Naquela conjuntura, foi necessário um movimento por parte das assistentes sociais, principalmente das militares¹⁹, haja vista o quadro na época ser composto por profissionais militares e servidoras civis, na busca da racionalização da prática do Serviço Social na Marinha. Conforme Moreira (2003), foram realizadas visitas técnicas, reuniões com as demais assistentes sociais das diferentes Organizações Militares, encontros para reflexão da prática profissional, elaboração de um plano de atividades, dentre outras ações. A possibilidade da extinção do SASM proporcionou a criação de estratégias para o reconhecimento profissional do Serviço Social na instituição.

Dentre as modificações realizadas, destaca-se a criação do plano de atividades que estabelecia que os serviços sociais

deveriam ser prestados, na instituição, por assistentes sociais legalmente habilitados, ou seja, profissionais que passaram pelo curso de formação acadêmica em Serviço Social. Coloca, ainda, o assistente social como o responsável pelo gerenciamento dos recursos financeiros, disponibilizados na instituição, destinados à assistência social” (MOREIRA, 2003, p.62).

¹⁹ A primeira turma de assistentes sociais militares ocorreu no ano de 1981, ano de ingresso da primeira turma de mulheres para o Quadro Auxiliar Feminino de Oficiais do Corpo Auxiliar Feminino da Reserva da Marinha, por meio de concurso público.

O movimento das assistentes sociais teve também como resultado a criação de um documento constando em seus anexos um “Guia de Orientação para atuação dos Assistentes Sociais da Marinha”, endereçado apenas às Organizações Militares que dispunham em seu efetivo assistentes sociais. Com isso, um novo reordenamento do Serviço Social na Marinha ocorrerá em 1994, visando adequar as diversas modalidades assistenciais prestadas pela MB (jurídica, psicológica e serviço social) às tendências que compreendiam os sujeitos em sua totalidade. Assim, foi criado pela Diretoria Geral de Pessoal da Marinha (DGPM), o Serviço Integrado de Assistência Social para o Pessoal da Marinha (SAIPM)²⁰ e o conceito de Assistência Social Integrada passou a nortear as ações no campo da Assistência Social na MB.

Faz-se relevante frisar que nos períodos indicados (década de 80 e 90) o Serviço Social vivenciava as alterações no interior da profissão através da perspectiva de intenção de ruptura. Buscava-se romper com as práticas conservadoras, fundamentadas no bloco católico até então vigente na profissão, a partir da aproximação do arcabouço teórico marxista (ainda que não fosse das fontes originárias) pelos movimentos de vanguarda da época, principalmente dos movimentos estudantis. Portanto, podemos presumir que tal movimento no seio da profissão pode ter contribuído para reorganização da categoria de assistentes sociais da MB e para racionalização do exercício profissional nessa instituição.

Com o redimensionamento das ações assistenciais no âmbito das Forças Armadas, no ano de 2006, foi publicada, por meio da Portaria Normativa nº 1173/MD, de 6 de setembro de 2006, a aprovação da Política de Assistência Social das Forças Armadas (PASFA), elaborada durante o 1º Encontro de Assistentes Sociais das Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica), na cidade do Rio de Janeiro.

No ano de 2008, ocorreu o 2º Encontro de Assistentes Sociais das FA, com o objetivo de fortalecer o trabalho em conjunto e a padronização de procedimentos, pois

“entendia -se que a PASFA configurava um parâmetro geral, contudo, ressentia-se, ainda, da proposição de requisitos para padrões mínimos destinados ao desenvolvimento de programas comuns às três Forças, embasados na Política de Assistência Social das Forças Armadas” (CHAGAS; ALBULQUERQUE, 2017).

Assim, como resultado do segundo encontro, no ano de 2010, fora publicada a Portaria Normativa nº 881, de 26 de maio de 2010, a qual aprova as diretrizes para o desenvolvimento dos programas sociais da Política de Assistência Social das Forças Armadas, conforme dispostos a seguir:

²⁰ O SAIPM, sob supervisão técnica da DASM, destina-se à prestação inicial, de forma integrada, de assistência nas áreas de Serviço Social, Direito e Psicologia ao pessoal militar e civil, ativo e inativo, aos seus dependentes e aos pensionistas da Marinha (DGPM-501, 2014, 6ªRev).

I – Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência (PAPD);
 II – Programa de Preparação para Reserva e Aposentadoria (PPRA);
 III – Programa de Apoio Socioeconômico (PASE);
 IV- Programa de Prevenção à Dependência Química (PPDQ); e
 V – Programa de Atendimento Social às Famílias dos Militares e Servidores Civis participantes de Missões Especiais (PASFME).²¹

No ano de 2015, em virtude de readequações no Ministério da Defesa e face à aprovação da Política Setorial de Defesa (PSD), publicada pela Portaria Normativa nº 2.624, de 7 de setembro de 2015, ficou determinado que as políticas temáticas publicadas pelos diversos setores do MD fossem revogadas, dentre elas a Política de Assistência Social das Forças Armadas. Assim, criou-se uma norma reguladora, não mais com caráter de “política”, com o propósito de atender as demandas socioassistenciais, preventivas e protetivas aos militares e servidores civis ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas (CHAGAS; ALBULQUERQUE, 2017).

De acordo com as autoras, no ano de 2016, iniciou-se a discussão sobre a construção das “Diretrizes de Assistência Social das Forças Armadas”, as quais foram aprovadas e publicadas no ano de 2021, pela Portaria GM-MD nº 1740, de 14 de abril de 2021. O referido documento revoga as portarias supracitadas e volta-se mais a parte gerencial dos recursos financeiros e humanos e à interoperabilidade entre as Forças Singulares no que se refere à assistência social. Os programas previstos nas publicações anteriores permanecem sendo desenvolvidos, somados às novas ações de acordo com as demandas e modificações institucionais e societárias.

No âmbito da Marinha, os programas, projetos e ações desenvolvidos pelo Serviço Social são regulamentados pelas “Normas sobre a Assistência Social na Marinha do Brasil (DGPM-501)” que está em sua 7ª revisão, publicada em 26 de agosto de 2020. A referida norma prevê, dentre outros assuntos, os seguintes programas: “Programa de Qualidade de Vida”; “Programa de Atendimento ao Idoso”; “Programa de Atendimento Especial – Pessoa com Deficiência”; “Programa de Atendimento em Missões”; “Programa de Apoio Socioeconômico”; “Programa de Permanência, Movimentação ou Remoção por Motivo Social”; “Programa de Atuação do Assistente Social na Saúde”; e “Atuação da assistência social em situações de emergência, desastres e no grupo embarcado de assistência social”, os quais integram o Sistema de Assistência Social da Marinha (SIASM)²².

²¹ BRASIL, MINISTÉRIO DA DEFESA, art. 1º da Portaria Normativa nº 881/MD - 2010

²² Um sistema corporativo, gratuito, descentralizado e participativo, voltado à gestão dos programas, projetos e ações, benefícios e serviços socioassistenciais ofertados pela Assistência Social da MB à Família Naval (DGPM-501, 2020).

No ano de 2020, também fora criado o Plano de Assistência Social da Marinha (PASM), o qual visa transmitir de forma direta e prática a metodologia de planejamento e gestão adotada pela Diretoria de Assistência Social da Marinha; os objetivos estratégicos estabelecidos para a área de Assistência Social; as ações mínimas a serem realizadas pelos Órgãos de Execução do Serviço de Assistência Social ao Pessoal da Marinha (OES) em cada eixo de atuação; bem como estratégias que foram definidas para o aperfeiçoamento do SiASM no período de 2021 a 2024 (DASM, 2020).

De acordo com o referido Plano, as ações da Assistência Social das Forças Armadas integram a estratégia de recursos humanos e tem como propósito principal contribuir para a prevenção e o atendimento de demandas socioassistenciais que podem constituir-se em ameaças ao pronto emprego do contingente. Nesse sentido,

a missão da Assistência Social é executar ações de apoio ao núcleo familiar de militares e servidores civis, buscando minimizar as interferências de situações sociais, psicológicas e jurídicas adversas que possam comprometer os recursos humanos da MB no desempenho de suas tarefas (DASM, 2020).

Integrando os programas sociais explicitados, o PASM apresenta, dentre outros, os seguintes objetivos estratégicos:

- I - Prevenir o uso abusivo de álcool e outras drogas entre os militares e servidores civis da ativa;
- II - Prevenir os casos de suicídio entre os militares e servidores civis da ativa;
- III – Prevenir condutas de risco e o consequente adoecimento dos militares e servidores civis da ativa por infecções sexualmente transmissíveis;
- IV- Contribuir para a redução dos casos de transtornos mentais e comportamentos entre os militares e servidores civis da MB transferidos para a Reserva Remunerado e/ou Aposentadoria;
- V – Prevenir condutas discriminatórias e qualquer tipo de abuso contra as mulheres integrantes da MB, em especial, contra aquelas lotadas nos meios operativos;
- VI – Promover o exercício da maternidade e paternidade responsáveis;
- VII – Contribuir para mitigação dos impactos negativos causados pelo afastamento da rede familiar em virtude de movimentação com mudança de sede;
- VIII – Contribuir para a melhoria do clima organizacional das Organizações Militares;
- IX – Contribuir para a redução dos casos de inadimplência e sobre-endividamento;
- X – Contribuir para mitigação dos impactos negativos causados pelas dificuldades socioeconômicas;
- XI – Contribuir para a inclusão social dos dependentes de militares e servidores civis com deficiência;
- XII – Promover a educação para o Envelhecimento Ativo;
- XIII – Contribuir para mitigação dos impactos negativos decorrentes do afastamento do militar empregado em missão real;
- XIV – Contribuir para adequação da distribuição do pessoal, militar e civil, em função de particularidades de ordem social;
- XV – Contribuir para ampliação do acesso dos usuários a direitos e serviços de saúde;
- XVI - Promover a ampliação do acesso da Família Naval aos serviços oferecidos pela Assistência Social da MB [...] (DASM, 2020).

Como se pode observar, as ações desenvolvidas pelo Serviço Social da Marinha do Brasil, em conjunto com as demais profissões que integram o atendimento socioassistencial à Família Naval, não se restringe ao âmbito da assistência social, pois atua na esfera da saúde, da educação, e nos campos operativos e organizacionais. Outrossim, verifica-se que grande

parte das ações voltadas aos militares e servidores civis da ativa estão direcionadas à manutenção e reprodução da força de trabalho a partir do controle dessa força e do estabelecimento de consensos ideológicos, tendo bastante similaridade com as ações socioassistenciais e socioeducativas desenvolvidas na esfera empresarial. Conforme sinalizado por Mota (2012),

a justificativa para executar serviços sociais dentro da empresa fundamenta-se na importância atribuída à preservação da qualidade da força de trabalho dos empregados, passível de ser afetada tanto pelas carências materiais que vivencia o trabalhador como pelo surgimento de comportamentos divergentes que interfiram no processo organizativo da produção (p. 10).

Nessa perspectiva, consideramos que unilateralizar os serviços e benefícios sociais desenvolvidos pela Força Marítima para o âmbito da Assistência Social e conceber o Serviço Social como Serviço de Assistência Social, exprime uma ausência de compreensão de que o assistente social intervém em diferentes campos de trabalho, mesmo que inserido no âmbito militar, e cada qual possui especificidades que precisam ser desveladas e compreendidas para o fortalecimento e desenvolvimento do exercício profissional.

No campo da saúde, nas Organizações Militares Hospitalares da Marinha, por exemplo, acreditamos que o fato de o Serviço Social ser concebido como Serviço de Assistência Social Hospitalar corrobora para secundarizar a prática profissional nas unidades de saúde, além de invisibilizar as particularidades existentes nessa esfera.

Embora a discussão até aqui apresentada seja direcionada à concepção da profissão nas Forças Armadas, durante as leituras para construção desta pesquisa também verificamos que o Serviço Social no âmbito militar ainda é um tema um tanto quanto encoberto para as organizações político-normativas da profissão e por parte da categoria profissional.

Para citar alguns exemplos: o profissional de Serviço Social do campo militar não era vinculado ao respectivo Conselho Regional de Serviço Social da região onde exercia sua atividade profissional, sendo isento do pagamento da anuidade e da fiscalização e disciplina do referido órgão, até o ano de 2015, quando o Conselho Federal de Serviço Social emitiu o Parecer Jurídico nº 12/15, em 09 de março de 2015, dispondo como obrigatoriedade o registro desses profissionais no CRESS e a sujeição ao pagamento das anuidades e as normas éticas e técnicas da profissão. A publicação “Atuação de assistentes sociais no sociojurídico – subsídios para reflexão”, elaborada pelo CFESS no ano de 2014, apresenta que apesar de as Forças Armadas e as corporações militares não se caracterizarem, a princípio, como instituições do sociojurídico, o Grupo de Trabalho organizado no ano de 2012 avaliou que

algumas interfaces são passíveis de serem realizadas, o que justificou a sua apreciação e inserção no âmbito do sociojurídico etc.

O debate suscitado na supracitada publicação do CFESS ainda é atual na Comissão Sociojurídica do CRESS/RJ, a qual possui um Grupo de Trabalho: “Exercício Profissional nas Forças Militares, Auxiliares e de Segurança”, onde são realizados debates e reflexões sobre esse e outros temas, pois não é unânime o entendimento de que o Serviço Social da esfera militar seja concebido como integrante do campo sociojurídico. Concepção que esta autora também refuta, haja vista as particularidades inerentes ao exercício profissional nas diferentes áreas que compõem as instituições militares como espaço ocupacional de assistentes sociais: saúde, assistência social, educação, campos organizacionais e operativos etc., conforme sinalizado anteriormente.

O movimento realizado pelo conjunto CFESS/CRESS é um importante passo para a análise e desvelamento da atuação profissional na esfera militar. Em novembro de 2021, a referida comissão, por meio do “Boletim Eletrônico do CRESSRJ”, encaminhou um e-mail para os profissionais de Serviço Social para o preenchimento de um formulário com o intuito de realizar um novo levantamento de informações com a finalidade de mapear o perfil profissional e as ações profissionais de assistentes sociais que atuam nas instituições militares e de segurança. Cabe sinalizar que até o momento, a comissão não possui o resultado dessa pesquisa²³.

Discutir sobre o exercício profissional e os espaços ocupacionais nas pesquisas acadêmicas, nos espaços deliberativos, nas reuniões de equipe, em artigos científicos e livros, nos “retira do lugar-comum das queixas e das inquietações que não ultrapassam a crítica institucional” (ALMEIDA, 2017). De acordo com o autor, é importante tomar as experiências nos espaços ocupacionais como objeto de reflexão, que não se limite às abordagens dos planos legais e institucionais e acionem o acervo de questões e problemas que atravessam o cotidiano dos trabalhadores das políticas sociais; e este é um dos objetivos deste estudo.

Como vimos, o campo de contratação de assistentes sociais nas Forças Armadas vem se expandindo, principalmente, no que se refere à contratação de profissionais com vínculo temporário, os chamados Oficiais temporários; os quais tem a possibilidade de permanecer na Força até oito anos, com contrato renovável anualmente. Na Marinha, a contratação de militares temporários foi ampliada no início dos anos 2000, refletindo a conjuntura de contrarreforma que se expandia no Brasil iniciada nas décadas de 1980 e 1990 e aprofundada

²³ Após contato com a representante da Comissão Sociojurídica CRESS/RJ no final do segundo semestre do ano de 2022, fomos informados de que os dados ainda estavam em análise.

nas duas primeiras décadas do século XXI. Desde então, essa modalidade de contratação vem crescendo consideravelmente. Até o ano de 2015, somente a contratação de Oficiais de carreira (estabilizados) se dava por meio de prestação de concurso público, a contratação de profissionais temporários ocorria por meio de entrevista e análise curricular.

A partir do ano de 2016, a Marinha também passou a adotar a modalidade de concurso público temporário para os candidatos das mais diversas profissões com a aplicação de provas com questões objetivas direcionadas ao conhecimento da história militar naval, das normas e legislações militares e de língua portuguesa, além da prova de títulos e de teste de aptidão física. Tal tendência expressa as modificações no mundo do trabalho, que se manifestam a partir da precarização, terceirização, subcontratação, perda de direitos, vínculos temporários, e que afetam diretamente o mercado de trabalho para assistentes sociais no Brasil, que apesar da fragilização e desvalorização nas formas de contratação requisitam profissionais cada vez mais qualificados e especializados.

De acordo com o Plano de Assistência Social da Marinha (DASM, 2020), o Serviço Social da Força Marítima brasileira, até o ano de 2020 era composto por 95 assistentes sociais, dentre os quais: 33 são Oficiais do Quadro Técnico do Corpo Auxiliar (CP-T) – militares de carreira; 02 são servidoras civis; e 60 são oficiais temporários. Aproximadamente, 63% dos assistentes sociais que integram o quadro do Serviço Social da Marinha do Brasil são temporários, um número expressivo que reflete a tendência geral do mundo do trabalho na sociedade capitalista e o mercado de trabalho para os assistentes sociais.

O vínculo temporário, além de causar a alta rotatividade de profissionais - o que dificulta a produção de uma cultura no trabalho a partir do planejamento, da elaboração de projetos profissionais, da avaliação e sistematização das ações e do fortalecimento da autonomia profissional -, impacta diretamente as relações e condições de trabalho dos profissionais. No caso da Organização Militar Hospitalar (OMH) pesquisada, dos onze assistentes sociais que compõem a equipe de Serviço Social, dez são temporários.

Algumas observações sobre o serviço militar voluntário (militar temporários) são importantes a serem pontuadas, tais como: ao serem incorporados na Força, os militares temporários estão sujeitos aos mesmos deveres e obrigações previstas no militarismo conforme preconizado no Estatuto dos Militares. Para se adequarem às normas institucionais na Marinha do Brasil, os temporários de diferentes profissões passam pelo “Estágio de

Adaptação e Serviço” e “Estágio de Serviço Técnico”, um curso com duração de três meses²⁴, realizado em uma Organização Militar de Ensino, no qual os candidatos aprovados no concurso são “adestrados” – termo comumente utilizado na Força – quanto às normas militares, treinamentos de aptidão física, culto aos símbolos nacionais, enfim, são ensinados a marchar, instrumentalizar armamentos, além de conhecerem sucintamente os sistemas operacionais do meio naval.

Após a conclusão do referido curso, os militares temporários são distribuídos para as Organizações Militares e, então, passam a desenvolver também as atribuições de sua respectiva profissão. Um ponto importante é que, embora estejam sujeitos aos mesmos deveres e obrigações dos militares de carreira, o militar temporário não possui todas as prerrogativas previstas no militarismo. Um exemplo disso é o direito ao licenciamento para tratamento de saúde própria ou para acompanhar o familiar enfermo, visto que os temporários possuem um limite de dispensa de até sessenta dias a cada dois anos (DGPM-308) – e os militares de carreira não possuem limitação de tempo; possuem uma normatização própria, não têm o direito à solicitação de movimentação por interesse próprio para cidades que não fazem parte do distrito naval pelo qual se candidataram no concurso; não têm direito à solicitação de movimentação por motivo social etc.

Apesar de o concurso ser para contratação profissional de até oito anos, o fato de a renovação contratual ocorrer anualmente gera bastante receio e apreensão aos militares temporários. Estes são sujeitos às mesmas cobranças que os militares de carreira, exercem cargos de chefias e são colocados rotineiramente em condições que exigem tomadas importantes de decisões.

Outro aspecto importante a ser trazido é que a condição temporária no caso da profissão de assistente social, apesar da fragilidade do vínculo empregatício e dos limites quanto à autonomia profissional, não impede a realização de um trabalho de qualidade e comprometido com os interesses da população usuária.

Em suma, consideramos que a questão do vínculo temporário resulta não apenas em fragilidades para os militares contratados, mas também para a Força, pois é fato que a perda de um profissional já habituado à instituição, que domina os instrumentos de trabalho e conhece os manejos e práticas operacionais, resultará em prejuízos para aquela determinada Organização Militar.

²⁴ Cabe sinalizar que os Oficiais de carreira também passam pelo “Estágio de Adaptação e Serviço”. O curso, porém, tem a duração de nove meses.

2 SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E INSTITUIÇÃO MILITAR DE SAÚDE: O SERVIÇO SOCIAL EM UMA ORGANIZAÇÃO MILITAR HOSPITALAR DA MARINHA DO BRASIL

Antes de discorrermos sobre a instituição militar de saúde como espaço ocupacional para o desenvolvimento do exercício profissional do assistente social, faz-se necessário, primeiramente, situar o ingresso da profissão na Política de Saúde e sua trajetória histórica nesta área, com a finalidade de compreendermos como se deu e vem se desenvolvendo essa inserção, o que faz o assistente social no âmbito da saúde, como faz e para quem faz.

2.1 Panorama da Política de Saúde no Brasil de 1920 a 2022

Historicamente, as formas de atenção à Saúde no Brasil eram pautadas na assistência médica filantrópica e na prática liberal. Estes modelos de atenção à saúde não respondiam aos inúmeros casos de doenças, originadas, principalmente, das péssimas condições de vida da população pobre.

Nos últimos anos da década de 1920, a questão saúde passa a ser considerada como fator fundamental para reivindicação “[...] do nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30” (BRAVO, 2008). Os anos de 1920 foram marcados pela Reforma Carlos Chagas - 1923 que tentou ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central e pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) - 1923, criadas pelo Deputado Eloy Chaves que, segundo Bravo (2008), visava a questão de higiene e saúde do trabalhador.

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. [...] Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (Ibidem, p. 3).

Como pode ser visto, a assistência à saúde neste período era voltada apenas aos trabalhadores formais e seus familiares. Os indivíduos que não exercessem nenhuma atividade laboral regulada pela legislação vigente contavam com o atendimento das entidades caritativas e filantrópicas. O Estado, por sua vez, concentrava-se no controle da ordem social

e na manutenção do desenvolvimento econômico do país, e respondia às expressões da “questão social” de modo policaresco por meio de ações repressivas e coercitivas.

A questão Saúde passa a ser considerada como fator para intervenção estatal apenas na década de 1930, quando a conjuntura política, econômica e social do país é alterada a partir da ascensão do Estado Novo presidido por Getúlio Vargas. “As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930, têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores” (BRAVO, 2008, p. 4).

O processo de industrialização no país resultou num crescente fluxo migratório – uma sociedade “*agroexportadora*” para uma sociedade “*urbano-industrial*” (LOPES, 2003, p. 44). Visava-se o desenvolvimento econômico sob o domínio do capital industrial, ou seja, a economia deveria avançar e para tal necessitava de mão de obra que se daria através da camada pobre vinda de uma cultura rural, já que o país destacava-se pela economia cafeeira.

Os trabalhadores migravam para os centros urbanos a fim de vender sua força de trabalho em troca de um salário, no entanto, mal conseguiam satisfazer suas necessidades básicas e ter uma moradia. Este processo culminou na formação de um grande contingente habitando os morros e encostas e formando as favelas (LOPES, 2003, p. 44-45), tendo como características a ampliação da classe trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

A política de saúde formulada neste período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de Saúde pública era predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitária mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só vira sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2008, p. 4).

A medicina previdenciária era um modelo de atenção à saúde direcionado aos trabalhadores formais, destacando-se com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Todavia, “a previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços” (Ibidem, p. 5), não conseguindo estabelecer um serviço de Saúde efetivo para os trabalhadores.

Nesta conjuntura, aproximadamente nos anos de 1950, apresentava-se no cenário da política de saúde brasileira a estrutura hospitalar de natureza privada apontando na direção da formação de empresas médicas, que avançaria efetivamente pós 1964 na ditadura militar. Entretanto, ainda na década de 1950/60, a assistência médica previdenciária era fornecida pelos serviços dos Institutos elencados acima (IAPs).

Com o estabelecimento do período ditatorial no país em 1964, inaugura-se a afirmação de uma nova tendência de desenvolvimento econômico, social e político. No entanto, este desenvolvimento ocorria de forma autocrática e repressiva acentuando as expressões da questão social, inclusive no âmbito da saúde. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior.

Consolida-se, então, no Brasil uma associação entre assistência médica e previdência social, os IAPs são unificados e, com isto, cria-se o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), no ano de 1966, gerando uma enorme centralização e junção de recursos. O processo de unificação é marcado por duas características fundamentais: o crescente papel do Estado como regulador da sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político (MATOS, 2013, p. 49).

Na década de 1970, o atendimento permanecia nos moldes saúde-doença só que agora comandado pelo setor privado, que enfrentaria permanente tensão com o movimento de Reforma Sanitária²⁵ emerso neste período.

A década de 1980 é considerada como o cenário político e social do fortalecimento dos movimentos sociais e intensificação das disputas pela hegemonia no setor Saúde: sanitaristas x privatistas. Porém, o advento neoliberal na década de 1990 resultou no avanço da privatização enfraquecendo o movimento sanitário.

O neoliberalismo surge como resposta a grande crise – crise econômica mundial do final dos anos de 1970 e início dos 1980 e que marca o ponto de partida da ascensão da Nova Direita (neoliberalismo) como força político-ideológica. Segundo seus ideólogos “ele proporciona uma melhor explicação para a crise e uma proposta para sair dela” criticando e negando as orientações políticas anteriores, inclusive a perspectiva do Estado de bem-estar social do modelo keynesiano no que diz respeito, principalmente, às políticas sociais, ou seja, ao conjunto de medidas e instituições que têm por objeto o bem estar e os serviços sociais em que a produção e administração pertenceriam majoritariamente ao âmbito público-estatal (LAURELL, 1995).

De acordo com a autora, os neoliberais sustentam que os processos negativos da crise no pós-guerra derivaram do intervencionismo estatal, expresso na política econômica keynesiana e nas instituições de bem estar e que esse intervencionismo estatal é

²⁵ O movimento de Reforma Sanitária será explicitado de maneira ampla no próximo item, onde será abordado seu surgimento, propostas e aproximação com o Projeto Ético-Político do Serviço Social construído numa trajetória histórica de lutas e renovação da profissão no bojo do Movimento de Reconceituação, visto que ambos possuem propostas societárias convergentes.

antieconômico e antiprodutivo, não só por provocar uma crise fiscal do Estado e uma revolta dos contribuintes, mas, sobretudo porque desestimula o capital a investir e os trabalhadores a trabalhar.

Sob esse ponto de vista, o neoliberalismo apresenta como solução para a crise a reconstituição do mercado, a competição e o individualismo, ou seja, seria eliminada a intervenção estatal nos âmbitos econômicos e sociais, transferindo-os à iniciativa privada através da desregulamentação das atividades econômicas. Laurell (1995) aponta que a ideologia neoliberal afirma que a competição e o individualismo só se constituiriam como forças, desagregando os grupos organizados, desativando os mecanismos de negociação de seus interesses coletivos e eliminando os direitos adquiridos. Sendo assim, o neoliberalismo introduz no Brasil formas políticas que retrocederiam os direitos sociais dos cidadãos, inclusive aqueles dispostos na Constituição Federal de 1988. O Estado neoliberal tem como objetivo “combater o igualitarismo, pois considera que a desigualdade é o motor da iniciativa pessoal e da competição entre os indivíduos no mercado” (Ibidem, p.162), fortalecendo a fragmentação dos grupos coletivos e das relações sociais e trabalhistas da classe trabalhadora.

Além destas propostas, a força político-ideológica neoliberal enfatiza a retração do Estado no campo social, opondo-se radicalmente à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais. Para os neoliberais a esfera social pertence ao âmbito privado e que “as suas fontes ‘naturais’ são a família, a comunidade e os serviços privados” (Ibidem, p.163). Em função disto, o Estado só deve intervir com o intuito de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que os privados não podem ou não querem produzir.

As estratégias concretas idealizadas pelos governos neoliberais para reduzir a ação estatal no terreno do bem-estar social são: a privatização do financiamento e da produção dos serviços; cortes dos gastos sociais, eliminando-se programas e reduzindo-se benefícios; canalização dos gastos para os grupos carentes; e a descentralização em nível local. (LAURELL, 1995, p.163).

Fazendo um panorama com as propostas neoliberais e os dispositivos da Constituição Federal brasileira de 1988, nota-se que o neoliberalismo fere a Constituição e as leis que orientam o país; nega os princípios e diretrizes assegurados legalmente massacrando as condições de vida da população pobre. Segundo a autora, os neoliberais condenam os direitos sociais e o universalismo. A aplicação de suas orientações implica em destruir as instituições públicas, para estender os investimentos privados a todas as atividades econômicas rentáveis. Como no Brasil a maior parte da população é pobre, o que ocorre é o sucateamento dos serviços públicos, justificado pela crise fiscal do Estado, com o objetivo de que a classe trabalhadora trabalhe ainda mais, gerando um maior acúmulo de lucro ao capital e uma

esforços para pagar por políticas sociais que deveriam ser garantidas gratuitamente pelo Estado.

A Constituição Federal de 1988 trouxe à população brasileira, direitos e garantias ora negados nas décadas anteriores. Dentre estes direitos destaca-se o conceito de Seguridade Social que compreende as políticas de Assistência, Saúde e Previdência Social, todas previstas em lei para serem asseguradas pelo Estado. No entanto, nesta mesma década surgem propostas antagônicas e o país que acabara de sair de um governo autocrático vive sob as ilusões de um novo governo que propõe diversas mudanças no cenário brasileiro, dirigidas por Fernando Collor de Mello, eleito “democraticamente” presidente da República, no ano de 1989. Tais propostas não passavam de meras ilusões e o Brasil entra em crise, refletindo em toda conjuntura do país, principalmente após “abrir as portas” para a entrada do neoliberalismo.

Em busca de superar a crise, após o impeachment de Collor e do governo de Itamar Franco, o novo presidente Fernando Henrique Cardoso, eleito em 1994 implementa proposições sob a lógica de retração do Estado, fortalecendo ainda mais a força político-ideológica neoliberal do governo anterior. Cabe ressaltar que neste mesmo período constituía-se a lei de regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei 8.080/90.

O SUS tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde; a hierarquização do sistema e das ações e serviços; a participação da população na definição da política de saúde, o controle social da implementação da política de saúde e a autonomia dos gestores (gestão única em cada esfera de governo com a utilização de Plano de Fundo de Saúde para a gestão dos recursos orçamentários, financeiros e contábeis). (REZENDE, 2008, p. 24)

Em contrapartida as propostas do novo governo visavam desconstruir o SUS e até mesmo a Constituição do país, já que foram instauradas inúmeras Emendas Constitucionais. O governo de FHC objetivava reformar o Estado e para isso criou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado em 1995. Para Fernando Henrique Cardoso, as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Defendia que nem tudo que é público é estatal, partindo do princípio de que o Estado deveria reduzir sua intervenção no campo das políticas públicas e transferir para a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado (REZENDE, 2008, p.25).

Assumindo a lógica neoliberal de Estado mínimo, o governo defendia a ideia de que para superar a crise seria necessário flexibilizar as políticas sociais, transferindo-as para outros setores da sociedade civil. Daí o surgimento das Organizações Sociais (OSs), que viriam assumir a função exercida majoritariamente pelo Estado. Como supracitado, o governo

apresentou várias propostas de Emendas Constitucionais. Na área da saúde a alteração constitucional se dava por meio da PEC 32 - Proposta de Emenda Constitucional número 32 – “que pretendia acabar com a universalidade do SUS” (Ibidem, p.26). Graças à mobilização em defesa do Sistema Único de Saúde esta proposta foi retirada pelo governo. Porém, as mudanças não paravam por aí, as OSs ganhavam força no cenário socioeconômico do país e os movimentos sociais que outrora lutavam coletivamente em prol de melhores condições de vida estavam sendo fragmentados pela gestão de FHC.

As Organizações Sociais, criadas por meio da Medida Provisória nº 1591 em 1997, segundo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, seriam instrumentos de viabilização e implementação de políticas públicas orientadas pela iniciativa privada.

As OSs podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública, porque estas são consideradas “atribuições privativas do Conselho de Administração”, que podem todo o mais, tal como “aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade. (REZENDE, 2008, p. 26)

Com base nesta lei, o Estado se eximiria da responsabilidade de executar as políticas sociais por meio da administração pública direta (programa, ações e atividades) e indireta (autarquias, fundações e empresas públicas), transferindo-as à iniciativa privada. De acordo com Rezende (2008), “a justificação do Governo, entre outras, era de que as ‘atividades não exclusivas do Estado’ [...] podem ser transferidas à iniciativa privada, sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado”.

Tais mudanças ocorreram no interior da política de saúde brasileira sem alterar seu marco legal original, estabelecendo no âmbito da saúde, como aponta SOARES (2012, p. 91), a distinção entre o SUS materializado e o SUS legalmente instituído. Ou seja, aparentemente/legalmente o SUS permanecia com suas devidas regulamentações, todavia, ao ser posto em prática via-se as brechas encontradas pelo governo FHC para alterar, desmontar e flexibilizar seus princípios e diretrizes, principalmente no que tange à universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação da comunidade, financiamento e gestão.

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002 trouxe expectativas quanto aos rumos do Estado brasileiro.

[...] pela primeira vez um representante sindical de origem popular de um partido que, em seu título, era dos trabalhadores, foi eleito presidente do país; esperavam-se, assim, mudanças acentuadas nas configurações desse Estado historicamente

autoritário e distante do interesse dos trabalhadores. Na política de saúde, mais precisamente, a expectativa era de uma retomada do projeto de reforma sanitária e a efetivação do SUS (SOARES, 2012, p. 91)

Todavia, já em seu primeiro mandato, Lula demonstrava a que interesses sua gestão iria privilegiar; tendo em vista as alianças que garantiram a sua chegada ao poder e seus vínculos com o grande capital nacional e internacional. Tem-se, assim, uma continuidade da contrarreforma instaurada no país pela gestão anterior.

Lula implementou inúmeras mudanças que seu antecessor propusera através de emendas constitucionais, mas que não obtinham amplitude em sua materialização por conta dos grupos de resistência e oposição às propostas tucanas, ou seja, os movimentos sociais e sindicais, sendo um destes o movimento de reforma sanitária. Após sua reeleição o presidente Lula seguiu para a segunda etapa da contrarreforma da previdência social. Na saúde, estabeleceu a institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um projeto amplo de privatização das políticas sociais configurado na forma de fundações estatais de direito privado, que se apresentam como continuidade da reforma sanitária (SOARES, 2012, p.91).

Dando continuidade à lógica de privatização da Saúde, o governo Dilma Rousseff consolida a abertura dos serviços de saúde aos investimentos do capital estrangeiro.

De iniciativa própria do governo federal foi elaborada e sancionada a Lei n. 13.019/2015 que permitiu a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à Saúde, na medida em que na indústria e no mercado de seguros de saúde isso já ocorria. No campo da política pública de saúde, Dilma viabilizou e fortaleceu a criação de empresas públicas para gerir Hospitais Universitários (EBSERH) e seu primeiro-Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, defendeu a expansão das Organizações Sociais como modelo que teria o mesmo status que a administração pública [...] (BRAVO; ANDREAZZI, 2019, p. 4)

Após a interrupção de seu governo, através do “golpe de 2016”, Dilma é substituída por Temer, o qual submete novos contornos à contrarreforma no país. Michel Temer acelera a contrarreforma implicando na maior retração do Estado no campo das políticas públicas, avança no processo de privatização da saúde propondo, além dos inúmeros cortes orçamentários e do estabelecimento de um teto de gastos sociais que congela os recursos federais para a saúde por vinte anos (Emenda Constitucional/EC 95/2016), o então presidente defende a necessidade de redução do SUS.

O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para isso. Propõe os

Planos de Saúde Populares ou Acessíveis, como um dos pilares da sua gestão (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p.196)

O governo Temer defende a integração entre os setores públicos e privados e maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços. Por meio de sanções e emendas constitucionais, este governo alavancou a privatização da saúde em detrimento dos princípios e diretrizes do SUS. Reafirmando, assim, os entraves para a saúde se materializar como uma política pública de caráter universal e como um direito social de responsabilidade do Estado.

Prosseguindo a agenda do governo anterior, o presidente Jair Bolsonaro, deixa clara, já no início de seu mandato em 2019, a defesa da participação da iniciativa privada nos serviços de saúde. Apesar de não apresentar propostas específicas para o âmbito da saúde em seu plano de governo, estudos apontam e a realidade revela a tendência ultraneoliberal do governo Bolsonaro frente às políticas públicas. Na política de saúde, o presidente defende o enxugamento do Estado na gestão das unidades hospitalares nos diferentes níveis de atenção à saúde, transferindo esta responsabilidade às Organizações Sociais. O governo não só defende como encaminha propostas para privatização do SUS. Como por exemplo, em reportagem publicada pela *Folha de São Paulo* – janeiro de 2019, o Ministro da Economia Paulo Guedes propõe a criação de um voucher para a saúde e educação.

O voucher funcionaria como um “vale saúde”, a ser entregue pelos usuários para empresas privadas, em troca da prestação de serviços básicos nessas áreas. Desse modo, o Estado ficaria desobrigado de ter a estrutura pública para os tipos de atendimentos comprados no setor privado (Bravo, Pelaez e Menezes, 2020, p. 202).

O governo Bolsonaro se apropria das propostas de privatização da saúde encaminhadas ainda no governo Temer e impulsiona seu avanço de forma mais célere e acentuada. As autoras sinalizam que “pode-se considerar como três características básicas do governo Bolsonaro: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social”. Desse modo, é correto afirmar que o governo de Bolsonaro é avesso aos princípios do SUS e, ao defender a transferência da responsabilidade do Estado à iniciativa privada, desconsidera a saúde como um direito social.

De acordo com as autoras, há em disputa projetos que podem consolidar e fortalecer o SUS ou podem desmantelá-lo. São eles: o projeto de reforma sanitária, de reforma sanitária flexibilizada, o privatista e o do Sistema Único de Saúde (SUS) totalmente submetido ao mercado. O projeto do SUS submetido ao mercado vem se consolidando desde 2016 e, como apresentado, adquiriu novos contornos nos dois últimos governos afetando diretamente não só

a população usuária, mas toda a política de saúde, inclusive as formas de contratação dos profissionais de saúde.

O cenário sócio-político do Brasil em 2022 caminha na esteira de desafios. Para além das tentativas de recuperação econômica haja vista as consequências acarretadas pela pandemia do Covid-19, a classe trabalhadora tenta recuperar sua saúde mental, tenta voltar ao mercado de trabalho formal – cada vez mais escasso -, enfim, tenta buscar formas para (sobre) viver, pós-pandemia de covid- 19. Contudo, deparamo-nos com políticas sociais cada vez mais fragmentadas, focalizadas e sucateadas; com a descredibilização da ciência, a era das *fake news*, com a hipertrofia das ideologias religiosas - impostas principalmente pelas Igrejas neopentecostais -, e, sobretudo com o desafio de lutar pela democracia.

Em 2022 vivenciamos a disputa eleitoral para a Presidência da República, na qual dois projetos societários extremamente antagônicos foram postos em cena. De um lado, Luiz Inácio Lula da Silva buscou voltar a governar o país, e para isto, diante da conjuntura brasileira, traçou alianças político-partidárias, apresentando como vice-presidente, por exemplo, o ex-governador de São Paulo Geraldo Alckmim. Do outro lado, Jair Messias Bolsonaro, tentou a reeleição nos mesmos moldes – ou até mais cruéis – das eleições de 2018 (propagação das *fake news*, apoio da bancada ruralista, da bancada (ultra) conservadora e da bancada fundamentalista religiosa, apelo ao moralismo e ao “patriotismo” etc.)

No campo da saúde, ao analisarmos as propostas dos candidatos à Presidência da República verificamos que nas “Diretrizes para o Programa de Reconstrução de Transformação do Brasil – Lula Alckmim 2023-2026 (Coligação Brasil da Esperança)”, há a reafirmação “do compromisso com o fortalecimento do SUS público e universal, o aprimoramento da sua gestão, a valorização e formação de profissionais de saúde, a retomada de políticas como o Mais Médicos e o Farmácia Popular [...]”. O “Plano de Governo Pelo Bem do Brasil – Bolsonaro 2023-2026” sinaliza que na esfera da saúde há uma exigência de se “avançar no aprimoramento da gestão do SUS, ampliando e melhorando a articulação entre os setores público e privado (complementar e suplementar) mediante o aperfeiçoamento dos mecanismos de regulação e aumento da eficiência e a equidade do gasto, com adequação do financiamento às necessidades da população”.

Face ao breve histórico da trajetória da política de saúde brasileira, verifica-se que sempre houve uma inclinação para a subsunção do SUS à lógica do mercado, contudo, tal tendência é acentuada em determinados governos. Na conjuntura social atual, comparando as propostas governamentais atinentes ao campo da saúde, observa-se que Lula afirma o compromisso com o “fortalecimento do SUS público e universal”, além de reafirmar a

política de saúde como um direito social de responsabilidade estatal. Como vimos, nos períodos em que governou o país, Lula seguiu a agenda neoliberal, e na área da saúde deu prosseguimento as reformas iniciadas nos governos anteriores. Todavia, após a constituição do SUS, a saúde não fora tão duramente atacada e sucateada como nos dois últimos governos.

Jair Bolsonaro reafirma em seu plano de governo que dará continuidade à privatização do SUS, prosseguirá com congelamento dos recursos para a área e com a realização de mais reformas. Além da ameaça à Seguridade Social, se eleito, continuaremos diante da ameaça às instâncias de participação e controle social, ou seja, à democracia.

2.2 Serviço Social, Saúde e Projeto Ético-Político

O Serviço Social na Saúde no Brasil, como prática institucionalizada, possui uma grande interface com o Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, embora a literatura atinente ao tema afirme a parca participação dos assistentes sociais no período inicial de mobilização do movimento sanitário, em virtude de mudanças que vinham ocorrendo no bojo da profissão, como veremos a seguir.

O movimento de Reforma Sanitária brasileiro surgiu em um período extremamente repressivo – entre meados da década de setenta e início dos anos oitenta - onde o autoritarismo, repressão e violação dos direitos sociais, sob a égide dos governos militares predominava no país. As políticas sociais eram limitadas pela ordem vigente, principalmente, as vinculadas à área da saúde, que se estabeleciam de forma precária e pulverizada.

O movimento objetivava a democracia e a consolidação da cidadania no país. A reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional (FLEURY, 2009, p. 746).

A construção das bases teóricas do movimento fundamentou-se na vertente marxista por trazer uma visão crítica da sociedade (idem).

A forma de olhar, pensar e refletir o setor saúde nessa época (*década de 70/80*) era muito concentrada nas ciências biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas. Há uma primeira mudança quando as teorias das ciências sociais começam a ser incorporadas. Essas primeiras teorias, no entanto, estavam muito ligadas às correntes funcionalistas, que olhavam para a sociedade como um lugar que tendia a viver harmonicamente e precisava apenas aparar arestas entre diferentes interesses. A grande virada da abordagem da saúde foi a entrada da teoria marxista, o materialismo dialético e o materialismo histórico, que mostra que a doença está socialmente determinada (FIOCRUZ, sd).

Desde seus primórdios, o movimento de Reforma Sanitária buscava a universalização das políticas sociais, reformulando o conceito de Saúde que até então era pautado na questão saúde-doença vinculado ao custo-benefício, não levando em conta os fatores sociais externos (desemprego, pobreza, falta de acesso à educação, saneamento, cultura etc.) que faziam parte da vida da população usuária dos serviços.

Devido ao contexto político em que emergiu, a expressão Reforma Sanitária ficou esquecida durante um determinado período, até ser recuperada na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado era entendido como a melhoria das condições de vida da população. Com isso, o projeto de Reforma Sanitária obteve maior concretude e durante o processo de reformulação da abordagem da saúde teve como protagonistas alguns movimentos sociais da época, como o movimento estudantil - “que teve um papel fundamental na propagação das ideias e fez com que diversos jovens estudantes comesçassem a se incorporar nessa nova maneira de ver a saúde” (FIOCRUZ, sd)-, a universidade, os sindicatos de profissionais de saúde, os movimentos populares e o Congresso Nacional.

Além de se organizar política e ideologicamente em busca da democracia em um contexto totalmente contraditório, já que se consolidava também a medicina privatista seguindo a lógica de privatização da saúde e consequentemente iniciando a disputa hegemônica entre os dois projetos – reformista x privatista, o movimento de Reforma Sanitária formulou inúmeras propostas objetivando a universalização e democratização de acesso aos serviços públicos na área da saúde.

O movimento de Reforma Sanitária é considerado, portanto, um movimento de “baixo para cima”, em que a organização dos profissionais de saúde juntamente com outros movimentos da camada popular lutou conjuntamente em busca da reformulação não só da abordagem da saúde, mas também em prol da reformulação do aparelho estatal, obtendo resultados importantíssimos como ter algumas de suas formulações postas na Constituição Federal de 1988²⁶ e ter contribuído para a criação, em 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS); uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade, e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde,

²⁶ TÍTULO VIII – DA ORDEM SOCIAL; CAPÍTULO II – SEÇÃO II, DA SAÚDE – ARTIGOS 196; 197; 198 (PARÁGRAFO ÚNICO – EC 29); 200. - Constituição Federal do Brasil 1988.

que serviu de modelo para algumas redes de política social no Brasil como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Cohn (2009) aponta que no Brasil a noção de Reforma Sanitária vem sendo associada à de movimento e que isto traz implicações importantes. Segundo a autora, movimento significa processo, fenômeno dinâmico e inacabado. Sendo assim, pode-se considerar que o movimento de Reforma Sanitária está em curso em nosso país, pois diante da conjuntura de avanço da privatização e sucateamento dos serviços públicos propostos pelo ideário neoliberal, a luta pela democratização e universalização da saúde está a passos largos de acabar.

Neste mesmo período – década de 1970/80 -, ocorria o movimento de Reconceituação do Serviço Social brasileiro. O movimento de Reconceituação da profissão surge em meio às transformações políticas, econômicas e sociais, ocorridas no processo de desenvolvimento do capitalismo. Tem sua emergência durante as décadas de 1960 e 1970, mas ganha maior proporção a partir do final dos anos de 1970 e início de 1980 devido à consolidação dos movimentos sociais e reabertura política no país.

Nos anos 1960/70, considerados períodos repressivos da ditadura militar, o Serviço Social busca a superação das práticas tradicionais através da crítica e contestação desta. Neste período, surgem diferentes perspectivas para abordagem de um novo Serviço Social, denominadas por Netto (2011) de: *modernização conservadora* – que objetivava instrumentalizar o assistente social para responder as demandas do regime ditatorial, por isso não buscavam uma nova organização para a sociedade; *reatualização do conservadorismo* – visava a reaproximação da Igreja Católica e retorno as práticas conservadoras da profissão²⁷; e a perspectiva da *intenção de ruptura*²⁸ - pretendia romper com toda forma de conservadorismo dando um novo enfoque para a atuação do Serviço Social, que atuaria a partir desta perspectiva em prol dos direitos da classe trabalhadora.

A perspectiva da intenção de ruptura emergiu no final dos anos 1960, mais precisamente no ano de 1969, onde se formulou o Método de BH (Belo Horizonte), em que um grupo de jovens profissionais

[...] elaboram uma crítica prática ao tradicionalismo profissional e propõem [...] em seu lugar uma alternativa global: uma alternativa que procura romper com o

²⁷ Este processo de renovação aconteceu entre os seminários de teorização da profissão. Seminários de Araxá (1967) e de Teresópolis (1970) que defendiam a perspectiva de modernização conservadora; seminários de Sumaré (1978) e do Alto da Boa vista (1984) buscavam a reatualização do conservadorismo (NETTO, 2011).

²⁸ Perspectiva que será destacada neste item pelo fato de ter maior aproximação com o tema e desenvolvimento teórico proposto neste estudo.

tradicionalismo no plano teórico-metodológico, no plano da concepção e da intervenção profissionais e no plano da formação (NETTO, 2011, p. 263).

De acordo com Netto (2011), é na atividade deste grupo que a intenção de ruptura se explicita originalmente em nosso país, assumindo uma formulação abrangente que até hoje se revela uma arquitetura ímpar. Esta perspectiva traz como principal objetivo a ruptura com o plano teórico-metodológico conservador. Este rompimento se daria através da introdução da teoria marxista, que contribuiu para iluminar a reflexão intelectual da profissão. No entanto, o processo de constituição desta alternativa foi interrompido em 1975, quando a repressão militar acirrou sua perseguição a grupos que eram contrários à ordem vigente.

Com a crise, evidenciou-se a débil inscrição imediata da proposta de ruptura no marco profissional – sua divulgação e recepção no país, durante este período, foi discretíssima, apesar dos esforços de publicitação do grupo pelo horizonte -: a experiência dava-se por encerrada (NETTO, 2011, p. 263).

Todavia, é nesse mesmo período que a alternativa da intenção de ruptura adentra as universidades, gestando, como diz Netto (2011), uma massa crítica, a partir de docentes e discentes de Serviço Social. Cabe ressaltar que, apesar de obter alguns avanços, a intenção de ruptura permaneceu por um determinado período no interior das universidades, devido ao autoritarismo militar ainda instaurado no país. Somente no final dos anos de 1980 e início de 90, os profissionais avançam e se juntam aos movimentos sociais, inclusive ao Movimento de Reforma Sanitária.

No período em que o Serviço Social busca romper com a prática profissional tradicional (década de 1970), surgem abordagens teórico-metodológicas debatidas nos seminários de Araxá, Teresópolis, Sumaré e Alto da Boa Vista (todas em na ótica da perspectiva modernizadora), conforme supracitado; todavia a abordagem crítica da profissão - iluminada pela corrente marxista - advinda do movimento de Reconceituação avança no interior da categoria fundamentando a transição para um Serviço Social renovado teórica e politicamente. É no seio desta transformação que ocorre o III CBAS (Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais), em 1979, na cidade de São Paulo,

[...] quando então, de forma organizada, uma vanguarda profissional virou uma página na história do Serviço Social brasileiro ao destituir a mesa de abertura composta por nomes oficiais da ditadura, trocando-os por nomes advindos do movimento dos trabalhadores [...] (BRAZ, 2008, p. 80).

Este congresso ficou conhecido como o “Congresso da Virada”, onde, politicamente, o Serviço Social concretiza a proposta da intenção de ruptura e constitui o projeto ético-político da profissão. Este mesmo projeto avançou nos anos de 1980, consolidou-se em 1990 e está

em construção, fortemente tensionado pelos rumos neoliberais da sociedade e por uma nova reação conservadora no seio da profissão na década que transcorre (BRAZ, 2008, p. 80).

O projeto profissional passa a ganhar espaço na década de 1980 quando seus compromissos estão voltados aos compromissos da classe trabalhadora e avança em sua produção teórica “[...] trazendo temas fundamentais ao processo de renovação, tais como a metodologia, as políticas sociais e os movimentos sociais” (Ibidem, p.81) e consolida-se na década de 1990, considerado período de amadurecimento profissional. A categoria avança não só em suas produções teóricas, mas conquista espaço nos movimentos sociais e se organiza politicamente através de suas entidades e fóruns deliberativos²⁹.

De acordo com Braz (2008), o projeto ético-político profissional do Serviço Social se materializa a partir de três dimensões intrinsecamente ligadas: 1) a dimensão da produção de conhecimentos no interior do Serviço Social, 2) a dimensão político-organizativa da categoria e 3) a dimensão jurídico-política da profissão³⁰. Estas dimensões são entendidas como elementos constitutivos do projeto profissional, no entanto sua concretude não se esgota aqui, pois deve ser compreendido como uma construção coletiva, já que busca a universalidade dos direitos sociais, onde não estão postos apenas interesses particulares da categoria de assistentes sociais, mas questões muito mais amplas (culturais, políticas, econômicas, sociais) que movem a sociedade.

Nesta direção, é correto afirmar que o projeto da Reforma Sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social possuem princípios valorativos que os aproximam. Projetos construídos através da mobilização coletiva, que não podem ser vistos separadamente, pois estão intrinsecamente ligados: ambos almejam a transformação social a partir da superação da ordem societária vigente, reivindicando questões relacionadas ao cotidiano de vida da população, especialmente da classe trabalhadora.

²⁹ Atualmente compreendido como: Conjunto CFESS/CRESS (Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social), ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, CA's e DA's (Centro e Diretórios Acadêmicos das escolas de Serviço Social) e ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social).

³⁰ As três dimensões são consideradas respectivamente: 1) parte para a sistematização da prática profissional através de um arcabouço teórico-crítico que possibilita a reflexão e amadurecimento intelectual. 2) constitui os fóruns consultivos e deliberativos supra, 3) nesta dimensão há duas esferas diferenciadas, porém articuladas: um aparato político-jurídico de caráter estritamente profissional (atual Código de Ética Profissional, Lei de Regulamentação da Profissão (lei 8662/93) e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS) e um aparato jurídico-político de caráter mais abrangente (leis e diretrizes que norteiam o fazer profissional dos assistentes sociais como as postas na Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Assistência, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso e as demais leis fazem parte do cotidiano profissional. (BRAZ, 2008, pp. 82 – 83).

No entanto, há de se observar que o projeto da Reforma Sanitária trata-se de um projeto societário e seu traço peculiar reside no fato de se constituir como um projeto macroscópico, com propostas para o conjunto da sociedade. Embora, o projeto ético-político do Serviço Social apresente princípios valorativos em prol de uma sociedade justa e igualitária, em defesa da classe trabalhadora e da superação da ordem capitalista, não possui a amplitude e inclusividade de um projeto societário (NETTO, 2006).

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 2006, p.4).

Cabe ressaltar, entretanto, como sinalizado pelo autor, que todo corpo profissional é um campo de tensões e de lutas, tendo em vista que este corpo é formado por profissionais que trazem consigo diferentes projetos individuais, valores, crenças, visões de mundo, resultando não em uma unidade homogênea, mas numa unidade de diversos. E por isso, a elaboração e a afirmação de um projeto profissional deve se dar com a nítida consciência de que o pluralismo é um elemento factual da vida social e da própria profissão, que deve ser respeitado. Mas este respeito, que não deve ser confundido com uma tolerância liberal para com o ecletismo, não pode inibir a luta de ideias (Ibidem, p. 6).

Nesse sentido, é crucial que o projeto profissional possua uma direção ético-política, e que a categoria de profissionais direcionada por ele tenha a clareza disso. “A contemporânea designação de projetos profissionais como éticos-políticos revela toda a sua razão de ser: uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional” (Ibidem, p. 8).

O projeto profissional do Serviço Social brasileiro para além de direcionar os direitos e deveres profissionais por meio de um conjunto de princípios éticos aponta para a superação da ordem societária hegemônica. Trata-se de um projeto anticapitalista crítico, que tem como norte “a construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero”. Concepção da qual reafirmamos nosso posicionamento. Contudo, é preciso ter clareza que a materialização dos princípios éticos e valorativos do projeto profissional no cotidiano de trabalho será perpassada pelos limites e dilemas presentes na sociedade capitalista.

[...] este enfrentamento de projetos profissionais com o projeto societário hegemônico tem limites numa sociedade capitalista [...] até mesmo um projeto profissional crítico e avançado deve ter em conta tais limites, cujas linhas mais evidentes se expressam nas condições institucionais do mercado de trabalho (NETTO, 2006, p. 6-7).

Parte significativa dos assistentes sociais, imersos no cotidiano profissional, definido por Lukács (apud Netto, 2007) como um fenômeno marcado pelas determinações: heterogeneidade, imediatividade e superficialidade extensiva - as quais fazem do cotidiano na sociedade capitalista, conforme observa Matos (2013), um espaço propício para a repetição acrítica - apresentam discursos no que diz respeito à imprecisão técnica, a dificuldade ou a quase impossibilidade de materialização do projeto ético-político no cotidiano profissional e o distanciamento entre teoria e prática.

Ao ser apreendido somente pelo viés de ser um conjunto de princípios e norteador de atribuições e competências profissionais, o projeto ético-político profissional acaba por representar um dos fatores de tensão no exercício profissional dos assistentes sociais. Porém, como destaca Vasconcelos (2015),

O projeto profissional não veio para angustiar, afligir, nem colocar os assistentes sociais dando “murro em ponta de faca”. Ao revelar as condições e conteúdos necessários para que os assistentes sociais compreendam o “significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional” e sejam capazes de desvelar as possibilidades contidas na realidade, como consta nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS e dos Núcleos de Fundamentação, o projeto profissional, enquanto referência, sinaliza as condições necessárias para que os assistentes sociais, para além das requisições institucionais, mas não independente delas, possam identificar, se apropriar, incorporar e ampliar o necessário – no que se refere às dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas – tendo em vista, ao planejar, executar e avaliar estratégias e ações, favorecer mais ao trabalho do que ao capital (pg. 206).

Embora a busca por uma prática profissional mediada pelo projeto ético-político esteja circunscrita numa realidade contraditória marcada, na maioria das vezes, por requisições institucionais opostas ao estabelecido no referido projeto; e em uma conjuntura permeada pelos dilemas de alienação inerentes à condição de assalariamento, na qual relações e condições de trabalho influenciam significativamente o exercício profissional do assistente social; é nesta realidade que, a partir de uma prática planejada, poderão ser verificadas as possibilidades de ação, tendo em vista, dialeticamente, negar o que não favorece e conservar o que favorece o enfrentamento e a superação de práticas conservadoras. Desse modo, para além da petição de princípios, poderemos apreender na realidade a direção social que os assistentes sociais vêm imprimindo ao seu cotidiano profissional e as tendências presente nesse movimento (VASCONCELOS, 2015).

Contudo, como observado, além de o cotidiano se apresentar como um espaço propício para repetição acrítica de práticas conservadoras, há uma frágil e/ou uma parca produção teórico-crítica sobre a realidade na qual o assistente social desenvolve seu trabalho, somado, também, às condições da formação graduada e permanente, às condições e relações de trabalho, e aos impactos do capitalismo na sociedade, em especial, os rebatimentos causados no mundo do trabalho; os quais corroboram para condicionar o profissional a práticas cada vez mais distantes dos objetivos do projeto profissional, ou seja, de dar respostas que atendam às demandas da classe trabalhadora/usuários e favoreçam sua luta e organização.

Nos parece que, além de uma frágil produção no que se refere aos fundamentos do trabalho profissional, o conjunto de conhecimentos e habilidades que compõem os núcleos não são tematizados a partir do movimento da realidade profissional, resultando que a categoria não conta com experiências submetidas à análise teórico-crítica que possam revelar não só os limites da atuação profissional, mas alternativas não aproveitadas, oportunidades perdidas, possibilidades de prática presentes no cotidiano profissional etc. (VASCONCELOS, BALTAR, 2020, p.185).

Como disserta Vasconcelos (2015), a produção de conhecimento na área de Serviço Social favorece não só a formação dos sujeitos profissionais, mas ilumina o cotidiano profissional, o que só é possível a partir das mediações necessárias com a profissão e da análise concreta de situações concretas. O que compreende analisar essa realidade em sua essência, buscando desvelar a realidade para além do que se apresenta de imediato. Assim,

Diante das finalidades do projeto profissional, não cabe forjar uma prática ideal, como fazem os conservadores, mas, com base em situações concretas, sinalizar demandas não percebidas, possibilidades e alternativas não exploradas pelo assistente social/equipe, dando visibilidade e democratizando experiências/estratégias exitosas. Ou seja, é no cotidiano da prática dos assistentes sociais que estão presentes e pode-se apreender as possibilidades de prática na direção do projeto profissional e não em confabulações ideais e/ou situações simuladas (Ibidem, p. 268-269)

Será nesse processo, no movimento real, diante das difíceis relações e condições de trabalho e da contradição existente entre as demandas dos trabalhadores/usuários *versus* requisições institucionais, que será possível delinear o horizonte de possibilidades para uma atuação profissional crítica, propositiva, na qual, assistentes sociais consigam fazer o movimento de “negociar com os empregadores, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais” (RAICHELIS, 2011).

2.2.1 Particularidades do exercício profissional do assistente social na Saúde

Os estudos direcionados à temática apresentam que o histórico da política de saúde no Brasil se configurou tendo como base o modelo médico-assistencial privatista, no qual se tem como centralidade e hegemonia a figura do médico e o modelo de atenção focado no binômio saúde-doença. Os atendimentos e acompanhamentos de saúde focam na enfermidade do usuário e desconsideram, na maioria das vezes, os determinantes e condicionantes sociais que interferem diretamente na vida daqueles que buscam os serviços de saúde.

Com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), no início dos anos 1990, é apresentada uma nova concepção e direção ao ser constituído o modelo de atenção integral à saúde considerando os condicionantes e determinantes sociais presentes no processo saúde-doença. Essa perspectiva, reafirmada pela Resolução nº 218 de 06 de março de 1997³¹, abre a possibilidade para que seja superado o modelo de atenção à saúde biomédico centrado em práticas verticalizadas e hierarquizadas, no qual o trabalho do médico teria centralidade e os dos outros profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas etc.) estariam voltados a subsidiá-lo, ou seja, seriam os paramédicos. Contudo, ainda nos dias de hoje,

o modelo médico hegemônico secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, como é o caso das ações de educação em saúde e das atividades de categorias profissionais como: assistentes sociais, nutricionistas, sociólogos e, em certa medida, psicólogos” (COSTA, 2000, p.63).

Um dos fatores que contribuiu para a manutenção do modelo médico hegemônico na política de saúde brasileira deve-se ao fato de que na mesma década da implementação do SUS tem-se o avanço da onda neoliberal no país o que resultou na retração do Estado no que diz respeito às políticas públicas e no processo de sucateamento do SUS. O projeto privatista, intensamente combatido pelo movimento sanitário, é consolidado ampliando a cobertura previdenciária ao dar ênfase na prática médica curativa, com caráter focalizador e seletivo no atendimento à população usuária, fragmentando o trabalho dos profissionais de saúde e os submetendo à precarização e à terceirização, além de reforçar, ainda mais, a hegemonia da figura dos profissionais de Medicina.

³¹ O Plenário do **Conselho Nacional de Saúde** reconheceu como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (CNS, Resolução nº 218 de 06.03.1997).

Dissertar sobre a participação da profissão na conjuntura histórica da política de saúde e apontar como essa esfera tem sido construída política e economicamente face aos impactos causados pelo capitalismo no país abre o caminho para analisarmos as particularidades presentes no trabalho do assistente social no âmbito da saúde. Assim, com vistas a aprofundarmos a discussão sobre a inserção profissional do assistente social nessa esfera veremos a seguir uma síntese histórica de como isso ocorreu e vem se dando contemporaneamente.

Para Matos (2013), a inserção do Serviço Social na saúde ocorreu por meio da busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical) como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementariedade, onde o gestor era o médico. Embora o autor remonte esta compreensão acerca da profissão na década de 1940, tal definição parece apresentar a visão atual de muitos profissionais da saúde, até mesmo entre a categoria dos assistentes sociais, acerca do significado social do Serviço Social nessa esfera.

Com base nos estudos de Castro (2003), a criação da Primeira Escola de Serviço Social da América Latina se deu no Chile, em 1925, pelo médico Alejandro Del Río. A escola criada por Del Río era laica, tendo como origem as necessidades de expansão estatal, num período de intensa combatividade operária no Chile.

A iniciativa de Del Río parte de motivações sumamente específicas inseridas no campo de interesses da profissão médica. Como se sabe, e o próprio Del Río se encarregou de explicitá-lo, o “assistente social deveria ser um subtécnico incumbido de colaborar diretamente com o médico”. Por mais que o perfil original da profissão, esboçado pela primeira escola chilena, se colocasse sobre uma base doutrinária católica, o seu trabalho prático tinha um marco de ação bastante delimitado, pois, quase por definição, situava-se nos contornos da profissão médica (CASTRO, 2003, p.74).

Como podemos observar, para além da problemática existente no seio da profissão no que se refere ao estatuto de prática assistemática, vinculada à caridade e à filantropia pelos ditames católicos, a criação de uma das primeiras escolas de Serviço Social da América Latina estava voltada a formar profissionais destinados a complementar o trabalho do médico.

O Serviço Social norte-americano, que influenciou o Serviço Social brasileiro a partir da década de 1940, também apresenta a relação da profissão com a área da saúde. Cabe destacar que Mary Richmond buscou “inspiração” no trabalho realizado por Florence Nightingale, considerada pioneira na enfermagem, para a formação de visitadoras domiciliares, conforme nos aponta Barbosa (2019).

Carvalho e Iamamoto (2012) ao apresentarem a institucionalização do Serviço Social e as Escolas de Formação Profissional no Brasil também pontuam a ênfase que era dada às áreas correlatas à saúde na estruturação do “currículo de disciplinas” do Serviço Social.

Além disso, no que se refere a inserção institucional do Serviço Social no âmbito da saúde, os autores discorrem que no Rio de Janeiro teve início na década de 1940 na Policlínica de Botafogo, no Hospital Arthur Bernardes e no Instituto de Cardiologia e em diversos IAPs (nos quais não sabemos se atuavam, também, na assistência à saúde). Em São Paulo, a primeira inserção do Serviço Social na saúde foi no Hospital das Clínicas, sendo que em 1947 e 1949 o campo, à época denominado Serviço Social médico, respondia pelo mercado de trabalho por 23% e 24%, respectivamente, e incluía, além do citado hospital, os seguintes serviços: Dispensário de Tuberculose, Departamento Estadual da Criança, hospitais e Clínicas particulares (IAMAMOTO; CARVALHO, 2012 apud MATOS, 2015).

Verifica-se que a introdução do Serviço Social no âmbito da saúde ocorre nos primórdios de sua institucionalização enquanto profissão. Cabe ressaltar que na atualidade, a área da saúde, junto da área da Assistência Social, se constitui como os dois maiores campos de contratação de assistentes sociais.

Compreendemos que quando os assistentes sociais lidam com a política de saúde, mediatizada pela operacionalização dos serviços de saúde, estes não desenvolvem no seu exercício profissional nenhum procedimento interventivo ou mesmo conhecimento que só sirva e se explique para a atuação nesse espaço. Todavia, a população usuária dos serviços de saúde apresenta peculiaridades, tais como: a situação de enfermidade, os desafios no enfrentamento de um determinado diagnóstico, a fragilidade emocional, dentre outros aspectos que permeiam sua subjetividade e que se somam aos determinantes e condicionantes sociais que os cerca. Somando-se a isso, as requisições institucionais e relações de trabalho específicas do setor saúde, ou seja, o trabalho do assistente social nessa esfera, se realiza com sujeitos sociais específicos e, portanto, demandam do profissional conhecimentos e apropriação do movimento da área onde está inserido (MATOS, 2013).

Matos (2013) apresenta uma rica discussão sobre as particularidades da atuação profissional na saúde e os desdobramentos trazidos ao trabalho do assistente social em seu cotidiano. Apresenta a concepção sobre os processos de trabalho em saúde e traz à baila a compreensão de que o assistente social é um profissional que integra o trabalho coletivo em saúde, o qual é perpassado pelos limites e possibilidades institucionais e pelos rebatimentos advindos do mundo do trabalho na sociedade do capital.

O autor reúne os estudos de autores que abordam a constituição do sistema de saúde, e como este tem sido estruturado no Brasil a partir da construção das unidades hospitalares e da inserção das diferentes profissões no âmbito hospitalar para o atendimento e acompanhamento da população usuária. Uma das abordagens que nos chamou atenção foi a de Gomes (1999), citada por Matos (2013), quando a autora discorre acerca do trabalho coletivo nos hospitais. Como aborda Matos, na concepção da autora, os trabalhadores da saúde,

podem ser divididos em dois grupos: aqueles que lidam diretamente com o usuário ‘e por isso têm como objeto o doente, as doenças ou o processo de adoecimento’ e aqueles que por meio de seu trabalho colaboram com o primeiro grupo – ‘estes poderiam exercer suas atividades laborativas em outra subárea do setor de serviços que não necessariamente a subárea hospitalar’ (2013, p. 51).

A autora evidencia que na concepção da prática médica-curativa – presente na maioria das unidades hospitalares apesar da criação do SUS - tem centralidade a prática dos profissionais que possuem como intervenção a ação direta no problema de saúde apresentado pelo usuário; ou seja, profissionais que têm o processo de adoecimento como objeto interventivo direto estariam no chamado primeiro grupo. Os assistentes sociais, que possuem como objeto de intervenção profissional as expressões da questão social que sempre estão implícitas nas demandas trazidas pelos usuários, e que também na grande parte dos casos não são consideradas pelos outros profissionais como fatores que interferem diretamente no processo saúde-doença, mas como “problemas sociais” individuais daquele usuário e que precisam ser resolvidos da forma mais imediata possível – comporiam o segundo grupo.

A análise de Gomes expõe que o trabalho coletivo na saúde vem se desenvolvendo de forma vertical e hierarquizada, afetando diretamente a população usuária haja vista a não implementação do atendimento integral previsto no SUS, além de secundarizar e desqualificar as profissões “não médicas”.

A literatura que discute o exercício profissional na saúde apresenta a relevância do trabalho do assistente social nessa esfera, o qual atua por meio de atividades interventivas direcionadas à população usuária dos serviços de saúde, e que para isso precisa ter como pressupostos os determinantes sociais, culturais e econômicos que interferem no processo saúde-doença.

De acordo com os “Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde”, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), “os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010). Cabe salientar que os quatro eixos estão articulados

entre si, todavia, neste momento evidenciaremos o primeiro eixo – atendimento direto aos usuários³².

O referido parâmetro estabelece que o “atendimento direto aos usuários” é composto por ações socioassistenciais, ações socioeducativas e ações de articulação com a equipe de saúde, as quais “não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis” (Ibidem). Verifica-se que a profissão foi se redimensionando na política de saúde e tem ganhado espaço nas unidades hospitalares para o desenvolvimento de suas atribuições e competências. Contudo, ainda é massiva e constantemente presente no cotidiano profissional requisições institucionais que são colocadas pela instituição empregadora e pela equipe de saúde como objeto de intervenção do Serviço Social e que se constituem como as principais queixas e inquietações dos assistentes sociais quanto a deslegitimação profissional na área, tais como: realização de contatos telefônicos para comunicação de alta hospitalar, solicitação de acompanhante, regulação de vagas; comunicação de óbito, autorização para acompanhantes; além das demandas advindas dos usuários – os quais, na maioria das vezes são direcionados a buscarem o Serviço Social pelos profissionais da equipe de saúde ou pelos trabalhadores das recepções e secretarias - com solicitação de atestado médico, solicitação de declaração de internação; autorização para visitas em unidades fechadas, dentre outras.

Podemos supor que tais requisições são colocadas ao Serviço Social por desconhecimento por parte da equipe coletiva em saúde sobre o fazer profissional do assistente social, ou até mesmo por considerarem que pelo fato de o assistente social não atuar diretamente no atendimento à enfermidade do usuário, ou seja, não intervir no trato da doença em si, este seria o profissional direcionado a atuar frente aos “problemas” que possam interferir no processo de atendimento e acompanhamento em saúde.

[...] apesar de os serviços de saúde ainda estarem estruturados para atenderem a doença, a realidade tem apontado a influência de outros componentes na concepção de saúde. As condições de vida da população usuária – como, por exemplo, a pauperização, a velhice e a ausência de vínculos familiares – têm sido “problemas” para os serviços de saúde. Neles, a “resposta” a esses problemas tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço Social (MATOS, 2013, p. 65).

Esta concepção evidencia a importância das ações de educação em saúde; da criação de projetos de intervenção e protocolos/fluxos de atendimentos; da participação em reuniões com a equipe de saúde; da criação de propostas concretas que mostrem o que é o Serviço Social, o que faz e como a profissão atua; da apreensão dos assistentes sociais no que diz

³² Importante sinalizar que a discussão sobre os quatro eixos será realizada no desenvolvimento da dissertação.

respeito às suas atribuições e competências profissionais regulamentadas em seu Código de Ética profissional; da mobilização, participação e controle social; da qualificação e formação profissional continuada; do planejamento e sistematização; entre outras.

Entretanto, sabemos que ainda que tenhamos apropriação sobre nossas atribuições e competências, e busquemos a materialização do projeto ético-político do Serviço Social, o cotidiano profissional - merecendo destaque aqui a área da saúde - é demarcado por limites impostos, principalmente, em virtude do caráter subsidiário da prática em relação às atividades-fim das organizações de saúde. Há de se considerar, contudo, que apesar de os serviços de saúde estarem estruturados para o tratamento de doenças, a realidade demonstra que outros componentes influenciam no processo saúde-doença, pois ainda que a Medicina apresente alternativas para a cura e/ou tratamento de um determinado diagnóstico, de nada significará se o usuário não tiver acesso à medicação, à alimentação, a condições dignas de moradia, a recursos para dar continuidade ao acompanhante de saúde (financeiros, meios de transporte etc.), os quais são essenciais para manutenção da vida. Assim, embora se perpetue a consideração da prática médico-curativa como hegemônica e atividade-fim de uma unidade hospitalar, verifica-se que para a realização de um tratamento de saúde de forma completa é necessário a integralidade nas ações e, para isso, a articulação entre os saberes profissionais.

O exercício profissional do assistente social, como os demais profissionais da saúde, está submetido a um conjunto de determinações inerentes ao trabalho na sociedade capitalista e aos dilemas de alienação inerentes ao trabalho assalariado, o que é próprio de todo trabalho assalariado no capitalismo, dentre as quais estão o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras, conforme sinaliza Costa (2000).

A não consideração desse processo de subordinação, aliada a uma frágil discussão sobre as particularidades da prática profissional nos serviços de saúde, constituem uma das variáveis que interferem na tensão existente entre as exigências do mercado e a idealização dos profissionais acerca de suas ações profissionais (Ibidem, p. 3).

Essa não consideração corrobora, por vezes, tanto para a autoculpabilização dos assistentes sociais, quanto para os discursos de deslegitimação profissional e distanciamento entre teoria e prática. Por isso, Iamamoto (2008) e Raichelis (2011), reforçando o que está presente no projeto profissional e reforçado pelos organismos de representação da categoria – Conjunto CFESS/CRESS e ABEPSS -, discorrem sobre a importância da qualificação profissional continuada com vistas a ampliação da competência de análise crítica para o desvelamento da realidade, a fim de serem criadas estratégias para o desenvolvimento da

profissão frente as exigências da contemporaneidade, as quais requisitam um sujeito profissional qualificado capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência para propor, negociar com os empregadores, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais.

Outro aspecto importante é a discussão abordada por Matos (2013) sobre as indagações acerca de ser o assistente social um profissional da política de assistência social atuando no campo da saúde. O autor esclarece que a política de assistência social é uma resposta fragmentada do Estado capitalista – tal qual as outras políticas sociais – e não é o fundamento da profissão. Os assistentes sociais possuem como campo de atuação as políticas sociais sendo a política de assistência social apenas uma delas.

Os espaços ocupacionais possuem particularidades que precisam ser decifradas e compreendidas para o desenvolvimento do exercício profissional, frente as exigências específicas das instituições empregadoras. Conceber o assistente social como um profissional da política de assistência social inserido nas demais políticas setoriais é desconsiderar as especificidades e exigências inerentes a cada campo de atuação; é conferir ao Serviço Social o status de uma profissão vinculada diretamente à assistência social; o que, de acordo com as bibliografias estudadas, trata-se de uma inconsistência³³.

A seguir, adentraremos ao debate sobre a inserção do assistente social na Marinha do Brasil.

2.3 O Serviço Social em uma Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil

De acordo com as “Normas para Assistência Médico-Hospitalar” (DGPM-401, 2014, 3ª Rev.)³⁴ a Organização Militar Hospitalar analisada está diretamente subordinada à Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e executa as atividades atinentes ao subsistema assistencial no que se refere à prestação de assistência médico-hospitalar na atenção especializada de média e alta complexidade. A DSM planeja, organiza, coordena e controla as atividades técnicas e

³³ MOTA, A. E. (Org.). *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. São Paulo: Cortez, 2008.

³⁴ A DGPM-401 (3ª Rev.) estabelece procedimentos, condições de atendimento e indenizações para assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes, assim como, o mecanismo para o tratamento e controle de diversas patologias no âmbito da Marinha do Brasil.

gerenciais dos subsistemas que compõem o Sistema de Saúde da Marinha³⁵ (SSM), o qual é um conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações, destinado a prover as atividades de saúde na Força, sob a modalidade de autogestão.

Considerado como referência nacional para procedimentos de média e alta complexidade para o público da Marinha do Brasil, o referido hospital possui 32 clínicas especializadas e 23 serviços com as seguintes especialidades e ambulatórios: Anestesiologia, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Ginecologia, Neurocirurgia, Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Coloproctologia, Traumato-ortopedia, Urologia, Cardiologia, Dermatologia, Doenças Infecto Parasitárias, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Hematologia, Clínica Médica, Medicina Hiperbárica, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar, Serviço de Eletrofisiologia, Serviço de Patologia, Hemoterapia (banco de sangue), Análises Clínicas (laboratório), Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Creche, Assistência Religiosa, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Radioterapia, Ultrassonografia, Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico, Hemodinâmica, Farmácia (setor de distribuição de medicamentos, programa de medicamentos especiais – alto custo -, seção de medicamentos gratuitos), Superintendência de Administração, Creche, e Serviço de Emergência e Internação Hospitalar que funciona 24 horas. Possui diversas Unidades de Internação, 620 leitos e conta, para atendimento ambulatorial, com 114 consultórios.

No que se refere ao quantitativo de profissionais com nível superior, a equipe multiprofissional de saúde é composta por: 478 médicos de diferentes especialidades, 176 enfermeiros, 66 farmacêuticos, 34 nutricionistas, 12 fonoaudiólogos, 30 fisioterapeutas, 15 psicólogos e, a partir do ano de 2023, por 9 assistentes sociais³⁶. Dentre as profissões acima, somente a Medicina e a Enfermagem não fazem parte do departamento no qual o Serviço

³⁵São considerados usuários do SSM os contribuintes (militares da ativa e na inatividade e pensionistas dos militares) e seus dependentes, previstos no Regulamento do FUSMA (Fundo de Saúde da Marinha), aprovado pela Portaria nº 330/MB, de 25 de setembro de 2009, do Comandante da Marinha. O Fundo de Saúde da Marinha constitui recurso vinculado, que obedece a regime particular de arrecadação, programação, aplicação e apuração de resultados.

³⁶ Das 11 assistentes sociais que compunham a equipe na fase inicial da pesquisa, uma foi transferida para outra unidade hospitalar da Marinha e uma decidiu pelo desligamento do serviço militar antes da conclusão dos oito anos. Um ponto que nos chama atenção é a disparidade em relação ao número de profissionais da equipe multiprofissional em comparação ao número de assistentes sociais; principalmente, quando comparamos com as profissões que possuem escalas de plantões próprias (Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Fisioterapia). Condição que iremos discutir mais adiante na análise dos dados da pesquisa.

Social integra, denominado como Departamento de Serviços Especiais. Este departamento, além das profissões de Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social, também é composto pela Assistência Religiosa (padre e pastor), pelas clínicas de Patologia, de Hemoterapia, de Processamento Celular, e pela Creche.

Dentre os profissionais da equipe multiprofissional que compõem o Departamento de Serviços Especiais (com exceção dos farmacêuticos, que possuem regime de escala específico à organização laboratorial), assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas, para além das atividades inerentes à sua determinada profissão durante o expediente, possuem uma escala de plantão própria de sua respectiva área de atuação. Psicólogos e fonoaudiólogos concorrem à escala com os demais Oficiais da instituição (administradores, contadores, fuzileiros navais, engenheiros, pedagogos, dentistas, comunicadores sociais e bacharéis em Direito) dando serviço como Oficial do Dia, com funções e atividades estritamente militares (serviço armado, responsabilidade pela segurança orgânica do dia, cerimoniais militares etc.).

Embora esteja localizado na cidade do Rio de Janeiro, área do 1º Distrito Naval³⁷, quando necessário, a OMH atende aos usuários que residem em outros estados brasileiros nos casos em que o quadro de saúde dos usuários apresente a necessidade de atendimentos, procedimentos e acompanhamentos que extrapolem os serviços de saúde prestados em sua região. Assim, estes são encaminhados ao Rio de Janeiro por meio de traslados aéreos ou rodoviários custeados pela União, conforme previsto no capítulo 23 – “Transporte de pessoal militar” – das “Normas sobre pagamento de pessoal na MB” (SGM-302, 2015).

De acordo com o depoimento de uma assistente social da primeira turma do Quadro Auxiliar Feminino de Oficiais (QAFO) que ingressou no hospital pesquisado no ano de 1981³⁸, na década de 1980 já existia uma pequena equipe de Serviço Social composta por três servidoras civis.

³⁷ Os Distritos executam operações navais, aeronavais e de fuzileiros navais, controlam as atividades relacionadas com a segurança da navegação marítima; coordenam e controlam as atividades de patrulha costeira, inspeção naval e socorro e salvamento marítimo; realizam atividades de assistência cívico-social às populações ribeirinhas e outras atividades específicas. Além do 1ºDN que é composto pelos estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e sudeste de Minas Gerais, tem-se os: 2ºDN (Bahia, Sergipe, norte e sudoeste de Minas Gerais; 3ºDN (Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas); 4ºDN (Amapá, Pará, Maranhão e Piauí); 5ºDN (Rio Grande do Sul e Santa Catarina); 6ºDN (Mato Grosso e Mato Grosso do Sul); 7ºDN (Tocantins, Goiás e Distrito Federal); 8ºDN (São Paulo, Paraná e sul de Minas Gerais; e 9ºDN (Roraima, Acre, Amazonas e Rondônia). Fonte: “Você sabe o que é um Distrito Naval?” Disponível em: www.marinha.mil.br/sspm

³⁸ Após o levantamento documental, foi verificada a inexistência de registros institucionais sobre a criação do setor de Serviço Social na Organização Militar Hospitalar estudada. Assim, buscou-se reunir tais informações a partir do depoimento de uma das primeiras assistentes sociais militares do hospital, obtido por meio de uma entrevista semiestruturada realizada em 10-11-2021, via encaminhamento do roteiro de entrevista (ANEXO IV) pela pesquisadora para o e-mail da participante.

O Serviço Social era subordinado ao Departamento Técnico e atendia as demandas dos ambulatorios e de internação, no atendimento aos militares e seus dependentes [...]. Quando desembarquei, no final de 1989, para o Comando do 1º Distrito Naval, o Serviço passou a ter 13 assistentes Sociais entre civis e militares, distribuídas pela Triagem, Serviço de Emergência, Internação /Clínicas e Ambulatórios (Assistente social entrevistada 1)

Durante a mesma década, o Serviço Social passou a ampliar suas atividades e, em virtude do movimento realizado para o reconhecimento da profissão na Força, conforme explicitado no item anterior, tem-se como resultado um quantitativo maior de contratação de assistentes sociais.

Em relação às ações realizadas pelos assistentes sociais, o trabalho com a equipe multiprofissional, e as principais requisições institucionais na época, a assistente social ilustra:

As principais requisições colocadas ao Serviço Social pela instituição ocorriam nos casos de: situações problematizadas decorrentes da Saúde, de possíveis casos de óbito, ações educativas preventivas junto ao público-alvo, rotatividade, impedimentos de ordem psicossocial para viabilizar o tratamento e a internação, alta hospitalar e recuperação / elevação dos índices de saúde. Para o paciente ser internado, havia uma entrevista com o mesmo e se possível com familiares para compreensão e orientações sobre a situação problematizada vivenciada. A relação com a equipe multiprofissional era direta e por encaminhamentos com médicos, enfermeiros, demais profissionais nutrição, fisioterapia, psicologia, serviços administrativos, serviço de voluntários em mão dupla; uma vez apresentada a situação problematizada que demandasse uma ação junto ao paciente, à família, ou a outros serviços e áreas operativas da MB. Em nível ambulatorial e emergência havia um plantão. Nas unidades / clínicas de internação havia visita diária aos leitos, atendimento aos pacientes familiares e interação com a enfermagem, com os médicos e outros profissionais, sempre que necessário, bem como participação em reuniões interdisciplinares para discussão de casos e encaminhamento de ações (Assistente social entrevistada 1).

Quando questionada sobre a sua compreensão no que diz respeito ao motivo pelo qual o hospital passou a contratar mais assistentes sociais, a Oficial da Reserva relata:

Entendo que a presença do assistente social era para a solução de todo e qualquer problema que não fosse entendido de caráter exclusivamente médico, mesmo que fosse uma variável significativa para Saúde entendida como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade (Assistente social entrevistada 1).

Podemos verificar no discurso da assistente social entrevistada a compreensão do Serviço Social como prática subsidiária à prática médica, e apesar de apresentar o entendimento no que se refere a uma concepção ampliada de saúde, tem-se como pressupostos que “todo e qualquer problema” que não estivesse voltado ao diagnóstico do sujeito enfermo e ao processo de adoecimento, ou seja, a questões de natureza biomédicas, seriam objeto de intervenção do assistente social. É importante frisar que na época, a

profissional vivenciava uma conjuntura na qual o Serviço Social ainda passava por transformações em seu interior atinente à perspectiva de intenção de ruptura com o tradicionalismo e o conservadorismo profissional; a prática profissional era pautada na individualização dos “problemas” apresentados pelos usuários – considerados como desajustes sociais –; a profissão possuía pouca aproximação com o movimento sanitário e os movimentos de vanguarda, e, além disso, a referida assistente social desenvolvia o exercício profissional em uma instituição militar numa década em que foram desencadeadas as iniciativas de superação do regime ditatorial e o estabelecimento da redemocratização no país.

Outro aspecto relevante a ser considerado é o fato de que a profissional fez parte da primeira turma feminina de Oficiais da Marinha do Brasil, sendo então proeminente também o recorte de gênero, que numa instituição marcada pelo conservadorismo e predominância masculina, como era o caso da esfera militar, acentuava-se a necessidade de buscar não apenas a legitimidade profissional, mas legitimar a sua própria presença enquanto mulher militar.

É evidente que, em virtude das transformações da sociedade, da atualização das demandas e necessidades sociais que passaram a se apresentar sob novas roupagens, das mudanças ocorridas no interior da instituição e da própria profissão – criação da Lei de Regulamentação 8.662/93, do Projeto Ético-Político Profissional, do Código de Ética profissional (1993), e do fortalecimento e redimensionamento das instâncias político-organizativas, dentre outros –, o Serviço Social foi se expandindo na Marinha do Brasil e na Organização Militar Hospitalar.

A fim de construir uma trajetória histórica, ainda que breve, do Serviço Social na OMH, foi também realizada entrevista com uma assistente social, Capitão de Fragata, que fez parte da equipe de Serviço Social do hospital durante 17 anos. Seu ingresso na referida Organização Militar ocorreu entre os anos de 1999 a 2018, exercendo o cargo de chefe do Serviço Social na maior parte do período em que esteve lotada na OM.

Quando questionada sobre como se dava a relação dos assistentes sociais com a equipe multiprofissional no que se referia às principais requisições e cotidiano de trabalho e como o Serviço Social se organizava para respondê-las, a assistente social relatou que:

A relação sempre foi amigável, mas não uma relação de troca de conhecimentos e atuação em conjunto, enquanto equipe. A maior demanda era atendimento de óbito, caso de conflito familiar, passagem de retorno aos pacientes fora de sede e alta de pacientes idosos ou acamados (resistência de alta por familiares). O Serviço Social estabelecia algumas estratégias de trabalho, visando atender a demanda da equipe e ao mesmo tempo manter a intervenção profissional dentro dos parâmetros

estabelecidos para atuação privativa do assistente social, respeitando o código de ética e a lei da profissão (Assistente social entrevistada 2).

Contudo, a busca por manter a intervenção profissional dentro dos parâmetros que normatizam a profissão sempre apresentou desafios. De acordo com a Capitão de Fragata, o Serviço Social possuía

pouca autonomia, nenhum reconhecimento profissional e quase nenhum respeito pela atuação. Sempre foi necessário medir forças para garantir atuação do assistente social enquanto integrante da equipe multiprofissional dentro da unidade hospitalar. O profissional, visto como mero executor burocrático um “ajudante” um “auxiliar”, relegado a atividades menores e burocráticas, ou aquilo que ninguém “sabia” ou “queria fazer”. O médico ou enfermeira, quando demandava o assistente social já tinha definido que era um “caso social” mesmo quando se tratava de uma questão administrativa, e já definia como o assistente social tinha que agir ou fazer. O médico direcionava o que o assistente social tinha que fazer “liga para a família do paciente X e diz isso” “o paciente Y precisa daquilo você pode providenciar”. Mesmo quando alcancei uma boa antiguidade na Chefia do Serviço na instituição, ainda assim as minhas colocações, em relação ao papel do assistente social e das atividades desenvolvidas não eram consideradas relevantes. Muitas atividades foram “estabelecidas” ou “criadas” pela direção / chefes de Departamento Médico ou Enfermagem, baseados nos entendimentos que eles têm da atuação do profissional, sem assessoria do assistente social. Um exemplo disso foram algumas atribuições administrativas inseridas na Ordem Interna do setor sem o conhecimento da equipe. A Ordem Interna era “alterada” sem o conhecimento da chefia (Assistente Social entrevistada 2).

Veremos mais adiante, na análise das entrevistas realizadas com as atuais assistentes sociais da instituição pesquisada que, com o passar dos anos, as mesmas requisições institucionais permanecem. Na verdade, se nos debruçarmos na literatura que analisa os fundamentos do Serviço Social na Saúde e como o exercício profissional do assistente social vem se desenvolvendo na área desde sua institucionalização enquanto profissão verificaremos que tais requisições sempre estiveram presentes no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais na saúde.

Isso também revela que o fato de serem direcionadas requisições institucionais aos assistentes sociais, não compatíveis com as atribuições e competências profissionais, não surge do desconhecimento dos gestores, profissionais e técnicos sobre o que é atribuição do assistente social, mas da observação, no movimento institucional, por parte desses sujeitos, de que o assistente social começou a assumir historicamente e das consequências favoráveis e funcionais ao movimento institucional com relação à diminuição de conflitos e à burocracia institucional, na medida em que cada vez mais alguns assistentes sociais foram se desviando das suas atribuições legais [...] Da mesma forma, revela que a tarefa de dar respostas substantivas a esse estado de coisas é da própria categoria, ou seja, mostrar, através de projetos e práticas qualificadas, a que veio o assistente social em cada área de atuação (VASCONCELOS, 2015, p. 533).

Outra questão levantada foi a respeito do Serviço Social da OMH possuir duas frentes de intervenção profissional (usuários do Sistema de Saúde da Marinha e militares e servidores

civis que trabalham na instituição) com um elevado quantitativo de potenciais usuários referente aos dois públicos. De acordo com a Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM), o potencial de usuários do SAS-H perfaz o quantitativo de 7.776 usuários/ano, os quais apresentam demandas específicas ao seu determinado eixo de intervenção. A Oficial Superior sinaliza que o ideal seria que o quantitativo de assistentes sociais da instituição fosse suficiente para a criação de duas equipes distintas.

Indagamos, ainda, acerca da opinião da assistente social sobre a possibilidade da institucionalização de um Núcleo de Assistência Social (este núcleo possui uma equipe composta por assistentes sociais, psicólogos e profissionais do direito com programas/projetos e ações direcionadas à assistência social) para atendimento à tripulação da OMH pesquisada, e ser delegado à equipe do SAS-H a prestação de serviços especificamente à população usuária do Sistema de Saúde da Marinha e o atendimento às requisições institucionais do referido nosocômio.

Em termos de execução do trabalho, acho favorável, seria um ganho para os usuários daquela instituição, no entanto acredito que institucionalmente seja mais um caminho de embate/desgaste. Não há mentalidade, dentro da instituição pesquisada, para discernir os papéis. Ressalto que a DASM, enquanto Órgão Técnico, nunca teve força para intervir nas questões mais críticas de atuação profissional. Considerava que o que acontecia na instituição pesquisada era “rotina interna da OM” e não interviria na rotina (Assistente social entrevistada 2).

A profissional salienta que as propostas para mudanças, reorganização e redirecionamento da profissão na instituição pesquisada precisam ocorrer em “contextos favoráveis”.

É necessário avaliar o momento e estudar a conjuntura ideal para propor mudanças. Ao longo dos anos foram alcançadas algumas metas para uma melhor atuação do assistente social. No entanto, essas mudanças aconteceram em momentos em que o contexto era favorável para mudanças, como por exemplo: um chefe de departamento que “comprava a ideia”, um Diretor mais flexível, ou seja, nunca o assistente social sozinho, sempre era necessário usar um outro profissional, para levar a demanda do setor (Assistente social entrevistada 2).

A partir das respostas das entrevistadas, verifica-se que ambas destacam a atuação do assistente social junto aos usuários do sistema de saúde, contudo, com o passar dos anos, com o redimensionamento da profissão na Força e o redirecionamento dos programas, projetos, ações, benefícios e serviços socioassistenciais geridos pelo Sistema de Assistência Social da Marinha (SiASM) da Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM), a atuação com os militares e servidores civis trabalhadores da instituição também se expandiu.

Dessa forma, apresentaremos a seguir um resumo dos projetos e ações desenvolvidos com os usuários das duas frentes de atuação dos assistentes sociais, para além das ações explicitadas, não se esgotando nessas.

- Nos processos de trabalho junto aos usuários do sistema de saúde o assistente social desenvolve as seguintes ações:

- **Programa de Planejamento Familiar** – são realizadas entrevistas sociais com os (as) usuários (as) interessados (as) nos procedimentos de vasectomia e laqueadura. Após a entrevista e de acordo com os critérios previstos na legislação – Lei n. 9.263/1996 -, é emitido parecer social acerca da demanda apresentada pelos usuários. Estes são convidados a participarem de uma palestra multidisciplinar relacionada ao programa. Como etapa do processo, os casos são levados para serem discutidos e apreciados pela Comissão de planejamento familiar, da qual assistentes sociais também participam. Em seguida, os (as) usuários (as) são encaminhados (as) às Clínicas de Ginecologia, Obstetrícia e Urologia, de acordo com a demanda.
- **Programa de Medicamentos Especiais** – realizada entrevista social com avaliação socioeconômica, com a finalidade de subsidiar o parecer social para aquisição, por meio do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), de medicamentos de alto custo para tratamentos de saúde. Com parecer social elegível e se aprovado pelo Conselho Técnico do programa, os usuários são inseridos no programa e têm acesso ao medicamento solicitado.
- **Assistência Médico-Hospitalar (AMH)** - realizada entrevista social com a finalidade de subsidiar o parecer social para continuidade de atendimento médico-hospitalar de (ex) dependentes que tiveram o direito à utilização dos serviços de saúde da MB suspensos, mas que são portadores de doenças crônicas preexistentes; que vivem sob a dependência econômica do militar, e que se enquadram nos critérios previstos nas normas.
- **Participação no processo de regulação de vagas para a realização do procedimento de hemodiálise** - esse processo é destinado aos militares, seus dependentes e pensionistas que residem distantes do HNMD e desejam realizar o tratamento em locais mais próximos de suas residências; bem como o processo de regulação temporária para os usuários que necessitam realizar viagens, muitas vezes para visitar familiares em outros municípios ou estados, mas que não podem interromper o tratamento. Frente à necessidade do usuário, são realizadas as

orientações e as intervenções necessárias até a regulação da vaga e início do tratamento no local desejado/necessário.

- **Participação na equipe de Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)** – Acompanhamento e orientações sociais aos familiares dos pacientes doadores;
- **Programa de Atuação do Assistente Social na Saúde:** Dentro do referido programa são desenvolvidos os seguintes projetos e ações sociais construídos pela equipe de Serviço Social:
 - **“Projeto Democratizando”** - direcionado aos pacientes em processo de admissão no Setor da Internação e seus acompanhantes; e pacientes já internados e/ou seus acompanhantes; tem como objetivo promover a socialização das informações e orientações sociais aos usuários e à sua rede de apoio, no que diz respeito à rotina institucional, aos programas sociais desenvolvidos pela MB, aos direitos dos idosos etc.
 - **“Projeto Compartilhar”** - destinado aos pacientes e familiares/acompanhantes que são atendidos nos ambulatórios das Clínicas de Hematologia e Oncologia. Propõe-se a promover a democratização das orientações sobre os direitos dos pacientes com doenças crônicas, a partir de encontros nas salas de espera com atividade socioeducativas.
 - **“Projeto Acolhendo Nosso Paciente”** - direcionado aos pacientes e familiares do Grupo de Mastectomizadas do hospital. Visa promover ações socioeducativas objetivando proporcionar um ambiente mais acolhedor e a humanização do atendimento, valorizando o paciente enquanto sujeito ativo e parte fundamental do processo saúde-doença.
 - **“Projeto Humanidade” (Programa de Atendimento ao Idoso):** tem por objetivo contribuir para reflexão dos familiares e acompanhantes em torno da temática do envelhecimento. O Serviço Social atua frequentemente nas orientações relativas aos processos de procuração e curatela; nos encaminhamentos ao Serviço de Veteranos e Pensionistas da Marinha (SVPM) para fins de benefícios e direitos, mais particularmente relacionados à isenção do imposto de renda e auxílio invalidez; participa multidisciplinarmente nos casos de desospitalização de idosos, especialmente nos casos dos usuários que possuem vínculos familiares fragilizados, favorecendo a mediação com a família, objetivando o fortalecimento dos referidos vínculos.

O Serviço Social é atuante nas questões relativas à implementação da Política Nacional de Humanização no ambiente hospitalar, tendo elaborado a Ação Social “Formação de Multiplicadores de Ações de Humanização para Atendimento ao Público”, na qual representantes das diversas Clínicas e Serviços da OMH terão a oportunidade de participar de encontros de capacitação na área da humanização com profissionais especialistas.

- Nos processos de trabalho junto aos trabalhadores da instituição (militares e servidores civis) são desenvolvidas as seguintes ações:

Programa Qualidade de Vida – este programa prevê ações direcionadas aos eixos nas áreas da saúde; problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas; gerenciamento do estresse; cultura e lazer; atenção à família; ambiente organizacional; e igualdade entre homens e mulheres (DGPM-501, 2020), desenvolvidos através dos seguintes projetos e ações:

- **“Projeto Promover para Viver”** - tem como objetivo promover um espaço de informação e reflexão com relação à prevenção da dependência química e aos meios de acesso ao tratamento pela MB e extra-MB; e promover a formação de multiplicadores dessas informações.
- **“Projeto Qualidade de Vida na Reserva”** – pretende contribuir, através de atividades socioeducativas, à preparação para a reserva remunerada/aposentadoria dos militares e servidores civis.
- **“Projeto Qualidade de Vida do Trabalhador”** – promover um espaço direcionado à qualidade de vida dos militares e servidores civis, a partir de atividades socioeducativas que contribuam para o processo reflexivo sobre a proteção e promoção da saúde do trabalhador; que estimulem a prevenção do estresse; e que contribua para melhoria das relações interpessoais e do clima organizacional.
- **“Projeto Igualdade entre Homens e Mulheres”** – tem como objetivo promover ações para estimular um ambiente organizacional que valorize o trabalho em equipe, a liderança e a igualdade de oportunidades entre mulheres e homens na Força Marítima.
- **“Ação Prevenir para Viver”** – pretende promover eventos alusivos à prevenção ao suicídio direcionados aos militares e servidores civis; e aos usuários dos serviços de saúde, visando construir um espaço de reflexão e promoção da vida.

- **“Ação Prevenção Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)”** – tem como objetivo orientar por meio de palestras socioeducativas sobre a prevenção de condutas de riscos e consequente adoecimento dos militares e servidores civis da ativa por infecções sexualmente transmissíveis
- **Programa de Atendimento Especial** - prevê a inclusão de dependentes de militares e servidores civis com deficiência, “por meio da promoção do acesso a serviços de prevenção, reabilitação e habilitação em instituições especializadas (públicas ou privadas) e do envolvimento dos familiares, responsáveis e/ou cuidadores no processo de inclusão social e comprometimento com o desenvolvimento possível” (DGPMG-501, 7ª Rev.). O Serviço Social atua no acolhimento das demandas espontâneas, orientação e encaminhamento dos usuários para atendimento ambulatorial nas Policlínicas Navais para avaliação inicial no GAAPE (Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais), visando a inclusão dos usuários no referido programa. Além disso foi elaborada a ação social intitulada “Evento Socioeducativo Alusivo ao Dia Internacional da Pessoa com Deficiência”, direcionada aos militares e servidores civis, que possuam pessoas com deficiência como dependentes, na qual serão abordados os temas que perpassam os aspectos da saúde, sociais e psicológicos das diferentes formas de deficiência.
- **Programa de Atendimento em Missões** - prevê o “atendimento e apoio de militares e servidores civis quando empregados em operação real ou em exercício, bem como no suporte às suas famílias”. O assistente social realiza entrevista social com os militares e seus familiares para abordar aspectos que perpassam a Missão na qual o militar está designado, e realiza o levantamento social da família, prestando orientações quanto às possíveis dificuldades que possam surgir para a família durante o afastamento do(a) militar, que está em comissão.
- **Programa de Apoio Socioeconômico** - são desenvolvidas ações socioeducativas relacionadas à Educação Financeira, bem como apoio material para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade social relacionada à situação econômica³⁹, atuando no âmbito da prevenção e proteção social. Dentro do programa também é desenvolvido o **“Projeto Em Boa Hora”**, no qual são realizados encontros e palestras sobre a

³⁹ De acordo com o levantamento documental, (registros estatísticos e relatórios de atividades do Serviço Social da OMH estudada) os usuários acompanhados pelo Programa de Apoio Socioeconômico no que se refere ao apoio material (doação de cestas básicas, pagamentos pontuais de despesas fixas atrasadas - luz, água, condomínio, aluguel, escola, dentre outros -, doação de kits escolares infanto-juvenil, dentre outros) são majoritariamente praças, mais precisamente: marinheiros, cabos e terceiros-sargentos; e servidores civis de nível técnicos.

temática do endividamento com vistas a construção de alternativas para o gerenciamento do orçamento familiar dos militares e dos servidores civis.

- **Programa de Permanência, Movimentação ou Remoção por Motivo Social** – O Serviço Social contribui no assessoramento dos Setores de Distribuição de Pessoal (SDP), realizando estudos sociais, conforme apresentação das demandas dos usuários e dos critérios de elegibilidade ou inelegibilidade previstos na Norma (DGPM-501, 2020).
- **Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF)** – direcionada aos militares; bem como para a concessão de **Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família (LMDPF)**, direcionada aos servidores civis. O parecer social é instrumento que subsidia o Centro de Perícias Médicas da Marinha (área Rio de Janeiro – sede do 1º Distrito Naval) e as Juntas Regulares de Saúde dos Distritos Navais. Na análise da situação social apresentada, o parecer social fundamenta os aspectos sociofamiliares e o Centro de Perícias Médicas e as Juntas Regulares de Saúde analisam a situação do familiar dos militares e dos servidores civis que solicitam o afastamento de suas atividades laborativas para cuidar do familiar enfermo.

Podemos observar uma gama de programas, projetos e ações desenvolvidos pelos assistentes sociais da instituição. Contudo, o cotidiano de trabalho marcado pela heterogeneidade, imediatez e a superficialidade extensiva (Lukács apud Netto, 2007), que fazem do cotidiano um espaço propício para a repetição acrítica e que no âmbito militar é acrescido pelo viés ideológico, somados à relação de compra e venda da força de trabalho e aos dilemas da alienação presentes no trabalho assalariado, influenciam as relações sociais e as condições de trabalho dos profissionais.

Assim, mesmo diante dos projetos e ações institucionalizados pela Força Marítima, os assistentes sociais da OMH reforçam o discurso de falta de legitimação profissional e subalternização da profissão, queixando-se, principalmente, das “demandas enviesadas” que chegam ao Serviço Social no cotidiano de trabalho. Isto porque, mesmo diante de tais ações propostas pela DASM e instituídas formalmente por meio de normativas, os assistentes sociais da OMH acabam por não conseguirem estruturar projetos e ações contínuas ou a “dedicar-se” de fato ao planejado para o Serviço Social na instituição de saúde por precisar “cumprir” requisições institucionais que, por vezes, estão alheias às atribuições e competências da profissão.

Durante a realização das entrevistas com as assistentes sociais da instituição pesquisada, foi pontuado que “recepcionistas das enfermarias ligam para o Serviço Social

pedindo para que a assistente social ligue para as famílias dos usuários para trazer dentaduras, itens de higiene pessoal etc.”; que “o Serviço Social atua ‘apagando incêndios’”; e que “o quantitativo reduzido de assistentes sociais leva, para além da sobrecarga de trabalho, a ações fragmentadas e inconclusas”.

Quando se trata de planejamento para reestruturação do Serviço Social na instituição e para a implementação de propostas com o intuito de superar e/ou reverter tais requisições para atendimento dos interesses dos usuários, ainda ocorre o que a Capitão de Fragata entrevistada relatou: “nunca o assistente social sozinho, sempre era [é] necessário usar outro profissional, para levar a demanda do setor”. Isso ocorre por diferentes fatores, pois, como estamos em uma instituição regida pela hierarquia, todas as propostas de modificações precisam passar pela apreciação do Chefe de Departamento no qual o Serviço Social está subordinado (um farmacêutico); este, após aprovação, direciona o pleito ao Superintendente de Saúde (médico) que, dependendo do assunto a ser tratado, encaminha ao Vice-Diretor e/ou ao Diretor da unidade (médicos).

Para se alcançar êxito, é preciso ter bastante clareza do que está sendo proposto e apresentar propostas criativas que também sejam do interesse da instituição. Além disso, é imprescindível que o assistente social saiba negociar com os empregadores. Contudo, nem sempre o Serviço Social consegue atingir os objetivos almejados, especialmente, quando estes interferem na rotina de trabalho de outros profissionais da instituição. O que observamos é que quando uma modificação vai acarretar a transferência de uma determinada atividade realizada “indevidamente” pelo assistente social para outro setor/profissão⁴⁰, e esse setor possui “mais força” na correlação de forças institucionais - em termos militares: o setor possui um Oficial mais antigo em sua gestão -, ou quando envolve uma profissão que possui maior hegemonia na instituição, como a medicina; as chances de o Serviço Social conseguir lograr êxito diminuem significativamente. Faz-se necessário sinalizar que quando abordamos sobre as inquietações dos assistentes sociais frente a determinadas requisições institucionais, trata-se

⁴⁰ Como por exemplo: atribuir às recepções das enfermarias a função da realização de contato telefônico com familiares dos pacientes internados para solicitação de demandas pontuais; encaminhar para o setor de admissão e alta hospitalar a função de contatar os familiares para comunicação de alta; atribuir a esse mesmo setor a função de contatar a família para comparecimento na unidade hospitalar nos casos de óbito etc. Cabendo ao assistente social intervir com a equipe de saúde junto à família nos casos de dificuldades para desospitalização, nas orientações sobre direitos sociais nas situações de óbito; nas situações de ausência de familiares (especialmente nos de idosos), entre outros. Enfim, o que queremos esclarecer é que não estamos negando a importância da intervenção do assistente social nas situações cotidianas de uma instituição de saúde, mas destacar que é uma perda para a instituição, para os usuários e para os próprios profissionais, empregar profissionais qualificadas em atividades burocráticas, que não exigem formação de nível superior para tal.

de requisições que exigem funções meramente burocráticas podendo ser atribuídas a profissionais de nível médio.

Por outro lado, há também aspectos positivos para o exercício da profissão na instituição. O setor de Serviço Social possui uma excelente estrutura com condição de resguardar o sigilo profissional durante os atendimentos; tem a possibilidade de elaborar um plano de atividades com projetos e ações elaborados pelos assistentes sociais da equipe; não há impasses no repasse das verbas solicitadas para realização das atividades propostas; os usuários, quando elegíveis dentro dos critérios, conseguem alcançar os direitos e benefícios solicitados, tais como: acesso a medicação de alto custo, órteses/próteses, cestas básicas, pagamentos de despesas fixas (aluguel, conta de luz, água, escola dos filhos etc); possui autonomia na elaboração dos pareceres sociais, entre outros.

Portanto, conforme sinaliza Costa (2000), é importante entender que o Serviço Social, assim como outras profissões, está inserido e submetido a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista; e, portanto, faz-se necessário que a categoria profissional identifique-se como parte integrante da classe trabalhadora e compreenda que os dilemas de alienação inerentes ao estatuto de assalariamento estarão presentes em todos os espaços ocupacionais; o que torna imprescindível a defesa por uma formação qualificada e contínua, a afirmação da importância do Código de Ética profissional, de seu projeto ético-político e das instâncias político-organizativas da profissão. Analisar o Serviço Social sob esse parâmetro desvela inúmeros questionamentos sobre a legitimidade da profissão nos espaços ocupacionais, principalmente naqueles em que a tensão entre projeto profissional e requisição institucional são mais acentuadas, como é o caso da instituição militar.

2.3.1 Notas sobre a atuação do Serviço Social da Organização Militar Hospitalar na pandemia da Covid-19

Considerando o movimento dialético da realidade, é imprescindível abordar, ainda que brevemente, a atuação do assistente social da referida instituição no período de pandemia da COVID-19. O presente registro foi desenvolvido nesse contexto e não o registrar e analisar é deixar uma lacuna na trajetória da profissão na contemporaneidade.

Durante a pandemia, a execução dos programas e projetos realizados pelo Serviço Social nas Organizações Militares precisou, num primeiro momento, ser suspensa e

posteriormente reelaborada a fim de se adequar à realidade posta. Os projetos socioeducativos juntos aos trabalhadores das instituições, que antes eram realizados por meio de encontros presenciais, foram remodelados para o sistema informacional passando a ser encontros virtuais. Na Organização Militar Hospitalar (OMH), objeto de estudo, a equipe de Serviço Social buscou seguir na mesma direção no que tange aos projetos socioeducativos, todavia, por estar inserida numa unidade hospitalar de alta complexidade, a maior parte de sua intervenção esteve voltada ao atendimento das demandas apresentadas pelos trabalhadores da instituição, tais como: dificuldades financeiras - devido a perda de emprego de outros membros da família - violência doméstica, ausência de suporte familiar para cuidado dos filhos em virtude do fechamento das escolas, elevação dos casos de ideação suicida e de tentativas de autoextermínio etc. Além disso, os assistentes sociais foram demandados em demasia para o atendimento dos familiares dos pacientes acometidos pela Covid-19 internados no hospital.

As medidas de restrição e isolamento social somadas ao aumento exponencial do número de internações, fenômenos gerados pela pandemia, impuseram reestruturações nos atendimentos dos serviços de saúde, afetando a rotina de trabalho dos profissionais de saúde e a relação com a população usuária. Podemos citar como exemplo o cancelamento das consultas ambulatoriais e das cirurgias eletivas, a restrição para visitas; e no caso dos pacientes internados por Covid-19, considerando as determinações das autoridades sanitárias para prevenção de contágio, a suspensão da visita hospitalar.

Com as visitas suspensas, houve a dificuldade de acesso à informação sobre o estado clínico do paciente e como medida para minimizar esse óbice foi estabelecido que as comunicações sobre o paciente seriam realizadas diariamente a partir de contato telefônico com os familiares para transmissão dos boletins médicos. Todavia, a instituição, considerando que os profissionais de saúde que estavam na linha de frente no atendimento clínico do paciente não poderiam assumir outras funções que não fosse o atendimento direto ao paciente internado, entendeu que o profissional “mais habilitado” para isso, já que, os familiares “precisariam de acolhimento”, seria o assistente social. O movimento estava pautado sob o discurso de que neste momento seria necessário que todos se unissem numa “força-tarefa” visando contribuir ao enfrentamento da pandemia; ratificando aqui o exposto por Matos (2020). Contudo, esse discurso de “unidade colaborativa em prol de um bem maior” coloca-se em risco os limites das competências técnicas de cada profissão.

Antes da proposição dessa requisição, a equipe do Serviço Social da instituição vinha realizando algumas reuniões sobre a reestruturação dos atendimentos durante a pandemia, e

nestas buscava-se discutir acerca das normativas da profissão, além da troca e atualizações com colegas da categoria inseridos em outras unidades hospitalares públicas e privadas.

Conforme a pandemia foi se expandindo, foram realizadas reuniões com a equipe multiprofissional do hospital, nas quais foi pontuado pelo Serviço Social sobre a importância de a comunicação do estado de saúde do paciente ser feita por um profissional habilitado tecnicamente, já que a informação não se resume apenas em fazer uma leitura do boletim médico, mas orientar e tirar dúvidas da família no que diz respeito ao seu ente querido. Sendo necessário, também, levar em conta a angústia desses familiares, que não podiam sequer ver o paciente e conversar com a equipe de saúde do local onde este se encontrava internado, além do medo disseminado em toda a sociedade frente aos noticiários transmitidos diariamente pelos meios de comunicação. O acesso à informação aqui, não se tratava apenas de uma decisão institucional para amenizar a dor da família, mas sim de um direito. Contudo, não houve êxito nas reuniões iniciais, haja vista que, além de ser uma unidade hospitalar – instituição circunscrita pela hegemonia médica –, trata-se de uma instituição militar, na qual o fator hierárquico possui um grande peso.

Assim sendo, após o insucesso nas tratativas iniciais, a discussão foi levada à Direção do hospital, para a qual foram apresentados o projeto profissional da equipe de Serviço Social para a reorganização dos atendimentos naquele contexto; a normativa nº 3/2020 – emitida pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) – a qual dispõe sobre comunicações de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais; e um resumo sobre as atribuições e competências do Serviço Social. Foi esclarecido, também, sobre o direito ao acesso à informação aos familiares dos pacientes internados por Covid-19, e a importância de que a ação fosse realizada por um profissional habilitado tecnicamente para isso, ressaltando que a comunicação do estado clínico do paciente à sua família não é um fator externo, mas integrante do processo saúde-doença.

O resultado dessa movimentação foi a criação de uma Central de Informações aos familiares dos pacientes internados por Covid-19 composta por médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Faleiros (2015) define bem a situação exposta quando diz que “é na correlação de forças que se definem os problemas e também é por ela que são resolvidos”. Dessa forma, o movimento realizado pelo Serviço Social - a partir de uma requisição institucional compreendida pela equipe de assistentes sociais como uma requisição enviada às competências e atribuições profissionais, e do entendimento da complexidade do assunto e da importância da garantia do direito à informação - pôde contribuir para “socialização das informações” conforme preconizado em seu Código de Ética, de modo que profissionais que

detém conhecimento técnico sobre o estado clínico do paciente fossem inseridos nesse processo e, assim, pudesse ser viabilizado o direito à informação aos usuários. Verifica-se, também, a importância da construção de um projeto profissional do Serviço Social, elaborado através da discussão entre a equipe de assistentes sociais da instituição; e da contínua atualização profissional, para que se possa afirmar a profissão como legítima e necessária.

3 OS CAMINHOS DA PESQUISA (REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA ORGANIZAÇÃO MILITAR HOSPITALAR (OMH))

De acordo com Minayo (1994), metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Considera-se que a metodologia ocupa lugar central na condução de uma pesquisa, já que, “mais que uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizados, indica as opções e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico” (DESLANDES, 1994).

Para o desenvolvimento deste estudo, foi necessária a definição do método que norteou a produção de conhecimento a partir da análise da realidade. Assim sendo, o método crítico-dialético de Marx norteou essa pesquisa, cujo objetivo é ir além da aparência imediata e empírica do fenômeno que se apresenta no plano concreto, buscando a essência, ou seja, a dinâmica e estrutura do objeto investigado, sem desconsiderar sua aparência, pois, esta também é importante para o processo de elaboração do conhecimento teórico (Netto, 2011). Assim, através de procedimentos analíticos e pela síntese das questões e contradições apresentadas, pretendemos reproduzir no plano ideal a essência do objeto investigado.

Da mesma forma que Marx avalia que o objeto existe independente do pesquisador, ele afirma que o sujeito está implicado no objeto. Parece contraditório *a priori*, contudo, isso se dá porque em uma pesquisa de elaboração de conhecimento teórico não há neutralidade nem na escolha do objeto e nem no percorrer do estudo em si. Isso porque o pesquisador também se insere na realidade estudada e sofre as influências dessa realidade. Ou seja, o papel do pesquisador é ativo, mobilizando conhecimento, analisando-os, criticando-os, se “apoderando” das suas especificidades e complexidades, observando suas formas variadas, contradições e identidades (Netto, 2011).

O tipo da pesquisa desenvolvida é quali-quantitativa, que propõe uma análise e interpretação das informações geradas junto à análise estatística dos dados. Segundo Minayo (1994), os dados qualitativos e quantitativos não se opõem, mas se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Dessa forma, compreendemos que tais métodos possibilitam o entendimento acerca das relações históricas, representações de pontos de vistas e lógicas internas do sujeito em ação.

Para fundamentação teórica do estudo, o levantamento bibliográfico foi realizado por meio de livros, artigos científicos, teses e dissertações em língua portuguesa (Brasil),

consultados tanto em meio físico, quanto eletrônico acerca da temática abordada e suas categorias, as quais são: capitalismo; Estado; Trabalho; instituição militar; Saúde; Serviço Social; projeto profissional; atuação profissional.

A pesquisa de campo teve como cenário uma Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil, em especial o Setor de Serviço Social.

Foi realizada análise documental da legislação referente à implementação do Serviço Social na Marinha do Brasil, à Política de Assistência Social das Forças Armadas, por meio de pesquisa nos arquivos disponibilizados na Diretoria do Patrimônio Histórico e Documentação da Marinha (DPHDM) e na Biblioteca da Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM), além das normativas, resoluções e do Código de Ética Profissional do assistente social.

A análise dos livros de registros dos atendimentos e mapas estatísticos do Serviço Social da OMH, dos anos de 2017 a 2021, teve como objetivo identificar: as principais demandas apresentadas pelos militares e servidores civis, trabalhadores da instituição; as demandas dos usuários do sistema de saúde; as requisições institucionais (a exemplo de solicitação de pareceres encaminhados pela equipe médica no mesmo período etc.), a fim de apreendermos o que é demandado pelas chefias e pela equipe de saúde e como o Serviço Social responde a essas solicitações, e identificar as principais demandas trazidas pelos militares trabalhadores da instituição e como estas são respondidas pelos assistentes sociais, a partir da análise dos relatórios de atividades anuais encaminhados à Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM).

Quanto aos sujeitos da pesquisa, optou-se pela escolha, através de amostra intencional que incluiu: a) os assistentes sociais que trabalham na OMH e integram a equipe de saúde; b) militares e servidores civis trabalhadores da OMH, público-alvo dos programas/projetos sociais da Assistência Social da MB, que aceitem participar da pesquisa.

O motivo para escolha dos militares e servidores civis trabalhadores da OMH se deu em virtude de serem também usuários do Serviço Social no que se refere aos programas/projetos sociais da Assistência Social da Marinha, os quais puderam, além de manifestar a percepção da tripulação (trabalhadores) sobre a atuação do assistente social na OMH, nos permitir traçar um perfil dos militares/servidores civis que buscam atendimento no Serviço Social, além de identificar as principais demandas desses trabalhadores.

A coleta de dados junto aos sujeitos pesquisados, após a prévia autorização do Comitê de Ética e Pesquisa institucional, foi realizada através de resposta a um questionário ou formulário de entrevista. A coleta de dados, através de questionário ou formulário constituído

de perguntas abertas e fechadas, referentes ao tema da pesquisa, foram realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos assistentes sociais, foi realizada uma entrevista, a partir de formulário (ANEXO A), haja vista a facilidade de acesso aos profissionais devido ao fato de a pesquisadora integrar a equipe. No que diz respeito aos militares e servidores civis trabalhadores da OMH (usuários dos programas/projetos sociais da Assistência Social da MB), a entrevista foi realizada através de formulário (ANEXO B), no setor de Serviço Social, durante os atendimentos. Todo o processo foi registrado em Diário de Campo, com o objetivo de potencializar a análise teórica-crítica dos dados.

Para tratamento dos dados coletados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (1977), esta técnica consiste na organização de material e tabulação dos dados colhidos, leitura rigorosa das informações contidas nas entrevistas/questionários, tabulação, análise das categorias indicadas e interpretação do conteúdo explorado.

O relatório final da pesquisa, elaborado ao término destas etapas do estudo, constitui a dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UERJ. Após as considerações da banca, o material será socializado com os (as) sujeitos da pesquisa, bem como, com a instituição proponente, com a categoria profissional, com a instituição pesquisada e com a sociedade como um todo.

3.1. Disciplina & Hierarquia: limites e possibilidades apreendidas pelas assistentes sociais de uma unidade hospitalar militar

3.1.1 A natureza do estudo e coleta de dados

A pesquisa que originou o presente estudo foi realizada em uma Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil, a qual é definida como uma unidade terciária de atenção hospitalar e maior hospital da referida força.

Estruturou-se a pesquisa de campo, desenvolvida nos meses de fevereiro a novembro do ano de 2022, com o objetivo de identificar o perfil das assistentes sociais lotadas na Organização Militar Hospitalar pesquisada e suas percepções sobre a atuação o Serviço Social tanto no âmbito geral da saúde quanto em seu local de trabalho especificamente. Interessava examinar o modo como as militares vêm percebendo sua atuação dentro da instituição, com

seus limites e possibilidades de trabalho dentro de uma organização militar, bem como seus entendimentos acerca de categorias importantes como saúde, projeto ético-político e código de ética.

Para tanto, buscou-se delimitar o universo da pesquisa no sentido de captar as informações dos principais atores envolvidos na problemática enfocada: os profissionais assistentes sociais e os potenciais usuários⁴¹ do Serviço Social (militares e servidores civis que trabalham na instituição). Cabe salientar que, conforme elencado durante esta pesquisa, o Serviço Social da referida OMH atua em duas frentes de trabalho: militares e servidores civis que trabalham na instituição e população usuária do Sistema de Saúde da Marinha (militares, pensionistas e dependentes). Nesse sentido, o motivo pela escolha dos trabalhadores da instituição se deu pelo fato de buscar explicitar e analisar as particularidades presentes no atendimento do Serviço Social a este público, haja vista os programas e projetos institucionais específicos à “tripulação de bordo” (trabalhadores da instituição).

Quanto aos primeiros protagonistas, os profissionais da área de Serviço Social, foram entrevistados oito assistentes sociais, em um total de onze profissionais, utilizando-se como instrumento básico de pesquisa um formulário de perguntas abertas que possibilitou compreender a visão de tais profissionais acerca da sua atuação no hospital. Quanto à coleta das informações dos potenciais usuários do Serviço Social (tripulação), foi utilizado questionário fechado de forma a simplificar o entendimento das questões pelo entrevistado, totalizando trinta e seis questionários aplicados durante o período de estudo.

Salienta-se que, a fim de compreender as questões apresentadas nos questionários, a pesquisa qualitativa mostrou-se como alternativa escolhida a fim de buscar respostas para as perguntas formuladas, tendo em vista a mesma ser “de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida. (...) Essa pluralização exige uma nova sensibilidade para o estudo empírico das questões” (Flick, 2009, p. 20). O referido autor nos explica que a mudança social acelerada e a consequente diversificação das esferas de vidas vão contribuir para que, cada vez mais, os pesquisadores sociais enfrentem novos contextos e perspectivas sociais.

Trata-se de situações tão novas para eles que suas metodologias dedutivas tradicionais – questões e hipóteses de pesquisa obtidas a partir de modelos teóricos e testadas sobre evidências empíricas – agora fracassam devido à diferenciação dos objetos. Dessa forma, a pesquisa está cada vez mais obrigada a utilizar-se das estratégias indutivas (p. 21).

⁴¹ Potenciais usuários, pois nem todos os militares e servidores civis que responderam o questionário passaram por atendimento com o assistente social ou participaram de alguma atividade desenvolvida pelo Serviço Social na instituição.

Corroborando com o acima exposto, Minayo (1994) vai afirmar que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, tendo em vista que a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que dela transborda. A pesquisa qualitativa proporciona uma análise teórica dos fenômenos sociais para além da aparência superficial do dia a dia, permitindo uma aproximação crítica das categorias e das formas como essas se configuram pela experiência diária. Ademais, as entrevistas abertas permitiram a obtenção de dados subjetivos que podem ser transformados em dados objetivos, como gráficos e estatísticas.

3.1.2 Perfil profissional das assistentes sociais entrevistadas

A equipe de assistentes sociais da OMH no período de janeiro a julho de 2022 possuía em seu quadro onze assistentes sociais, contando com a pesquisadora, tendo sido possível a aplicação de oito entrevistas às profissionais voluntárias para a pesquisa.

O perfil profissional das assistentes sociais entrevistadas mostrou que 100% delas são mulheres, de idade média de 34 anos e salário médio de R\$ 9.662,50. Quanto à raça, cinco se intitularam brancas (62,5%) e três se intitularam pretas (37,5%).

O fato de todas as integrantes da equipe de Serviço Social serem mulheres corrobora com a percepção de uma profissão predominantemente feminina. Iamamoto e Carvalho (2008) refletem que a legitimidade do Serviço Social decorreu por demandar qualidades e atributos tipicamente femininos, contribuindo para a feminização da categoria profissional.

Intelectualmente o homem é empreendedor, combativo, tende para a dominação. Seu temperamento prepara-o para a vida exterior, para a organização e para a concorrência. A mulher é feita para compreender e ajudar. Dotada de grande paciência, ocupa-se eficazmente de seres fracos, das crianças, dos doentes. A sensibilidade torna-a amável e compassiva. É, por isso, particularmente indicada a servir de intermediária, a estabelecer e manter relações. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 171-172).

Apontar como homens e mulheres são apreendidos na sociedade capitalista é relevante para este estudo devido ao fato de que as “marcas de gênero” imprimem, ainda, características de subalternidade e exploração à profissão. Calcado na divisão sexual do trabalho, os atributos citados pelos autores refletem até hoje a própria condição social imposta às mulheres e, por

extensão, às profissões tidas como femininas, tendo em vista que a condição de subalternidade das mulheres é apropriada no intuito de garantir e intensificar a exploração capitalista.

Quanto à escolaridade, sete assistentes sociais formaram-se em universidades públicas e uma em unidade de ensino privada. Outro dado que chama a atenção é o fato de as profissionais serem altamente qualificadas academicamente: todas possuem duas ou mais especializações, tendo cinco assistentes sociais (62,5%) ao menos uma especialização stricto sensu, conforme sinaliza o quadro abaixo:

Quadro 1 - Assistentes sociais/Marinha do Brasil/2022. Escola de formação e especializações das assistentes sociais entrevistadas.

Assistentes sociais Entrevistadas	Escola/Universidade da graduação	Especializações
Assistente Social A	Universidade Federal Fluminense - UFF	Especialização em Assistência Social e Direitos humanos PUC-Rio / Mestrado em Serviço Social PUC-Rio
Assistente Social B	Universidade Plínio Leite	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - FIOCRUZ / Doutoranda em Serviço Social PUC-Rio
Assistente Social C	Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ	Mestrado em Serviço Social PUC-Rio
Assistente Social D	Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ	Residência em Serviço Social - HUPE/UERJ / Residência Multidisciplinar em Saúde Mental Prefeitura do Rio / Especialização em Serviço Social e Saúde UERJ
Assistente Social E	Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ	Especialização em Serviço Social e Saúde - UERJ / Mestrado em Saúde Coletiva - UFRJ
Assistente Social F	Universidade Federal Fluminense - UFF	Especialização em Serviço Social e Saúde - UERJ /Especialização Geriatria e Gerontologia -UERJ
Assistente Social G	Universidade Federal Fluminense - UFF	Especialização em Gestão de Projetos e Programas Sociais / Especialização em Serviço Social na Saúde - UCAM
Assistente Social H	UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Especialização em Políticas Públicas e Gestão Social / Mestranda em Saúde Materno Infantil - UFF

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Sobre ter experiência prévia na área antes de entrar na Marinha do Brasil, apenas uma das trabalhadoras não possuía e três profissionais já tinham experiência anterior na área de

saúde. Das oito entrevistadas, sete delas são militares temporárias que ocupam o posto de Primeiro-Tenente e apenas uma é militar de carreira, a qual é Capitão de Corveta, nível inicial de Oficiais Superiores, e chefe do Serviço Social.

Com relação à jornada de trabalho, as assistentes sociais do hospital fazem parte tanto da escala de plantão social de 24 horas (dias úteis, finais de semana e feriados) quanto a de ambulatório de 30 horas semanais, o que, segundo as profissionais, soma uma média da carga horária de no mínimo 40 horas na semana. Porém, uma entrevistada relata que possui o “mínimo de 30 horas, mas é variável” e outra afirma que faz “mais que 40 horas, chegando a 70 horas já trabalhadas em uma semana”. Tal fato ocorre, pois, embora seja possível ir embora ao término do plantão de 24h, nos outros dias úteis faz-se necessário estar na instituição para cumprir o expediente diário de 8 horas, o que leva a uma jornada extensa quando há mais de um plantão na mesma semana. Algo rotineiro, haja vista o quantitativo reduzido de profissionais⁴² que concorrem à escala de plantão.

A condição da carga horária de trabalho das assistentes sociais é um dos fatores preponderantes de inquietações e questionamentos pelas profissionais, já que o mínimo de carga horária semanal acaba sendo de 40 horas, chegando a ultrapassar 60 horas semanais quando ocorre mais de um plantão na mesma semana.

É importante registrar que o Serviço Social teve a garantia de jornada de trabalho de 30 horas semanais sem redução salarial após a publicação da Lei n. 12.317 de 26 de agosto de 2010. No entanto, no meio militar, tal assunto, é controverso, tendo em vista que o previsto no estatuto dos militares evidencia que o militar é coberto por um regime especial, no qual se faz necessário estar de prontidão a qualquer tempo para cumprir suas funções; ou seja, o militar se mantém disponível para o serviço ao longo das 24 horas do dia, sem direito a reivindicar qualquer remuneração extra, compensação de qualquer ordem ou cômputo de serviço especial.

Na Organização Militar Hospitalar pesquisada, as assistentes sociais cumprem funções voltadas à profissão de Serviço Social e não dão serviço como Oficial do Dia (desempenhando funções estritamente militares, como por exemplo: serviço armado, responsabilidade pela segurança orgânica do dia, cerimoniais militares etc.), como é comum para os assistentes sociais de outras Organizações Militares da Marinha e das Forças Armadas

⁴² A partir de março de 2023, o Serviço Social passou a ter sua escala de plantão composta por 8 assistentes sociais (a Chefe do setor concorre a uma escala de Oficiais Superiores com serviço voltado a área estritamente militar), com previsão de maior redução para os próximos meses, pois uma das Oficiais pediu seu desligamento do serviço ativo da Marinha.

em geral. A OMH pesquisada é a única instituição das Forças Armadas que possui um plantão social de 24h.

A equipe de Serviço Social da OMH realizou um levantamento junto ao Exército e à Aeronáutica, principalmente nas unidades de saúde, no qual foi verificado que as assistentes sociais daquelas instituições cumprem o serviço militar como Oficial do Dia ou concorrem à escala de plantão social de 10 ou 12 horas. Esse estudo serviu como suporte para criação de uma proposta interna para a reestruturação do plantão social, tendo em vista que, com base nas estatísticas de atendimentos realizados nos plantões sociais, chegou-se à conclusão de que na média de 200 atendimentos realizados no mês, 195 eram voltados ao atendimento de requisições institucionais, especificamente: ligações para informar sobre alta hospitalar; solicitação de comparecimento de um familiar para conversar com médico; solicitação de entrega/busca de pertences. Essa proposta chegou às autoridades decisórias da cadeia de comando do hospital (médicos), contudo há uma grande resistência para extinção do plantão de 24h e/ou para diminuição da carga horária para 12h, pois os profissionais consideram de extrema relevância ter uma assistente social 24 horas no hospital. Nessa perspectiva, consultamos a possibilidade da convocação de mais assistentes sociais para compor a equipe de Serviço Social da instituição, porém, as duas sugestões permanecem em análise.

Outro aspecto a ser pontuado é que os assistentes sociais militares, após a publicação do parecer jurídico n. 12 de 09 de março de 2015 do Conselho Federal de Serviço Social, passaram a não só ter a obrigatoriedade do pagamento da anuidade do Conselho, o que não ocorria antes, mas a ter como norte a aplicação da Lei de Regulamentação da Profissão em sua integralidade “mesmo que esse atue, exclusivamente, no serviço militar”.

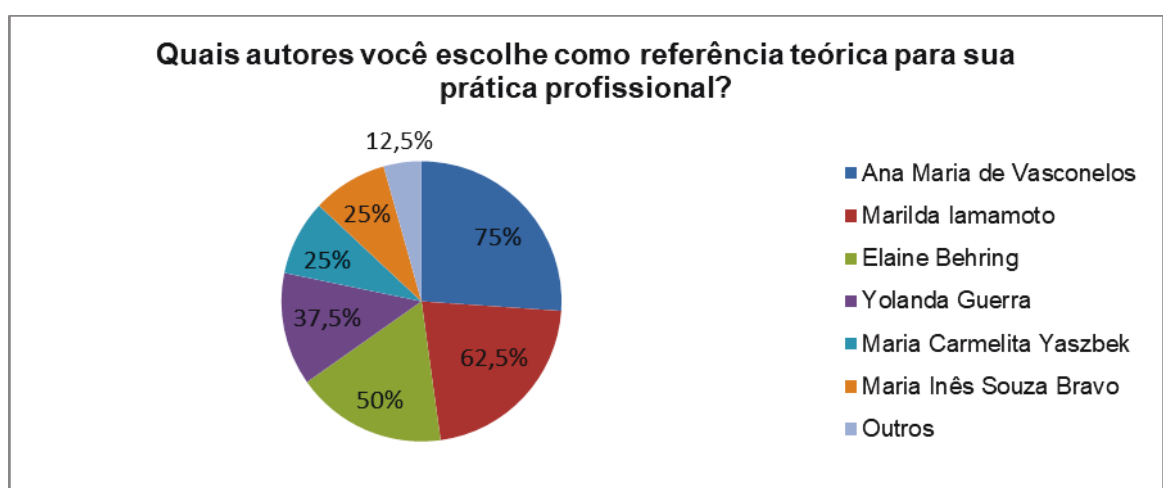
No artigo 5º-A da Lei de Regulamentação da Profissão n. 8662/93, fica definido que “a duração do trabalho do assistente social é de 30 (trinta) horas semanais”. No contexto analisado, porém, a jornada de trabalho ultrapassa o preconizado em lei, tendo como fator principal o elevado quantitativo de plantões sociais de 24 horas, os quais, por vezes, ocorrem duas vezes na semana, somados ao cumprimento do expediente de 8 horas diárias.

Diante disso, cabe uma indagação: afinal, assistentes sociais militares estão cobertos pela lei da jornada de 30 horas semanais?

3.1.2.1 Referências de conhecimento

Com relação aos autores escolhidos como referência teórica para sua prática profissional, os seguintes nomes foram citados: Ana Maria de Vasconcelos (75%), Marilda Iamamoto (62,5%), Elaine Behring (50%), Yolanda Guerra (37,5%), Maria Carmelita Yazbek (25%), Maria Inês Souza Bravo (25%), Amélia Cohn (12,5), Sarah Graneman (12,5%), Gisele Monnerat (12,4%), Ricardo Antunes (12,5%), Ana Elizabeth Mota, (12,5%), José Paulo Netto (12,5%) e Ivanete Boschetti (12,5%).

Gráfico 1 - Assistentes sociais/ Marinha do Brasil/2022. Autores de referência.



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023)

Ainda sobre os autores citados como referência, apresentamos no quadro 2 a opção individual de cada uma das entrevistadas.

Quadro 2 - Assistentes Sociais/Marinha do Brasil/2022. Autores de referência

Entrevistadas	Autores de referência
Assistente Social A	Ana Maria de Vasconcelos e Maurílio Matos
Assistente Social B	Yolanda Guerra
Assistente Social C	Ana Maria de Vasconcelos, Yolanda Guerra e Elaine Behring
Assistente Social D	Marilda Iamamoto e Ana Maria de Vasconcelos
Assistente Social E	Iamamoto, Ana Elizabeth Mota, Elaine Behring, Amélia Cohn, Sarah Graneman, Maria Inês Bravo, Gisele Monnerat e Ana Maria de Vasconcelos
Assistente Social F	Ricardo Antunes, Marx, Iamamoto, Ana Vasconcelos, Ana Elizabeth Mota, Maria Inês Bravo.
Assistente Social G	José Paulo Netto, Elaine Behring, Ivanete Boschetti, Marilda Iamamoto, Maria Carmelita Yasbek, Yolanda Guerra
Assistente Social H	Marilda Iamamoto, Carmelita Yaszbek, Elaine Behring, Ana Vasconcelos

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Versando sobre estes autores, os livros mais citados foram: “A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde” (50%) e “A/O Assistente Social na luta de classes: projeto profissional e mediação teórico-prática (37,5%)”, ambos de Ana Maria de Vasconcelos; “A Instrumentalidade do Serviço Social”, de Yolanda Guerra (50%); “Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica”, de Raul de Carvalho e Marilda Villela Iamamoto (50%); “Política Social: fundamentos e história”, de Elaine Behring e Ivanete Boschetti (37,5%); “O Serviço Social na contemporaneidade” (37,5%) e “O Serviço Social em tempo de capital fetiche” (50%) ambos de Marilda Villela Iamamoto; e “Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional”, organizado por Ana Elizabeth Mota (25%). Outros livros foram apontados uma única vez cada, como: “Cultura de crise e seguridade social” e “A nova fábrica de consensos”, ambos de Ana Elizabeth Mota; “A Saúde como direito e como Serviço” de Amélia Cohn; “Adeus ao Trabalho”, de Ricardo Antunes; “Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64” e “Capitalismo Monopolista e Serviço Social”, ambos de José Paulo Netto; “Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos”, de Elaine Behring; “A dimensão técnico-operativa no Serviço Social”, de Yolanda Guerra (org.); “Classes subalternas e assistência Social”, de Maria Carmelita Yazbek; “Renovação e Conservadorismo no Serviço Social”, de Marilda Villela Iamamoto; e “O Capital”, de Karl Marx.

Os dados indicam que as entrevistadas buscam um aprofundamento nos debates a respeito da profissão e da prática profissional do assistente social e de uma leitura crítica da realidade social, utilizando autores progressistas do Serviço Social e de áreas afins. Uma das entrevistadas (assistente social F) apresenta como referência a obra “O Capital” de Marx, autor utilizado como referência para a maioria dos intelectuais do Serviço Social e para a formação acadêmico-profissional nas instituições que seguem as Diretrizes Curriculares da ABEPSS, já que a análise social fundamentada na crítica da economia política ilumina (ou deveria iluminar) o fazer profissional.

Chama-nos atenção que seis entrevistadas (75%) buscam como referência a autora Ana Maria de Vasconcelos, a qual é considerada como referência teórica nos debates sobre o Serviço Social, prática profissional e formação, além de possuir obras de extrema relevância (também citadas pelas entrevistadas) no âmbito do exercício profissional na Saúde. A autora apresenta análises teórico-críticas acerca da prática profissional, destacando a importância da articulação e materialização do projeto ético-político no fazer profissional. Cabe sinalizar que Vasconcelos não apresenta uma receita de bolo sobre “como fazer”, mas busca esclarecer para que a profissão e o que faz e vem fazendo o assistente social nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. O que nos leva a sugerir que as profissionais entrevistadas buscam compreender o fazer profissional.

É importante salientar, porém, que não significa, necessariamente, que as assistentes sociais entrevistadas ao afirmarem ter como referência autores progressistas do Serviço Social, assumem um compromisso ético-político proposto pelas diretrizes estratégicas da profissão.

3.1.2.2 Satisfação profissional

Para cinco assistentes sociais entrevistadas (62,5%), a profissão não traz satisfação profissional. Dessas, 25% (duas assistentes sociais) relatam não ter autonomia em sua atuação. Duas assistentes sociais (25%) afirmam que a profissão possui baixos salários, quando comparados a outros profissionais de saúde, e somente 37,5% (três assistentes sociais) relatam estarem satisfeitas. Mas, todas essas apontam dificuldades e desafios ao exercer a profissão. Vejamos as respostas a seguir:

Apesar de a profissão ter me levado a lugares não antes imaginado, **não é uma categoria valorizada** (Assistente Social A).

Pouca credibilidade da profissão frente a sociedade; baixos salários; autonomia relativa (Assistente Social B).

Pouco reconhecimento e salários inferiores aos de outras categorias da saúde (Assistente Social C).

Percebo que há diversos desafios, mas, sempre me identifiquei com a profissão (Assistente Social D).

Dificuldade de reconhecimento e autonomia profissional (Assistente Social E).

Apesar dos desafios, ainda encontro satisfação em ser assistente social (Assistente Social F).

Sim encontro satisfação. Porque considero a profissão relevante e fundamental no processo de defesa e ampliação dos direitos, na potencialização da emancipação e do protagonismo do usuário, na contribuição para o desvelamento da relação capital x trabalho, entre outros. **Porém insatisfeita devido a subalternização que a profissão ainda é submetida** (Assistente Social G).

Na área da assistência social sempre fui satisfeita, mas atualmente na área de saúde não, devido a correlação de forças institucionais com outras profissões (Assistente Social H).

Sobre a possibilidade de escolha de exercer outra profissão, duas assistentes sociais (25%) não souberam responder; uma (12,5%) escolheria Contabilidade; uma (12,5%) Medicina; uma (12,5%) História; uma (12,5%) Direito e duas (25%) continuariam a escolher o Serviço Social como profissão. Da metade das entrevistadas (quatro assistentes sociais) que optariam por mudar de função, os motivos apresentados foram “maiores oportunidades de trabalho”; “maior reconhecimento, salários melhores, melhores condições de emprego”; “maior autonomia e resolução”. Das que afirmaram que gostariam de continuar como assistentes sociais, todas indicaram mudança da área da saúde e/ou da instituição na qual trabalham.

Como sinalizado, todas as entrevistadas apontam desafios para o desenvolvimento da prática profissional na instituição, até mesmo aquelas que se dizem satisfeitas com a escolha pelo Serviço Social. Um dos fatores que se destaca nos discursos das profissionais está

relacionado à posição de subalternidade e não valorização da profissão frente às demais profissões da área da saúde. Todavia, como analisa Mandel (1985), é importante ressaltar que na sociedade do capital há uma industrialização generalizada, na qual a mecanização, a padronização, a superespecialização e a fragmentação do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora todos os setores da vida social. Vasconcelos (2015), discorrendo sobre as condições e relações de trabalho na sociedade capitalista, destaca que todas as áreas de inserção profissional sofrem os impactos do modo de produção vigente na sociedade, inclusive a área da saúde, na qual todos os profissionais estão submetidos às mesmas pressões das circunstâncias na sociedade do capital. Ou seja, a questão da subalternização profissional não envolve apenas os assistentes sociais.

Entretanto, sabemos que em dadas instituições, especialmente na área da saúde, a condição de subalternidade do Serviço Social é potencializada. Isso ocorre, segundo a autora, em virtude de fatores endógenos à profissão advindos da relação orgânica da profissão com a questão social: dado da realidade do modo de produção capitalista que a burguesia necessita tanto obscurecer quanto gerir; gerência na qual somos chamados, como profissional de nível superior, a atuar/participar. Mas, na perspectiva do projeto profissional e do SUS, o assistente social “é o profissional que é chamado pela sociedade a pensar e realizar ações e serviços de saúde mediados por áreas de conhecimento para além da área biomédica, área que funda a formação dos demais profissionais de saúde” (VASCONCELOS, 2015, p. 528).

3.1.2.3 Objetivos profissionais na Marinha do Brasil

Sobre os objetivos profissionais de cada assistente social em seu espaço de trabalho, chamou a atenção o fato de somente duas assistentes sociais (25%) apontarem o atendimento das demandas dos usuários de forma a contribuir para sua melhoria de qualidade de vida.

Atuar de forma relevante de maneira que impacte a vida do usuário e cause possíveis mudanças no espaço institucional. Adquirir experiência, conhecimento e aperfeiçoamento profissional e influenciar outros profissionais (Assistente Social G)

Contribuir para melhoria da qualidade de vida da família naval (Assistente Social H)

As demais falas apontaram como objetivos: experiência profissional (50%); ascensão profissional (62,5%); possibilidade de formação continuada (25%); salário (12,5%) e possibilidade de estudar para outro concurso (25%).

Verificamos que seis, das oito entrevistadas apresentam como objetivos profissionais aspirações pessoais. O que não significa que essas assistentes sociais não tenham compromisso ético com os usuários e com a qualidade dos serviços prestados, contudo podemos inferir que o predomínio de aspirações individuais, mesmo que voltadas à experiência e ao aprimoramento profissional podem interferir diretamente no cotidiano profissional.

3.1.3 Conceituando Saúde e interfaces da OMH com o Sistema Único de Saúde

Compreendendo a inserção dos assistentes sociais nas equipes de saúde como uma possibilidade de enfoque diferenciado das condições de saúde/doença dos usuários e dos meios de administrá-las, foi perguntado à equipe de Serviço Social o seu entendimento do conceito “saúde”.

Diante das respostas das assistentes sociais entrevistadas, podemos dizer que quatro profissionais (50%) ainda mantêm o conceito da Organização Mundial de Saúde:

Sigo a premissa da OMS: é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças" (Assistente Social A);
É o completo bem-estar do ser social nos aspectos físico, mental e social (Assistente Social B);
Bem-estar físico, mental, financeiro. Qualidade de vida (Assistente Social C);
Bem-estar físico, mental, social, com acesso a bens e serviços essenciais (Assistente Social H).

Quatro entrevistadas (50%) se manifestam mais próximas do conceito ampliado de saúde presente na Constituição de 1988 e na definição da Lei 8.080/90. Contudo, embora abordem aspectos do conceito, não se referem à Constituição e ao SUS:

A saúde vai muito além do fato de estar ou não doente, sendo resultante de diversas condições - alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, entre outros (Assistente Social D);
Conceito ampliado de saúde, para além de ausência de doenças (Assistente Social E);
Saúde, em seu conceito ampliado, é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde (Assistente Social F);
Saúde é um direito fundamental de todos e dever do Estado. Deve ser vista de maneira integral (Assistente Social G)

É importante ressaltar que a OMS tem um conceito ideal, um bem-estar a ser alcançado. Já a Constituição e o SUS tratam a saúde como um direito social, no qual o Estado

deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Além disso, as legislações brasileiras abordam a saúde em seu conceito ampliado, no qual são considerados os determinantes e condicionantes sociais, conforme prevê o Art. 3º da Lei n. 8080/90:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Ainda sobre a discussão do conceito de saúde, sugerimos que as entrevistadas comentassem sobre o Sistema Único de Saúde. Vejamos as respostas abaixo:

Importante política que revolucionou o acesso à saúde no Brasil e modelo para o mundo (Assistente Social A).

Entendo que deva ser fortalecido constantemente pela classe trabalhadora para que não seja privatizado (Assistente Social B).

Normativa de extrema importância e democrática, porém sucateado e desrespeitado (Assistente Social C).

Percebo que o SUS é um avanço, pois coloca a perspectiva de uma saúde ampliada e a coloca como direito (Assistente Social D).

Referência enquanto concepção de sistema de saúde público e universal, entretanto com inúmeros limites na prática (Assistente Social E).

É um sistema de saúde previsto na Constituição Federal, com abrangência desde o simples atendimento a demandas de maior complexidade, na direção da garantia do acesso integral e universal para a população do país (Assistente Social F).

O SUS é um sistema público de saúde com potencial gigantesco, porém precisa ser materializado integralmente, defendido e melhor gerido e organizado (Assistente Social G)

Não respondeu (Assistente Social F).

Dentre as oito entrevistadas, verifica-se que somente duas delas (25%) apresentam uma concepção mais próxima da definição do SUS – assistentes sociais D e F. Podemos observar que a maior parte das assistentes sociais (75%) apresenta uma análise e discussão muito incipiente sobre a política de saúde brasileira. Além disso, nenhuma das profissionais faz mediação do SUS com os movimentos históricos e políticos (movimento de Reforma Sanitária, movimento estudantil etc.) que contribuíram para sua construção e implementação; se limitaram a uma abordagem vazia sem uma maior articulação com as questões mais gerais que envolvem a discussão da saúde no Brasil.

Sabendo que o Sistema de Saúde da Marinha, ainda que receba verba federal, não pertence ao SUS⁴³ e somente é aplicado aos militares, pensionistas e dependentes da referida

⁴³ Observa-se que a LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, indica em seu Artigo 45 § 2 que: “Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das

Força, assim como a saúde privada, também conversa diretamente com o sistema público de saúde brasileiro. Perguntadas sobre qual a relação da OMH com o SUS, cinco assistentes sociais (62,5%) indicaram atividades que mostram essa relação como: transferência/regulação de pacientes que realizam hemodiálise no hospital e desejam ser transferidos para clínicas/hospitais mais próximos do bairro onde residem (instituições públicas ou conveniadas ao SUS); convênios para especialidades não existentes na Força, transferência de demandas específicas (como por exemplo, a aquisição de medicações de alto custo não padronizadas pela Marinha), além de diretrizes e normas básicas com relação à legislação de saúde brasileira. Basicamente, percebe-se que o Sistema de Saúde da Marinha necessita de articulação com o Sistema Único de Saúde, justamente por encontrar limites às demandas de saúde de seus usuários que somente podem ser atendidas graças ao caráter universal do SUS.

Porém, salienta-se que três profissionais (37,5%), embora trabalhem diariamente com as demandas acima expostas, afirmam não haver relação entre ambos os sistemas, desconsiderando totalmente o trabalho articulador da profissão às demandas de seus usuários, na medida em que os assistentes sociais, diariamente, encaminham ao SUS tudo aquilo o que o Sistema de Saúde da Marinha não consegue absorver. Curiosamente, dentre essas profissionais, duas respostas são contraditórias. Para uma assistente social a relação com o SUS é “formalizada mediante contrato ou convênio” e, para outra, “não existe contrato ou convênio”.

A respeito da Resolução nº 218 de 06.03.1997, do Conselho Nacional de Saúde, a qual reconhece o Assistente Social como profissional da saúde, 25% afirmaram não conhecer. Ainda que seja a minoria dos profissionais, surpreende o fato de que duas profissionais desconheçam o marco legal que reconhece o assistente social como profissional de saúde. É importante ressaltar que esse fato está presente na literatura há mais de vinte anos e nos documentos da categoria publicados pelo Conjunto CFESS/CRESS/ABEPSS/ENESSO. O que nos leva a inferir que, certamente, as profissionais não leram ou esqueceram o que se trata a referida resolução.

3.1.4 Perfil ético político das assistentes sociais da OMH

Em um contexto de uma instituição conservadora como as Forças Armadas e que, ainda que pública, cada vez mais absorve os preceitos neoliberais, as assistentes sociais da OMH têm buscado o compromisso com os interesses dos usuários dos serviços socioinstitucionais, atuando na defesa dos direitos sociais dos usuários do Sistema de Saúde da Marinha e na viabilização de seus serviços.

Contudo, quando se trata da compreensão das assistentes sociais acerca do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, verificamos algumas percepções vagas e parciais acerca do projeto profissional, pois quatro entrevistadas (50%) referem o projeto ético-político apenas como um norteador/orientador para o exercício profissional. Outras quatro entrevistadas apresentam a dimensão ético-política do projeto. Duas versam sobre o compromisso com a classe trabalhadora e duas destacam a proposta de superação da ordem capitalista do projeto profissional, o qual busca uma nova ordem societária sem dominação exploração, dominação de classe, etnia e gênero.

Quadro 3 - Assistentes sociais da Marinha do Brasil/2022. Manifestações das assistentes sociais sobre o projeto ético-político do Serviço Social

Campo da ética	Campo ético-político	Campo da “justiça social”
“Um mecanismo utilizado pela categoria profissional de modo a direcionar a intervenção e formação profissional ” (Assistente Social B);	“Representa a autoimagem da profissão, estabelecendo crítica radical à ordem vigente, vinculando-se a um projeto societário que propõe uma nova ordem social , sem dominação exploração, dominação de classe, etnia e gênero” (Assistente Social F);	Um projeto que visa a liberdade e autonomia dos indivíduos a partir da defesa intransigente dos direitos humanos” (Assistente Social A)
“Fruto do amadurecimento profissional, responsável por orientar a prática e formação profissional , de forma a ser construído coletivamente” (Assistente Social C);	Importante dispositivo norteador para o exercício profissional do assistente social , que propõe a construção de uma nova ordem social, para além da sociabilidade do capital ” (Assistente Social G);	“Projeto que indica o compromisso da profissão com a classe trabalhadora , usuário dos serviços, reconhecendo e se posicionando contra as desigualdades sociais ” (Assistente Social E);
“Um projeto de profissão que está vinculado a um projeto de sociedade no qual norteia as nossas ações profissionais ” (Assistente Social D);		
“ É o norteador de nossa profissão . É com base nele que podemos viabilizar direitos aos usuários e contribuir para a plena expansão dos indivíduos sociais ” (Assistente Social H).		

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Observamos que quatro entrevistadas possuem uma visão reducionista acerca do projeto ético-político do Serviço Social. As profissionais condicionam o projeto profissional como norteador da profissão, ou seja, em sua dimensão ética, mas excluem o caráter político deste projeto. Conforme aponta Netto (1999), uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional. Nesse sentido, embora apontem o projeto profissional como balizador para a busca da defesa e viabilização de direitos sociais dos usuários dos serviços, as quatro assistentes sociais não compreendem o ponto central do projeto ético-político profissional: projeto anticapitalista que busca a superação da ordem societária vigente, “por meio do fortalecimento do protagonismo dos

trabalhadores na luta por emancipação como caminho para uma nova ordem societária; uma sociedade de homens e mulheres livres, emancipados” (VASCONCELOS, 2015, p. 170).

Quanto ao Código de Ética, sete entrevistadas (87,5%) o caracterizam como “aspecto normativo” para os “parâmetros da atuação” da profissão. Uma entrevistada (12,5%) (assistente social A) demonstra apreender, ainda que indiretamente, o CE em sua totalidade para além dos parâmetros normativos.

A importância do Código de Ética do assistente social está listada nos princípios fundamentais, tais como: reconhecimento da liberdade, defesa intransigente dos direitos humanos, entre outros (Assistente Social A).

Definir os parâmetros da atuação profissional (Assistente Social B)

Nortear os aspectos normativos da profissão, mas também, indicar o projeto societário explícito no projeto ético-político (Assistente Social C)

Percebo que o Código de Ética do assistente social baseia, e precisa sempre basear, a nossa atuação profissional (Assistente Social D)

Nortear a atuação profissional do assistente social (Assistente Social E)

O código de ética de 1993 é um importante instrumento normativo que estabelece um conjunto de princípios, deveres, direitos e proibições, tendo papel norteador e de proteção do AS (Assistente Social F)

É um instrumento legal que regula e direciona a profissão. É imprescindível que todo assistente social o conheça e o materialize (Assistente Social G)

É fundamental para orientar ações profissionais, garantindo o direito ao sigilo profissional e condutas a serem adotadas (Assistente Social H)

Verificamos na grande maioria das respostas acima que a compreensão acerca do Código de Ética profissional é direcionada apenas a sua dimensão normativa/legal. Concordamos que o CE apresenta diretivas relacionadas ao exercício da profissão, consubstanciando direitos e deveres da categoria profissional, com relação às instituições empregadoras, aos usuários dos serviços e aos demais profissionais. Contudo, o CE não se esgota em sua dimensão normativa. Ao direcionarmos a atenção apenas para o aspecto “legal” do CE, esvaziamos o seu caráter conceitual e ético-político construído coletivamente no marco histórico da trajetória da profissão no país.

Perguntadas sobre quais princípios do Código de Ética possuem como referência para sua prática profissional e o motivo da escolha, três assistentes sociais (37,5%) apontam que todos devem orientar sua atuação.

Todos os princípios contidos no código devem servir como referência profissional. Nenhum princípio deve ser repartido ou isolado (Assistente Social A).

Percebo **que todos os princípios estão interligados**, o que dificulta a definir um como referência (Assistente Social D).

Todos. (Assistente Social G)

As outras cinco entrevistadas (62,5%) explicitaram os princípios escolhidos e sua justificativa. Cabe sinalizar que, dentre essas, duas responderam que todos eram utilizados como referência para sua prática profissional, porém, ainda assim, destacaram alguns:

Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. O princípio em referência é elementar para a execução dos demais princípios, posto que, um profissional que não busca conhecimento pode se tornar alienado e não conseguir compreender os demais princípios (Assistente Social B)

Reconhecimento da liberdade como valor ético central; defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio/autoritarismo, defesa do aprofundamento da democracia. Tais princípios são importantes em um ambiente que muitas vezes tolhe a liberdade/direitos dos usuários devido a regras institucionais (Assistente Social C).

Todos os princípios devem ser referência na atuação profissional, destaco o reconhecimento da liberdade, posicionamento em favor da equidade e justiça social, compromisso com a qualidade dos serviços prestados. Entendo que os dois primeiros dialogam com vários outros princípios, e o terceiro é o que tem mais possibilidade de efetivação nesse espaço profissional (Assistente Social E).

Reconhecimento da liberdade como valor ético central. Ampliação e consolidação da cidadania. Posicionamento em favor da equidade e justiça social. Por entender que eles estão relacionados ao *ethos* profissional, partindo de uma perspectiva crítica (Assistente Social F)

Todos. Para citar três: Reconhecimento da liberdade como valor ético central, ampliação e consolidação da cidadania, defesa intransigente dos direitos humanos e defesa da democracia. Porque tratar sobre direitos, garantia de acesso é indissociável da ampliação da democracia, da defesa dos direitos humanos, da liberdade e da consolidação da cidadania (Assistente Social H).

Nesta pesquisa partimos do entendimento de que os princípios fundamentais do Código de Ética dos assistentes sociais são indissociáveis. Ou seja, para que o exercício profissional seja planejado e executado em favorecimento da classe trabalhadora/usuários, é necessário compreender que eles integram uma totalidade. Quando os princípios são fragmentados, mesmo que apoiados na busca pela “justiça social, ampliação da cidadania, acesso aos direitos, qualidade dos serviços prestados etc.” o fulcro do projeto ético-político acaba sendo invisibilizado: sua crítica à ordem capitalista, a compreensão acerca da realidade-concreta do conflito entre capital e trabalho e a busca pela emancipação dos homens e mulheres através da superação da exploração do trabalho a partir da construção de uma nova ordem social é obscurecida. Dando lugar a discursos que mais fortalecem ao capital do que à classe trabalhadora.

Se por um lado a escolha fragmentada dos princípios do CE não deixa de revelar uma preocupação de parte dos assistentes sociais com a “justiça social”, com as opressões e as discriminações e com a distribuição e acesso à riqueza socialmente produzida, por outro lado, essa escolha não está assentada numa preocupação com a origem da desigualdade (VASCONCELOS, 2015, p.174).

Vasconcelos (2015) chama a atenção para outro fator importante e preocupante, pois, de acordo com a autora a escolha fragmentada dos princípios do código de ética interfere diretamente no exercício profissional dos assistentes sociais, trazendo consequências diretas na escolha das estratégias e ações a serem priorizadas pelos profissionais porque o enfrentamento da injustiça está baseado no consumo de bens e não na emancipação do sujeito, o que envolveria a participação na riqueza socialmente produzida através do trabalho e da educação emancipadora.

Nessa perspectiva, as estratégias e ações profissionais são direcionadas ao campo da cidadania/justiça social e democracia, sendo deixado de lado a crítica e a busca pela superação da exploração do trabalho e suas consequências. Busca-se intervir junto às expressões da questão social, mas desaparece a crítica acerca da causa desta. “Desse modo, os assistentes que fragmentam os princípios do CE, como indicado antes, mesmo sem o saber favorecem os interesses hegemônicos (os interesses dos capitalistas)” (VASCONCELOS, 2015, p. 185).

Quando questionadas sobre quais competências e atribuições privativas do assistente social, previstas, respectivamente, nos artigos 4º e 5º da Lei de Regulamentação da profissão n. 8.662/93, consideravam essenciais no seu cotidiano profissional e o motivo pela escolha destas, três das assistentes sociais (37,5%) citaram todas; uma (12,5%) distinguiu atribuições de competências discriminando as que considerava essenciais; três entrevistadas (37,5%) descreveram o que consideravam essenciais, sem explicitar a diferença entre atribuição/competência profissional; e uma (assistente social A) (12,5%) não respondeu.

Nos chama atenção o fato de a maioria das profissionais – diante da qualificação que revelam com suas pós-graduações - não distinguirem explicitamente atribuições privativas de competências profissionais. Por isso, antes de analisarmos as respostas das entrevistadas, é importante evidenciar que **competências profissionais** se refere à capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais. **Atribuições privativas** são compreendidas como as prerrogativas exclusivas da prática profissional dos assistentes sociais (MATOS, 2015). Também, antes de discorrermos sobre o tema “atribuições privativas e competências profissionais dos assistentes sociais” faz-se necessário a compreensão do espaço sócio-ocupacional em que essas profissionais estão inseridas. Espaço esse permeado por interesses contraditórios (usuários x instituição empregadora), pela hierarquia militar e pelo conservadorismo, no qual assistentes sociais são contratadas/requisitadas para intervir numa realidade particularizada pelo viés militar.

Sabemos, conforme disserta Iamamoto (2012), que uma profissão passa a ter significado social e se desenvolve quando atende a demandas colocadas por diferentes segmentos da sociedade. No caso do Serviço Social, a profissão só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Assim, participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, dá resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando a contradição que constitui o móvel básico da história. Portanto, ainda que consideremos todas as atribuições privativas e competências profissionais importantes para o exercício profissional, conforme respondeu a entrevistada F – “Todas. Entendo que não haja privilegiamento de uma atribuição e/ou competência em detrimento de outras (Assistente Social F) -, também entendemos que em determinados contextos algumas atribuições privativas e competências profissionais tornam-se estratégicas para a garantia da legitimidade da profissão em uma dada instituição e para o fortalecimento do compromisso com os usuários, como sinaliza a assistente social entrevistada E que entende como essenciais para sua prática profissional as atribuições privativas e competências profissionais abaixo, em virtude de encontrar maiores possibilidades de desenvolvimento na OMH:

[*Atribuições*] Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas. [*Competência*] orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos. **Pois são os que têm mais possibilidade de efetivação nesse espaço profissional, e contribuem para preservar a autonomia profissional** (Assistente Social E). (grifos meu)

A assistente social D, parte de outro ponto de vista justificando que escolheu a determinada competência profissional por ser essa a que mais reproduz na instituição.

Todas são importantes, mas observo que essa: “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”. **Pois é o que mais me vejo fazendo no cotidiano na MB** (Assistente Social D).

Vemos aqui que a profissional não reflete sobre as alternativas de possibilidades para legitimidade da profissão na instituição. Em sua justificativa, observamos que a profissional reproduz o que está dado na imediatez da realidade, demonstrando não considerar que as competências profissionais e, especialmente, as atribuições privativas do assistente social regulamentadas em lei, são instrumentos estratégicos para preservação, da (relativa)

autonomia profissional e de um atendimento qualificado na direção dos interesses e necessidades dos usuários.

As entrevistadas a seguir justificam suas escolhas articulando-as à efetivação/defesa dos direitos dos usuários. Porém, mais uma vez, não se vê reflexões a respeito da relevância das atribuições e competências para a própria profissão na instituição.

Competências: Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos grupos e à população. **Atribuição Privativa:** Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários em Serviço Social. Pois são atividades que contribuem com a **efetivação dos direitos sociais** (Assistente Social B). Realizar vistorias, perícias, laudos, pareceres sobre matéria de Serviço Social e orientar os usuários a identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e defesa de seus direitos. **Instruir os usuários de seus direitos** para que aprofunde a democracia e utilizar o instrumental técnico profissional para auxiliar **na defesa de seus direitos** (Assistente Social C).

A assistente social H sinaliza atribuições privativas importantes para o exercício profissional na OMH, mas sua justificativa não faz alusão direta à sua resposta. Isto porque, novamente, não é citado como tais atribuições legitimam a profissão na instituição e servem como “defesa” para ratificar que somente assistentes sociais podem realizar determinadas ações/intervenções. Vejamos:

Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos e programas e projetos na área de Serviço Social. Realizar vistorias técnicas, perícias, laudos e pareceres em matéria de Serviço Social. **Porque não é possível executar o Serviço Social sem formação prévia da realidade social a partir do ambiente teórico da profissão** (Assistente Social H).

Como dissertado no capítulo 1, item 1.2 desta dissertação, a força marítima possui um histórico - década de 80 - no qual outros oficiais (não habilitados em Serviço Social) desenvolviam serviços e práticas privativas do assistente social. Na época, de acordo com Moreira (2003), o Serviço Social era compreendido como uma profissão que poderia ser desenvolvida por qualquer pessoa que “possuísse boa vontade” e de fato, em algumas Organizações Militares eram destacados alguns Oficiais, cuja formação nem sempre era de um profissional habilitado em Serviço Social, para gerenciar os recursos assistenciais e atuar na “Assistência Social”.

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho impostas pelo modo de produção capitalista cada vez mais cruel, onde profissionais de outras áreas podem assumir funções que antes eram específicas a profissionais habilitados em uma determinada profissão, faz com que o Serviço Social não fique alheio a isso no sentido da concorrência e disputa por espaços profissionais.

Portanto, reiteramos que os artigos 4º e 5º da Lei de Regulamentação da profissão, especialmente as atribuições privativas do assistente social, são importantes dispositivos para assegurar, no contexto institucional pesquisado, que somente assistentes sociais podem desenvolver determinadas intervenções e ações. Nessa perspectiva, uma atribuição privativa que consideramos ser de grande relevância para o Serviço Social da OMH e não foi citada pelas entrevistadas é:

XII – dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas.

Ter regulamentado que somente um assistente social pode dirigir serviços técnicos de Serviço Social é fundamental, tendo em vista que no meio militar é bastante comum que Oficiais assumam o cargo de chefia de serviços que não necessariamente seja o da sua área de habilitação. Verifica-se profissionais de Educação Física gestores de setor de hotelaria, enfermeiros como encarregados de divisões de licitações/contratos, entre outros. Logo, supomos que a ausência do referido inciso na Lei de Regulamentação n. 8.662/93, faria com que o Serviço Social da instituição fosse mais um setor passível de ter na gestão um profissional de outra área.

3.2. A prática profissional dos assistentes sociais numa unidade hospitalar militar

3.2.1 Particularidades da atuação

Quando questionadas se observavam alguma particularidade ao atuarem enquanto assistentes sociais de uma instituição militar de saúde, todas as oito assistentes sociais concordaram que existem particularidades e os maiores apontamentos foram: correlação de forças (50%) e subordinação à hierarquia militar (50%). Vejamos:

Sim. O aprofundamento da **correlação de forças** (Assistente Social A)

Sim. A **hierarquia militar**, muitas das vezes ultrapassa as nossas intervenções e temos que executar atividades que não são de nossa competência, mas que tem que ser exercidas por sermos militares (Assistente Social B).

Sim. A atuação profissional subordinada à **hierarquia militar** (Assistente Social C).

Sim. Na MB, você acaba acumulando funções, o profissional ao mesmo tempo é assistente social e militar (Assistente Social D)

Sim. Diante da **condição hierárquica**, tem-se um acirramento da correlação de forças institucionais, o que traz implicações à atuação do assistente social (Assistente Social F).

Sim A **correlação de forças** é intrínseca. Precisamos atuar enquanto militar, com suas funções próprias e atuar enquanto profissional de Serviço Social (Assistente Social G).

Sim. **Decisões de cadeias hierárquicas** pautadas em interesses/proteção de algumas áreas, Ex: a médica. **Correlação de forças** perante a área médica e ego elevado do pessoal da saúde (Assistente Social H).

As falas das entrevistadas remetem a uma falta de autonomia profissional na instituição, estando hierarquizadas verticalmente através dos postos do oficialato militar, devendo cumprir ordens da cadeia hierárquica de seus superiores, ainda que tais funções não sejam atribuições do Serviço Social. É evidente que as forças militares apresentam peculiaridades; são questões intrínsecas ao acultramento militar, conforme discorreremos no capítulo 1, onde a hierarquia e a disciplina são preponderantes gerando como consequência correlação de forças acentuada.

No caso do Serviço Social da OMH, todas as assistentes sociais que estão na linha de frente dos atendimentos à população usuária são primeiro-tenente (um dos postos mais “modernos” do quadro de oficialato, considerados como oficiais subalternos). Além disso, a equipe está sob a chefia de uma Capitão de Corveta (posto mais moderno do círculo hierárquico de oficiais superiores), posições que, dentro da cadeia hierárquica do militarismo, tornam-nas mais suscetíveis a determinações específicas.

Faleiros (2015) afirma que “o desafio do profissional consiste justamente na reorientação de seu cotidiano de acordo com a correlação de forças existente”. Nesse sentido, diante da correlação de forças acirrada pelo viés militar - que não ocorre somente com o Serviço Social, mas com todas as profissões inseridas neste âmbito, cada qual com suas peculiaridades - são imprescindíveis a criação de projetos profissionais pelos assistentes sociais que fortaleçam a condução do trabalho profissional e a relativa autonomia da profissão; o que exige profissionais qualificados, críticos e criativos, capazes de propor ações/intervenções que destaquem a importância da profissão para a instituição. Outro elemento também importante é a articulação com outros agentes institucionais que participam do mesmo trabalho cooperativo.

Uma das respostas nos chamou atenção, pois se trata de uma particularidade que afeta diretamente o Serviço Social da Organização Militar pesquisada. Para a entrevistada E, a OMH não considera o assistente social da instituição como profissional de saúde, mencionando que o fato de a Diretoria Especializada (DASM) considerar os assistentes

sociais como “profissionais da assistência social” inseridos na área da saúde ratifica tal entendimento. Todavia, veremos mais adiante a contradição no que diz respeito a isso, resultando em uma falta de clareza até mesmo para as assistentes sociais.

Sim. A instituição não considera o assistente social (as) como profissional de saúde, mas como parte do quadro administrativo técnico. Destaco a nomenclatura SAS-H (Serviço de Assistência Social Hospitalar) e estar subordinado a uma Diretoria de assistência social e não de saúde, mas respondendo as duas políticas na Marinha (Assistente Social E).

No organograma institucional da OMH, o Serviço Social é subordinado à Superintendência de Saúde (SDS) e não à Superintendência de Administração (SDA), sendo, de certa forma, compreendido institucionalmente como profissional da saúde. Contudo, no cotidiano de trabalho, muitas ações de caráter meramente burocrático, conforme ilustradas nas páginas anteriores, são requisitadas aos assistentes sociais⁴⁴. Outro aspecto é que dentre as profissões subordinadas à Superintendência de Saúde, somente o Serviço Social utiliza o uniforme da cor cinza (utilizado pelos oficiais subordinados à Superintendência de Administração ou quando o oficial da saúde está executando tarefas administrativas) os demais oficiais utilizam o uniforme da cor branca. A diferenciação nos uniformes já gerou inquietações e discussões entre a equipe de Serviço Social, pois consideramos que o uso de uma farda semelhante a dos oficiais da administração nos caracteriza em uma posição diferente, frente aos demais profissionais da saúde. Tais reflexões resultaram na apresentação da demanda à Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM) na ocasião de uma visita técnica realizada pela Diretoria Especializada na OMH, na qual o pleito foi considerado pertinente e encaminhado para discussão com as autoridades decisórias⁴⁵.

Enfim, mesmo diante de algumas requisições institucionais voltadas a solicitações técnico-burocráticas, compreendemos que a Organização Militar Hospitalar pesquisada considera o assistente social como profissional da saúde. Mas, como a concepção da prática médico-curativa é preponderante na instituição, existe uma centralidade na prática dos profissionais que possuem como intervenção a ação direta no problema de saúde apresentado pelo usuário; ou seja, profissionais que têm o processo de adoecimento como objeto interventivo direto. Já os assistentes sociais são considerados como “paramédicos”, aqueles que atuam de modo a contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho “médico-curativo”.

⁴⁴ É importante salientar que esse tipo de requisições aos assistentes sociais é comum nas unidades de saúde em geral e não apenas nas militares - vide a literatura voltada à prática do assistente social na saúde – requisições que não descaracterizam os assistentes sociais como profissionais da saúde.

⁴⁵ Até a conclusão da pesquisa, a solicitação seguia em análise.

Assistentes sociais que possuem como objeto de intervenção profissional as expressões da questão social que sempre estão implícitas nas demandas trazidas pelos usuários e que na grande parte dos casos não são consideradas pelos outros profissionais como fatores que interferem diretamente no processo saúde-doença, mas como “problemas sociais” individuais daquele usuário e que precisam ser resolvidos da forma mais imediata possível.

Essa concepção está presente desde os primórdios da profissão. Como já mencionado, no ano de 1925, há a criação da Primeira Escola de Serviço Social da América Latina fundada pelo médico Alejandro Del Río, o qual partia do pressuposto de que o assistente social deveria ser um sub-técnico incumbido de colaborar diretamente com o médico e, por mais que o perfil original da profissão, esboçado pela primeira escola chilena, se colocasse sobre uma base doutrinária católica, o seu trabalho prático tinha um marco de ação bastante delimitado, pois, quase por definição, situava-se nos contornos da profissão médica (CASTRO, 2003). Quase um século depois, mesmo diante das transformações no interior da profissão a partir da institucionalização do Serviço Social como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, a concepção do assistente social como “subtécnico”, como “paramédico”, persegue e assombra os assistentes sociais trabalhadores da saúde. Seria um reflexo do passado histórico da profissão? Desconhecimento dos gestores e dos demais profissionais de saúde sobre o que faz o assistente social?

De acordo com Vasconcelos (2015), para buscar as respostas acerca da questão: requisições institucionais *versus* atribuições e competências dos assistentes sociais, faz-se necessário identificar a origem desse estado de coisas no tempo e no espaço. Para a autora,

na medida em que nos clássicos da literatura do Serviço Social não encontramos a abordagem dessa questão na importância que a categoria dá a ela atualmente, pode estar aí a origem desse estado de coisas. Isso também revela que o fato de serem direcionadas requisições institucionais aos assistentes sociais, não compatíveis com as atribuições e competências profissionais, não surge do desconhecimento dos gestores, profissionais e técnicos sobre o que é atribuição do assistente social, mas da observação, no movimento institucional, por parte desses sujeitos, de que o assistente social começou a assumir historicamente e das consequências favoráveis e funcionais ao movimento institucional com relação à diminuição de conflitos e à burocracia institucional, na medida em que cada vez mais alguns assistentes sociais foram se desviando das suas atribuições legais. Da mesma forma, revela que a tarefa de dar respostas substantivas a esse estado de coisas é da própria categoria, ou seja, mostrar, através de projetos e práticas qualificadas, a que veio o assistente social em cada área de atuação (p. 533).

A questão da “relativa autonomia” é resgatada mais a frente em outro momento da entrevista e, mais uma vez, todas concordam que não há autonomia total em sua atuação profissional. Das entrevistadas, duas (25%) resgatam explicitamente o fato de a hierarquia militar dificultar a atuação autônoma do profissional; duas (25%) relatam autonomia em

âmbito privativo do Serviço Social como a elaboração de pareceres, mas todas as oito profissionais afirmam que não há autonomia no atendimento quando as demandas se defrontam frente às requisições institucionais. As falas convergem em “comprometimento com a demanda do usuário, mas há a necessidade de cumprir a rotina institucional”.

Ao abordar a relativa autonomia dos assistentes sociais, Iamamoto (2012) discorre que embora o Serviço Social seja considerado como uma profissão liberal, os assistentes sociais dependem de meios/instrumentos de trabalho: recursos humanos, financeiros e técnicos indispensáveis ao desenvolvimento da profissão, os quais são disponibilizados pela instituição empregadora. Em contrapartida, a autora também ressalta que, embora essa condição imponha limites à autonomia profissional, evidencia-se que os meios/instrumentos de trabalho do assistente social não se limitam aos recursos institucionais, já que são compostos também pela linguagem e pelo conhecimento do profissional (conjunto de habilidades adquiridos pelo assistente social ao longo do seu processo formativo) elementos que o assistente social porta condições de dominar.

Assim, a análise de Iamamoto permite-nos compreender que a instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social. Ela participa da organização do processo de trabalho do qual o assistente social está inserido. Esses aspectos provocam uma tensão entre as exigências do mercado de trabalho e a idealização dos profissionais acerca de suas ações profissionais, haja vista que

o projeto profissional reconhece o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade, capaz de projetar seu trabalho e buscar sua implementação por meio de sua atividade. Esta condição é tensionada pelo trabalho assalariado que submete esse trabalho aos dilemas da alienação, visto que ele se realiza submetido ao poder dos seus empregadores, o que restringe a relativa autonomia dos assistentes sociais (IAMAMOTO, 2011, p. 338).

Verifica-se que a autonomia do assistente social na condução de seu trabalho tende a ficar condicionada à ingerência dos empregadores, tornando-a uma autonomia relativa. Isso revela a importância de que os profissionais estejam cada vez mais qualificados e habilitados para apresentarem propostas críticas e criativas que ratifiquem a relevância do papel do Serviço Social na instituição, de modo que seja evidenciado que direcionar assistentes sociais para práticas técnico-administrativas é uma perda funcional não só para a categoria profissional, mas para a própria instituição. Revela também que o espaço institucional, assim como as relações sociais na sociedade capitalista, é circunscrito por interesses contraditórios. Nesse sentido, como sinaliza Vasconcelos (2015), não há como negar que algumas requisições que sinalizamos como não compatíveis com as atribuições profissionais também

favorecem e oferecem possibilidades, espaços, momentos, que podem ser utilizados para oportunizar um atendimento qualificado na direção dos interesses e necessidades dos trabalhadores e usuários. A questão é identificar, priorizar e definir quais requisições e como dar respostas qualificadas a elas.

3.2.2 Funcionamento, requisições institucionais e demandas solicitadas ao Serviço Social na OMH

A respeito do funcionamento da profissão na unidade hospitalar, percebeu-se que a rotina das profissionais se divide em plantão de vinte e quatro horas e rotina de oito horas diárias, sendo todas integrantes de ambas as escalas. As principais categorias de atuação apontadas pelas entrevistadas foram saúde (70%), assistência (62,5%) e saúde do trabalhador (37,5%)⁴⁶. As atividades são divididas da seguinte maneira:

- assistente social plantonista é responsável pelas demandas do setor de Emergência e dos prédios anexos ao hospital (Doenças Infecciosas e Parasitárias – DIP, internações relacionadas a cirurgias plásticas e outras;
- cada assistente social, exceto a chefe, é referência de um ou mais andares/enfermarias. Realizam visita social ao leito uma vez por semana e/ou quando é acionada pela equipe de saúde da determinada enfermaria;
- todas, exceto a Chefia, atendem as demandas espontâneas que chegam ao setor durante o horário de expediente – em média doze atendimentos diários (exceto as demandas da emergência que são direcionadas à plantonista).
- diariamente, uma oficial fica referenciada para atendimento aos usuários agendados para entrevista social com vistas a inserção no Programa de Medicamentos Especiais (em média seis entrevistas diárias);
- Todas, exceto a Chefia, realizam entrevista social para o Programa de Planejamento Familiar, realizadas todas as segundas-feiras (em média vinte atendimentos diários);
- Todas, exceto a Chefia, participam de comissões intra-hospitalar, são essas: Comissão de Humanização, Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIDOTH), Comissão de Planejamento Familiar e Comissão de Apoio às Mulheres com Câncer de Mama;
- a equipe se divide para a realização das ações socioassistenciais (programadas e agendadas previamente) e atendimentos individuais (agendados) à tripulação;
- uma assistente social primeiro-tenente, além das atividades elencadas acima, é responsável pelo planejamento, organização e execução dos recursos financeiros encaminhados pela DASM⁴⁷;

⁴⁶ Cabe salientar que numa única resposta as profissionais relataram diferentes atividades.

⁴⁷ Anualmente a Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM) repassa um montante de recursos solicitados a partir do Plano Anual de Atividades, elaborado pela equipe de Serviço Social da OMH,

- somam-se a tais requisições e demandas: a escalação para realização de vistorias de balanços e incumbências da instituição, acionamento para ser responsável por sindicância, participação de cerimônias militares, dentre outras.

Observa-se que, embora haja uma divisão em relação aos atendimentos nas enfermarias e participação nas comissões intra-hospitalar, não há uma organização na divisão geral das atividades. Todas fazem tudo! E no fim, conforme podemos verificar nas respostas das entrevistadas, não conseguem dar prosseguimento ao que necessita de acompanhamento, não conseguem parar para refletir, sistematizar e planejar a prática profissional. Estão consumidas pela imediatividade presente no cotidiano profissional, tendo como resultado o “apagar de incêndios”. Um dado que nos chamou atenção e causou bastante preocupação foi o fato de a equipe relatar que não há periodicidade para a realização de reuniões de equipe e que ficaram por mais de seis meses sem se reunirem para discussão, planejamento e criação de projetos de intervenção.

É evidente que a ausência de reuniões periódicas; a falta de planejamento e investigação a partir do levantamento das principais requisições institucionais e demandas que são dirigidas ao Serviço Social para construção de propostas e projetos de intervenção junto aos usuários dos serviços; a ausência de gestão com vistas a descentralizar ações e práticas possibilitando uma organização qualitativa que fortaleça o compromisso com a população usuária e a qualidade dos atendimentos; a falta de avaliação dos resultados etc. interferem diretamente no cotidiano profissional. O que vimos até aqui são práticas acríticas, irrefletidas paliativas e imediatistas.

No Quadro 4, apresentamos as demandas dirigidas aos assistentes sociais nas duas principais frentes de trabalho da atuação profissional, na OMH pesquisada:

Quadro 4 - Assistentes sociais da Marinha do Brasil/2022. Principais demandas e atuação dos assistentes sociais da OMH apresentadas pelas entrevistadas.

USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	TRIPULAÇÃO	COMUM A AMBAS
• Visita ao leito • Contato com familiares para alta hospitalar/buscar pertences/solicitar presença • Mediação com outros profissionais de saúde • Solicitação de comparecimento para notificação de óbito • Presença no momento da notificação do óbito pelo médico • Desospitalização • Alta a pedido do usuário • Acolhimento em situações de violência doméstica/idoso/criança e adolescentes • Reunião de equipe multidisciplinar • Participação em Comissões • Planejamento Familiar • Solicitação de ambulância • Transferência de Hemodiálise • Direitos póstumos • Direitos sociais • Direitos trabalhistas • Direitos previdenciários • Curatela e Procuração	• Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família • Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família • Permanência, Movimentação ou Remoção por Motivo Social • Benefícios sociais • Apoio socioeconômico • Concessão de benefícios • Programas e Projetos voltados à Qualidade de Vida no Trabalho (prevenção à dependência química, preparação para reserva/aposentadoria, educação financeira, clima organizacional)	• Relatórios sociais • Pareceres sociais • Orientações sociais • Entrevistas sociais • Elaboração e execução de Programas e Projetos Sociais • Ações Socioeducativas • Estudos socioeconômicos • Ações socioassistenciais • Encaminhamento e articulação com outros serviços Extra-MB • Análise de resultados

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Na análise do quadro acima, observa-se a distinção entre as demandas apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde e pela tripulação da OMH. As primeiras estão voltadas a demandas e práticas comuns à área da saúde, conforme verificamos na literatura, especialmente nos “Parâmetros para Atuação do assistente social na Saúde”. Já na segunda coluna, verificamos demandas relacionadas à Saúde do Trabalhador e a ações que estão relacionados diretamente à força de trabalho e muito se assemelham ao Serviço Social da esfera empresarial como aponta Almeida e Alencar (2011). São benefícios que têm como primazia

[...] **o controle da força de trabalho** – por meio de processos relacionados à adequação do trabalhador; **a reprodução material da força de trabalho** – por meio da prestação de benefícios e serviços sociais e; **a reprodução espiritual da força de trabalho** – por meio das adequações de aculturação ideológico do trabalhador (p. 150).

Na terceira coluna são apresentados os procedimentos e instrumentos utilizados pelos assistentes sociais para atendimento às demandas dos dois “públicos” atendidos pelo Serviço Social da OMH. Nota-se que por se tratar do instrumental técnico-operativo inerente à profissão, estes são comuns a ambos mesmo quando as demandas/requisições advêm de frentes de trabalho diferenciadas.

Sobre tais demandas, as profissionais foram questionadas sobre suas percepções acerca delas. Como respostas, tivemos relatos de cinco entrevistadas (62,5%) afirmando serem demandas pertinentes ao Serviço Social; duas (25%) enfatizam mais as requisições institucionais afirmando serem solicitações alheias à profissão; e uma (12,5%) sugere que parte das demandas caracteriza o Serviço Social como secretariado da instituição.

Com base na análise das entrevistas com as assistentes sociais, livros de registros, relatório de atividades, mapas estatísticos etc., observamos sim a existência de um elevado quantitativo de requisições técnico-administrativas delegadas ao Serviço Social da instituição, contudo, consideramos que 90% das respostas elencadas no quadro acima são de competência dos assistentes sociais. Verificamos assim que mesmo diante de um leque de ações pertinentes à profissão, existem profissionais (37,5% das entrevistadas) que preferem destacar o que não é atribuição e competência do Serviço Social ao invés de utiliza-los como mecanismos de criação de estratégias e alternativas que possam ser revertidas em ganhos para os usuários. É importante sim reafirmar o que não é o dever ser do assistente social, porém mais importante ainda é ter a capacidade de apreender as possibilidades de práticas contidas na realidade.

Durante toda a pesquisa, houve falas correlacionando a atuação do assistente social com a subalternidade da profissão frente aos outros profissionais de saúde, em especial a equipe médica. Contudo, como sinalizamos nas páginas anteriores, a questão da subalternidade profissional não afeta somente o Serviço Social, tendo em vista que “todas as profissões estão submetidas às mesmas pressões das circunstâncias na sociedade do capital” (VASCONCELOS, 2015). O que devemos entender é que tais pressões potencializam a condição de serviço auxiliar e subsidiário que marca a origem do Serviço Social na sociedade burguesa. Assim, merece destaque a análise da autora quando esta afirma que

o Serviço Social não foi incluído entre as “profissões nobres”, desde a sua criação, assim como, na sociedade do capital nunca alcançará essa condição, por mais legitimada e requisitada que seja nas diferentes instâncias de governo – federal,

municipal e estadual – e nas instituições privadas, produtivas e assistenciais. Por outro lado, não é possível superar nem abdicar da sua condição de serviço auxiliar, na medida em que, se o Serviço Social, já tem a sua origem marcada por essa condição, os profissionais de nível superior vêm sofrendo, ainda que de forma desigual, as injunções impostas ao conjunto dos trabalhadores assalariados e demais grupos sociais que vivem somente do seu trabalho, pela conjunção “globalização/neoliberalismo” (vide precarização do trabalho). Isso significa que mesmo as profissões consideradas nobres estão sendo arrastadas para um processo de assalariamento/proletarização que só terá retorno na superação do capitalismo, ou paliativa e momentaneamente, em certas conjunções políticas favoráveis a uma ou outra categoria profissional (VASCONCELOS, 2015, p. 530).

Não queremos aqui justificar uma suposta “subalternidade” ou até mesmo apresentar uma visão fatalista acerca da profissão nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, mas salientar que a institucionalização do Serviço Social como profissão teve como origem a condição de atividade subsidiária, chamada a atuar no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante junto à classe trabalhadora, sendo necessariamente polarizada por interesses distintos (instituição empregadora *versus* usuários), levando-a a ser cooptada por aqueles que têm uma posição dominante (IAMAMOTO, 2012). Contudo, é nesse chão de relações e interesses contraditórios que existem as possibilidades para criação de estratégias que legitimem o significado social da profissão e também para que as requisições institucionais possam ser revertidas em ganho para os usuários.

A solicitação de demandas “alheias” ao Serviço Social foi mencionada por todas entrevistadas, que ressaltaram existir solicitações da equipe multiprofissional que não correspondiam às práticas do assistente social, indicando-as como “parte da cultura institucional”; “sem necessidade de intervenção”; “apoio administrativo”; “secretariado”; “demandas enviesadas”; “entendimento errôneo das atribuições do assistente social” e “desconhecimento do trabalho técnico”. Porém, quando questionados como o Serviço Social se organizava para responder a tais questões, 62,5% (cinco entrevistadas) das respostas indicavam que, por se tratar de um hospital militar, essas práticas eram difíceis de serem combatidas. Somente 25% (duas entrevistadas) apontaram que demandas alheias poderiam ser usadas a favor da intervenção do assistente social e do usuário, buscando formas de atuação do profissional em concordância com o Projeto Ético Político; enquanto 12,5% (uma entrevistada) apontaram formas de tentar “suprimir as demandas apresentadas” e “demonstrar à equipe multidisciplinar e à instituição quais são as atribuições do Serviço Social”. Conforme observamos nas respostas abaixo:

A partir de **diálogos com a equipe**, mesmo atravessando a correlação de forças (Assistente Social A).

Busca-se por meio de estratégias demonstrar à equipe multi e à instituição as atribuições inerentes ao Serviço Social (Assistente Social B).

Tentativa de **usar a demanda a favor do usuário**, explicitando direitos e benefícios que muitas vezes não foram primeiramente demandados pela equipe multiprofissional (Assistente Social C).

Nos organizamos a partir do embasamento nas legislações Brasileiras, legislações da categoria, e normativas internas da MB; e principalmente na coesão da equipe (Assistente Social D).

Tenta algumas articulações, mas **na maioria das vezes é preciso se submeter**, por ordem das chefias (Assistente Social E).

Dada a peculiaridade de um hospital militar, busca-se **traduzir a requisição feita ao Serviço Social, de modo que a intervenção se dê em direção ao PEP, no sentido de atender o interesse da população usuária do hospital** (Assistente Social F).

Discussão entre a equipe sobre as demandas e busca por meios de suprimi-las, **porém é algo institucionalizado que é difícil ser modificado** (Assistente Social G).

Por ser parte da estrutura administrativa, **tenta-se cumprir e quando pertinente ponderar as questões junto aos decisores** (Assistente Social H)

Antes de darmos continuidade à análise das respostas acima, é importante frisar que as requisições institucionais legitimam a existência da profissão na sociedade do capital, e que o espaço ocupacional não é delineado para atender as exigências e idealizações de uma determinada profissão, mas sim as profissões são constituídas para atendimento das requisições do mercado de trabalho. No caso do Serviço Social, a condição de prática subsidiária na área da saúde é uma constante que vem sendo perpetuada em virtude do modelo de atenção biomédico configurado e fortalecido mesmo após a constituição do SUS.

Nesse sentido, voltamos a afirmar que para além dos discursos sobre o que deve ou não ser de competência do Serviço Social, é premente que os assistentes sociais saibam identificar, priorizar e definir tais requisições e como dar respostas qualificadas a elas. Para isso, é fundamental que esse profissional seja crítico, criativo, propositivo, de modo a demonstrar aos empregadores o significado social e a importância da profissão para a instituição. Mas, como construir alternativas de atuação e direção social se, como vimos, a equipe não discute, não avalia a prática profissional, não planeja e não cria propostas?

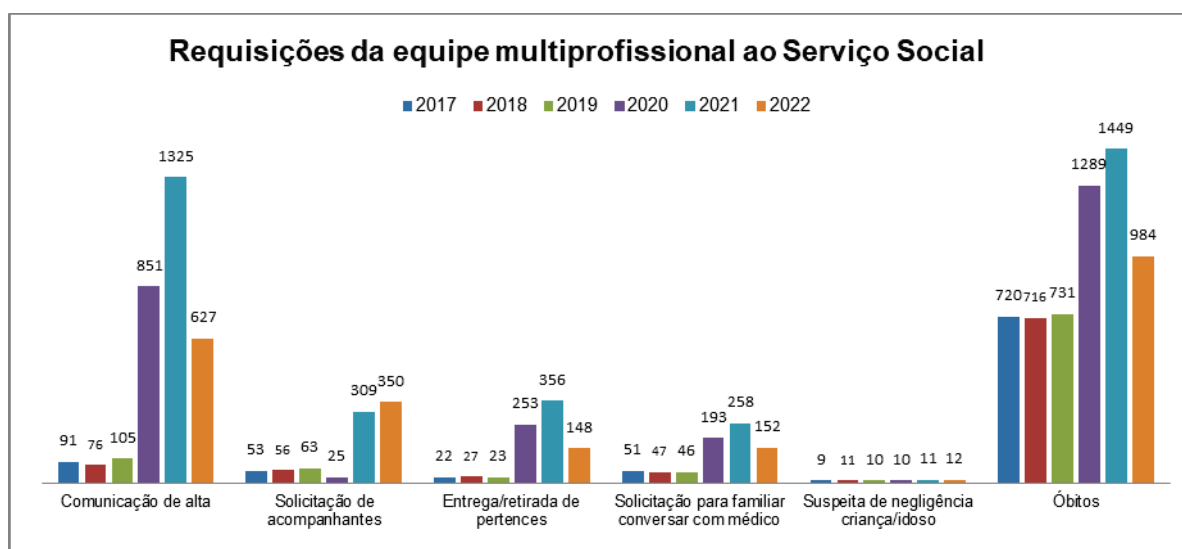
Verificamos nas manifestações das entrevistadas que, ainda que algumas profissionais busquem redirecionar as requisições institucionais em prol dos usuários, ou sinalizem buscar estratégias em equipe, não se observa falas relacionadas à importância da teoria para a análise teórico-crítica da prática e construções de projetos interventivos; não se vê planejamento e propostas para reorganização da profissão na instituição. O que se observa é um certo conformismo acrescentado de desmotivação e falta de direcionamento da equipe. Não podemos deixar de sinalizar que as circunstâncias como uma equipe com poucos profissionais para atendimento a um quantitativo elevado de demandas, ocasionando sobrecarga de trabalho; uma jornada de trabalho extensa que extrapola em muito a carga horária de 30 horas semanais; uma correlação de forças diária, desfavorável, num ambiente delimitado por

hierarquia e disciplina, potencializam a fragmentação e a desmotivação da equipe. Entretanto, o não planejar, não propor, resistir e o não fazer algo só resultará em mais perda de legitimidade, mais frustração com a profissão e mais desmotivação profissional. A citação abaixo é extremamente assertiva para o momento em que a equipe do Serviço Social da OMH tem vivido:

Ante o complexo de questões a serem enfrentadas pelos assistentes sociais que assumem as indicações do projeto profissional como referência, queremos registrar que o difícil não foi nem está sendo abordar os problemas que os assistentes sociais suportam e, frequentemente, não conseguem superar no exercício profissional, **o difícil é e está sendo**, para todos nós que almejamos práticas articuladas aos interesses históricos da classe trabalhadora, numa sociedade tão complexa e contraditória que submete e aliena a todos nós, **contribuir para enfrentarmos nossas fragilidades individuais e coletivas e aproveitar nossas potencialidades e possibilidades, como profissionais de nível superior, na busca de, como aclara Iasi (2010, p. 82), “desenvolver ações que possam [contribuir para] preparar a necessária ruptura e, enquanto isso, resistir ao estranhamento” e à exploração** (VASCONCELOS, 2015, p. 523).

No gráfico 2, verificamos as principais requisições encaminhadas pela equipe de saúde (em especial, medicina e enfermagem) por meio de parecer informatizado ao Serviço Social, entre os anos de 2017-2022.

Gráfico 2 - Assistentes sociais/ Marinha do Brasil/2022. Requisições da equipe multiprofissional ao Serviço Social



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Podemos verificar que, a partir do ano de 2020, houve um aumento significativo das requisições direcionadas ao Serviço Social por parte da equipe multiprofissional, aqui

especialmente da Medicina e Enfermagem. Algumas hipóteses são possíveis indicadores que justificam tal alteração como, por exemplo:

- Até o ano de 2019, grande parte das requisições dirigidas ao Serviço Social não eram formalizadas mediante solicitação por meio do prontuário informatizado, estas ocorriam através de contato telefônico com a secretaria do Serviço Social, a qual por vezes não realizava o lançamento no livro de registros resultando em dados imprecisos;
- A partir do segundo semestre de 2019, a equipe passou a organizar os dados a nível estatístico, a supervisionar o lançamento dos atendimentos nos livros de registro e a solicitar que as requisições da equipe multiprofissional ocorressem via prontuário informatizado. O que contribui para consolidação dos dados quantitativos.
- No ano de 2020, em virtude do contexto de pandemia, o hospital passou por uma reorganização interna a fim de que fossem cumpridas as diretrizes sanitárias de isolamento social. Dessa forma, foi criada a Central de Informações aos familiares dos pacientes internados por Covid-19 (a Central tinha em sua composição técnica: médicos e assistentes sociais, os quais eram responsáveis por realizar a leitura do boletim médico por meio de contato telefônico aos familiares dos pacientes internados acometidos pelo coronavírus). Além das informações sobre o estado de saúde do paciente, eram realizadas orientações acerca da rotina institucional, comunicação sobre alta hospitalar e retirada/entrega de pertences, solicitação do comparecimento do familiar para conversar com a equipe médica etc. A Central de Informações foi desativada no ano de 2022, mas observamos que as requisições administrativas permaneceram de modo mais expressivo voltadas ao Serviço Social.

Um ponto importante a ser observado é que as principais requisições feitas pela equipe multiprofissional ao Serviço Social estão relacionadas à: comunicação de alta, solicitação de acompanhante, comunicação para entrega/retirada de pertences, solicitação do comparecimento do familiar para conversar com médico e nos casos de óbito. As requisições relacionadas a suspeita de negligência/violência contra a criança e ao adolescente, e ao idoso, se compararmos com as outras, são bem pequenas; o que não significa que ocorreu apenas o número de casos registrados no gráfico, pois há de se considerar as subnotificações. Assim, utilizaremos este espaço para esclarecer, a partir das observações da pesquisadora e dos dados das entrevistas, como tais requisições são colocadas aos assistentes sociais, como se dá a percepção dos assistentes sociais diante dessas requisições e como a equipe se organiza para respondê-las.

a) Comunicação de alta: dos dados quantitativos apresentados no gráfico acima, apenas 10% das requisições dos médicos e enfermeiros referem-se à participação do assistente social no processo direto de desospitalização. Ou seja, no atendimento ao usuário e sua família no que diz respeito aos determinantes sociais que interferem e condicionam a alta hospitalar, tais como: dificuldades sociais, econômicas, arquitetônicas, físicas e/ou emocionais apresentadas pelos usuários no momento da alta médica. Verifica-se que muitas vezes o familiar queixa-se da ausência de esclarecimentos por parte da equipe médica sobre prognósticos, condutas a serem tomadas com o paciente no pós-alta; outros solicitam mais tempo para estruturar a residência de modo a acomodar de maneira mais confortável o paciente; alguns usuários entendem que seu estado de saúde não é estável para retornar para casa; familiares que não concordam com a conduta médica etc. Nesses casos mais específicos, o assistente social participa ativamente de todo o processo buscando compreender os limitadores para a possível alta hospitalar apresentados pelo usuário ou por sua família, mediando junto à equipe médica as melhores alternativas para o bem-estar do usuário. Na maior parte das situações, após discussões com a equipe multiprofissional, os assistentes sociais propõem reuniões entre a equipe multiprofissional e o usuário/família para juntos definirem as alternativas e caminhos possíveis. Entretanto, 90% das requisições referentes à alta são relacionadas à solicitação de contato telefônico com familiar para comunicação da alta dos pacientes das unidades fechadas para a enfermaria ou do paciente que está de alta hospitalar.

b) Solicitação de acompanhantes: a maior parte dos casos de solicitação de acompanhantes refere-se à internação de idosos. A intervenção direta do Serviço Social ocorre quando a equipe de saúde identifica a ausência de acompanhante do idoso internado, principalmente no turno da noite. Cabe ressaltar, porém, que um número ínfimo desses usuários fica sem receber visitas cotidianas. A realidade é que muitos familiares não podem permanecer como acompanhantes integrais devido a compromissos de trabalho, questões individuais de saúde, de recursos financeiros, dentre outros; mas se fazem presentes durante a internação de seu familiar. Essa situação é um ponto sensível na interlocução com a equipe de saúde, já que a instituição age como se fosse obrigatória a permanência de um acompanhante

integralmente durante a internação do idoso⁴⁸. Nesses casos, os assistentes sociais atuam sob a perspectiva da compreensão do “acompanhamento ao idoso internado” como um direito, conforme previsto no Estatuto do Idoso, considerando as particularidades apresentadas por cada família, buscando também mediar junto à família e à equipe de saúde, a construção de alternativas sociofamiliares para viabilizar tal direito.

c) Entrega/retirada de pertences e solicitação do comparecimento do familiar para conversar com médico: nas duas situações, as requisições são encaminhadas ao Serviço Social somente para vias de comunicação ao familiar por meio de contato telefônico.

d) Óbitos: O Serviço Social é requisitado a realizar contato telefônico com os familiares de todos os pacientes que foram a óbito na instituição para solicitar a presença desse familiar no setor onde o paciente estava internado para conversar com a equipe médica de referência. A comunicação do óbito é realizada presencialmente pelo médico. Após a ciência da família, o assistente social realiza as orientações relacionadas a direitos pecuniários específicos da MB, dentre outros direitos sociais e previdenciários.

e) Suspeita de negligência/violência contra a criança/ adolescente e ao idoso: A maior parte desses casos é identificada pela equipe médica nos atendimentos de emergência ou pela Medicina e Enfermagem durante o período de internação. Em ambas as situações, os profissionais de saúde demonstram certa dificuldade sobre o preenchimento da ficha de notificação compulsória (SINAN) e sobre a conduta a ser adotada com os usuários e familiares. Na maioria das vezes o assistente social presta assessoria à equipe multiprofissional no que diz respeito ao preenchimento da ficha e encaminhamentos pertinentes com orientações sociais previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Estatuto do Idoso, atua diretamente junto ao usuário e sua família prestando o acolhimento social inicial e emitindo relatórios sociais aos órgãos de proteção (Conselho Tutelar e Ministério Público). Embora não tenha aparecido no gráfico acima, em virtude de dados estatísticos imprecisos, o assistente social realiza também orientações e atendimentos sociais às mulheres vítimas de violência

⁴⁸Consideramos que a postura por parte dos profissionais está relacionada ao papel do acompanhante na diminuição do trabalho da equipe. Essa atitude da equipe de saúde acaba por transformar o direito em obrigação e/ou responsabilidade.

doméstica com os encaminhamentos cabíveis e desejados pela mulher. São realizados em média quinze atendimentos anualmente.

Como se pode observar, parte das requisições realizadas pela equipe multiprofissional são situações que demandam a intervenção do assistente social. Contudo, verifica-se também que são acrescentadas inúmeras requisições técnico-burocráticas (contato para entrega e retirada de pertences, contato para comparecimento para conversar com o médico, contato para comunicar alta etc.) que podem ser realizadas por trabalhadores de nível médio. Podem e deveriam ser realizadas pelas secretarias e recepções das clínicas, pelo setor de admissão e alta hospitalar, pela secretaria da emergência; mas, são direcionadas ao Serviço Social. Quando questionamos esse fato junto às Chefias dos Departamentos de Medicina e Enfermagem e até mesmo à Direção, somos informadas que o Serviço Social é um dos únicos setores que possuem a liberação para ligações externas, que é importante que as ligações sejam centralizadas num único setor, “que sempre foi assim” etc. etc.

Verifica-se no movimento institucional que esse assunto é um ponto estabelecido. Dessa forma, compreendemos que se não é possível na atual conjuntura e correlação de forças redirecionar tais requisições a outros setores que mais se adequam à prestação desses serviços, indica-se como uma alternativa a contratação de pessoal técnico-administrativo para aumentar a composição da equipe de apoio do Serviço Social (secretaria), assim tais requisições seriam realizadas especificamente pelos técnicos-administrativos. Além disso, é importante estabelecer que as requisições devam ser encaminhadas no horário de expediente, salvo os casos que demandem urgência.

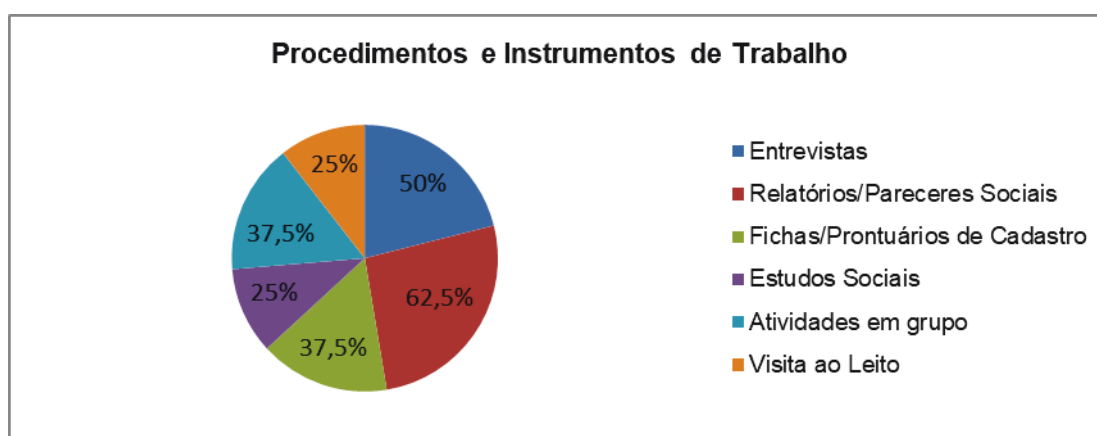
3.2.3 Procedimentos e Instrumentos de Trabalho utilizados pelos assistentes sociais na OMH

Partimos da concepção de que o exercício profissional em sua totalidade é constituído pelas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, as quais mantêm uma relação de unidade, apesar de suas particularidades. Para por em prática as ações profissionais, procedimentos e instrumental técnico, ou seja a dimensão técnico-operativa, é imprescindível que o assistente social analise a realidade posta no cotidiano profissional, desvelando-a a partir do conhecimento teórico adquirido em busca da essência do fenômeno apresentado e assim identificar demandas para além das apresentadas na imediatez deste cotidiano (dimensão teórico-metodológica); tendo a capacidade de avaliar prioridades,

alternativas e projetar suas ações em função de valores, princípios e compromissos éticos para uma determinada finalidade (dimensão ético-política).

Neste item daremos centralidade à dimensão técnico-operativa do Serviço Social. Compreendemos, que essa dimensão é constituída pelas dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas e também por alguns elementos, como: estratégias e táticas definidas para orientar a ação profissional, pelos instrumentos, técnicas e habilidades utilizadas pelo profissional e pelo conhecimento prodecimental necessário para manipulação dos diferentes recursos técnicos-operacionais; (GUERRA, 2017). Aqui, nos voltaremos aos procedimentos e instrumentos mencionados pelas assistentes sociais como os mais utilizados em sua prática profissional na instituição pesquisada e como elas avaliam esses instrumentos, conforme ilustra o gráfico abaixo:

Gráfico 3 - Assistentes sociais da Marinha do Brasil/2022. Procedimentos e Instrumentos de Trabalho



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Embora somente metade das entrevistadas (quatro assistentes sociais (50%)) tenha indicado explicitamente a **entrevista** como instrumento de trabalho, observa-se que todas as participantes faziam uso do referido instrumento, uma vez que é através da entrevista social que há a geração da maior parte dos outros instrumentos citados, dentre eles: **relatórios e pareceres sociais** (62,5%); **fichas/prontuários de cadastro e de evolução** (37,5%) e **estudos sociais** (25%). As **atividades em grupo** (37,5%) aparecem em menor escala e são apontadas com outros nomes, como **reunião** (12,5%); **atividades socioeducativas** (12,5%) e **programas** (12,5%). Ressalta-se a resposta de **uma assistente social que somente indicou como instrumentos de trabalho materiais institucionais** como “Ordens Internas” e “Protocolo Operacional Padrão”, sem mencionar qualquer outra forma de intervenção técnica

do assistente social. **Outra profissional mencionou somente “Cartilhas, planos, programas e projetos”, também sem indicar outros instrumentos.** A visita ao leito, instrumento comum na atuação profissional na saúde em unidades hospitalares com internação, foi citada apenas por duas (25%) das entrevistadas. A **linguagem**, instrumento comum a todos os assistentes sociais independente do espaço ocupacional, **foi mencionada apenas por uma assistente social.** Das entrevistadas, 37,5% (três assistentes sociais) concordaram que os instrumentos utilizados são “bons” ou “bem construídos” e 50% (quatro assistentes sociais) relatam que são essenciais para atuação profissional ou comuns à atuação do assistente social. Vejamos as respostas a seguir:

Cartilhas, planos, programas e projetos. Essenciais para luta profissional (Assistente Social A).

Entrevista, acolhimento social, reunião, atendimento social. Diretamente inerente a nossa atividade profissional (Assistente Social B).

Entrevista, visita ao leito, atendimento social, estudo social, parecer social, relatório social. São bons (Assistente Social C).

São diversos instrumentos: relatórios, prontuário informatizado; ficha de cadastro, ficha de evolução, ficha para atendimento diário. Percebo que eles respondem bem as nossas demandas diárias (Assistente Social D).

Ficha social, relatório social, parecer social, estudo social. Instrumentos bem construídos. (Assistente Social E).

Visita ao leito, entrevista social, acompanhamento, parecer social, relatório social, estatísticas de atendimento, relatórios de atividades. **São importantes, à medida que compõe a dimensão técnico-operativa do fazer profissional e favorece, inclusive, o mapeamento das demandas de modo a tornar viável o planejamento das ações** (Assistente Social F).

Ordens internas e Protocolos Operacionais Padrão. Bons, embora em suma maioria sofra alterações emanadas das autoridades (Assistente Social G).

Prontuário Individual, Prontuário informatizado, Plano de Atividades, entrevistas sociais, acolhimento, acompanhamento social, elaboração de pareceres técnicos, orientação social. Principal instrumento a linguagem - intervenções socioeducativas. São necessários à atuação profissional (Assistente Social H).

Observamos que as entrevistadas não falam em teoria, conhecimento, avaliação. Algumas focam no instrumental construído a partir do delineamento da instituição empregadora, os quais são mais vulneráveis e passíveis de intervenção direta de outras categorias profissionais. Outras, embora apontem importantes instrumentos e refiram que são bem construídos e importantes para a atuação profissional, não mencionam a relevância desses instrumentos para efetivação e preservação da autonomia profissional. Chama-nos atenção também que somente a assistente social F indicou o instrumental técnico como potencial para “mapeamento de demandas e planejamento das ações”. Entendemos que a partir dos dados obtidos da realidade por meio dos instrumentos utilizados pelos assistentes sociais articulados às dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas e aos demais

elementos supracitados, as possibilidades de investigar, analisar, planejar e propor se tornam mais viáveis e concretas.

Importa ressaltar que as ações profissionais, os procedimentos e instrumentos são utilizados pelos assistentes sociais no cotidiano profissional. Cotidiano esse demarcado pela imediatividade, heterogeneidade, superficialidade extensiva e espontaneidade, o qual condiciona o profissional ao pragmatismo, a ações irrefletidas e mecanizadas. As requisições e demandas não são as mais favoráveis à reflexão e investigação; são exigidas aos profissionais respostas e soluções imediatas.

O cotidiano profissional é pleno de requisições de cumprimento de normas, regulamentos, orientações ou decisões de superiores, os quais impõem ao profissional a necessidade de respostas a elas. Neste contexto, a prioridade é responder aos fenômenos, não importa como, disto resultando um conjunto de respostas profissionais rápidas, ligeiras, irrefletidas, instrumentais, baseadas em analogias, experiências, senso comum, desespecializadas, formais, modelares, em obediência a leis e superiores, sem a qualificação necessária para distingui-las de respostas atribuídas por leigos (GUERRA, 2017, p. 56).

Portanto, mais do que utilizar o instrumental técnico para intervir na realidade, é necessário conhecer o real, entender o espaço onde o exercício profissional se realiza, saber identificar as demandas e o que está por trás delas, definir suas particularidades evitando, como discorre Guerra (2017), procedimentos de ultrageneralização com base na experiência, na empiria, na qual a centralidade está nas experiências anteriores obscurecendo o que a realidade em questão apresenta como novo. Se assim não o fizer, o profissional está fadado a utilizar o instrumental técnico-operativo de modo conservador. Como o espaço institucional é permeado por interesses contraditórios, tenderá a atender as requisições institucionais ao invés de priorizar e atender as demandas reais, afastando-se da possibilidade da operacionalização de procedimentos e instrumentos planejados e conscientemente definidos pelos assistentes sociais que compõem a equipe.

3.2.4 Atuação conjunta com equipe multidisciplinar

Para analisarmos as respostas das assistentes sociais entrevistadas acerca do trabalho realizado pela equipe multiprofissional da instituição de saúde pesquisada, é preciso esclarecer primeiramente que existe uma distinção entre o trabalho multiprofissional e o trabalho interprofissional.

Temos como pressuposto que o trabalho não é a ação isolada de um indivíduo, mas sim uma atividade coletiva de caráter social. As unidades de saúde são exemplos dinâmicos do trabalho coletivo, tendo em vista que para atendimento ao processo saúde-doença da população usuária que busca os serviços das unidades hospitalares – seja para prevenção, proteção/promoção e recuperação da saúde – é necessária a composição de técnicos de diferentes profissões e especialidades. Nessa perspectiva, **toda unidade de saúde é composta por uma equipe multiprofissional**, ou seja, **aquela equipe que se constitui pela proximidade institucional onde as práticas envolvem vários profissionais**. A questão é que ter diferentes profissões envolvidas num determinado caso/atendimento/acompanhamento, não significa que haverá **interação, reciprocidade e troca entre esses profissionais**. Ou seja, **não garante que haverá um trabalho interprofissional**.

Na rotina das unidades de saúde, principalmente nas enfermarias de internações, verifica-se que muitas vezes profissionais de diferentes especialidades estão atendendo um mesmo usuário *in loco* e mal se cumprimentam; as trocas e questionamentos são realizados por escrito via prontuário. Não há interação, discussão, definição de caminhos e estratégias em conjunto - fatores relevantes para a prestação de um serviço de qualidade e para prevenção de possíveis limitadores para recuperação dos usuários, bem como para viabilização do acesso a direitos.

Questionamos as entrevistadas sobre sua compreensão a respeito da concepção acerca do “atendimento multiprofissional”: 25% (duas assistentes sociais) não responderam a questão e 75% (seis assistentes sociais) entendem como um atendimento “integrado”; “interlocação entre equipes”; “atuação coletiva”. Como veremos nas respostas abaixo, verifica-se que a maioria das assistentes sociais desconhece a diferença entre atendimento multiprofissional *versus* atendimento interprofissional. Por isso, destacamos a fala da única profissional que apresenta uma compreensão mais aproximada da definição sinalizada:

Atendimento integrado e de atuação coletiva (Assistente Social C).

Entendo como sendo diversos **profissionais intervindo na mesma situação de forma independente; não havendo assim um trabalho coordenado** (Assistente Social D).

Atendimento em interlocação com equipe de saúde e demais profissionais de outras instituições, em casos necessários. Partilhando direcionamento do caso em conjunto com usuário e equipe (Assistente Social E).

Aqueles nos quais participam profissionais de outras categorias, colocando os seus saberes articulados a serviço de uma dada finalidade (Assistente Social F).

Atendimento em que há interação entre as equipes para atender as demandas em comum (Assistente Social G)

Entendo que é um trabalho que considera a integralidade do atendimento ao usuário quando respeita as especificidades profissionais (Assistente Social H).

Perguntadas se costumam acionar outros profissionais de saúde no atendimento ao usuário, todas as entrevistadas afirmaram que sim, porém o entendimento divide-se em três grupos, onde: três (37,5%) assistentes sociais apontam como objetivo o “cuidado integral”; “atuação em conjunto”; “multidimensionalidade das necessidades de saúde” a atuação profissional:

Sim. Considero importante a **sinergia entre os profissionais para cuidado integral à saúde** do usuário (Assistente Social A).

Sim, porque o Serviço Social atua em conjunto com equipe multiprofissional (Assistente Social E).

Sim. **Dada a complexidade e multidimensionalidade das necessidades de saúde, não privilegiando apenas o modelo centrado no saber médico** (Assistente Social F).

Três entrevistadas (37,5%) que indicam procurar outros profissionais quando a demanda apresentada pelo usuário não é pertinente à atuação do assistente social, apresentando “demandas relacionadas a outros profissionais”; “elucidar orientações”; “identificação de outras demandas”:

Sim. Algumas demandas estão relacionadas aos demais profissionais (Assistente Social B).

Sim a fim de elucidar orientações aos usuários e garantir a eles seus direitos (Assistente Social C).

Sim. Porque em muitos casos o usuário solicita atendimento ao assistente social, que o acolhe, escuta, esclarece, orienta, mas identifica outras demandas. Dessa forma, aciona o setor/profissional responsável. **Muitas vezes o usuário enxerga o Serviço Social como porta de entrada/facilitador para outros serviços.** (Assistente Social G).

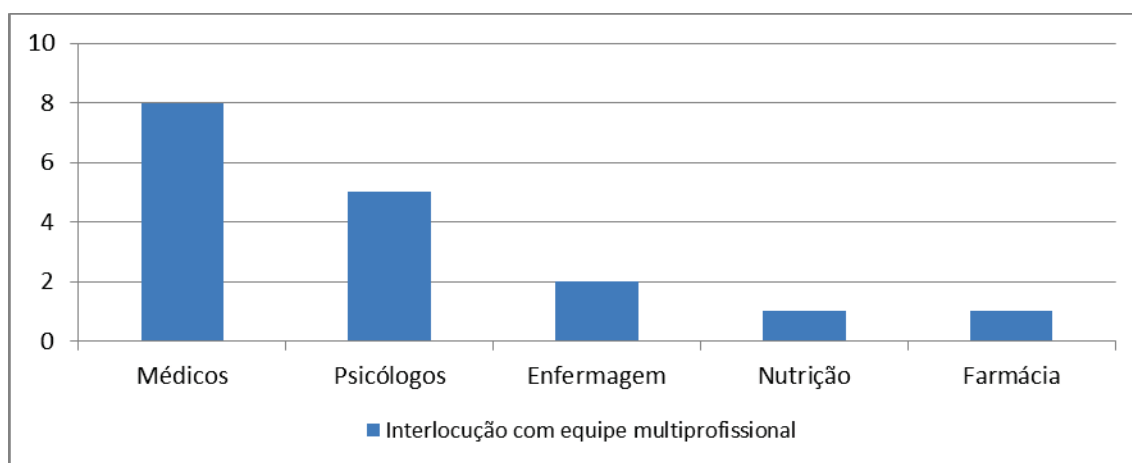
Duas das entrevistadas (25%) referem acionar a equipe de saúde quando avaliam ser necessário frente aos casos apresentados ao Serviço Social:

Sim. Quando é verificada a necessidade na complexidade do caso (Assistente Social D).

Sim. Sempre que julgamos necessário. Todavia, nem sempre há o atendimento de nossas demandas (Assistente Social H).

O gráfico abaixo identifica os principais profissionais com quem os assistentes sociais possuem maior interlocução, tendo como justificativa a “proximidade com o Serviço Social” (25%) e “recorrência de demandas dos usuários” (62,5%).

Gráfico 4 - Assistentes sociais da Marinha do Brasil/2022. Interlocução do Serviço Social com a equipe multiprofissional.



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

No que diz respeito ao “atendimento multiprofissional”, verificamos que todas as entrevistadas responderam acionar outros profissionais da equipe de saúde e que a maioria delas compreende este atendimento como “atendimento interprofissional”. Contudo, alguns pontos importantes não aparecem nas informações acima, como: existe complementariedade nas atividades realizadas pelos diferentes profissionais? São realizadas reuniões entre a equipe de saúde para planejamento, trocas, avaliações de processo? Há interação e reciprocidade entre os diferentes profissionais, respeitando-se as especificidades de cada saber profissional?

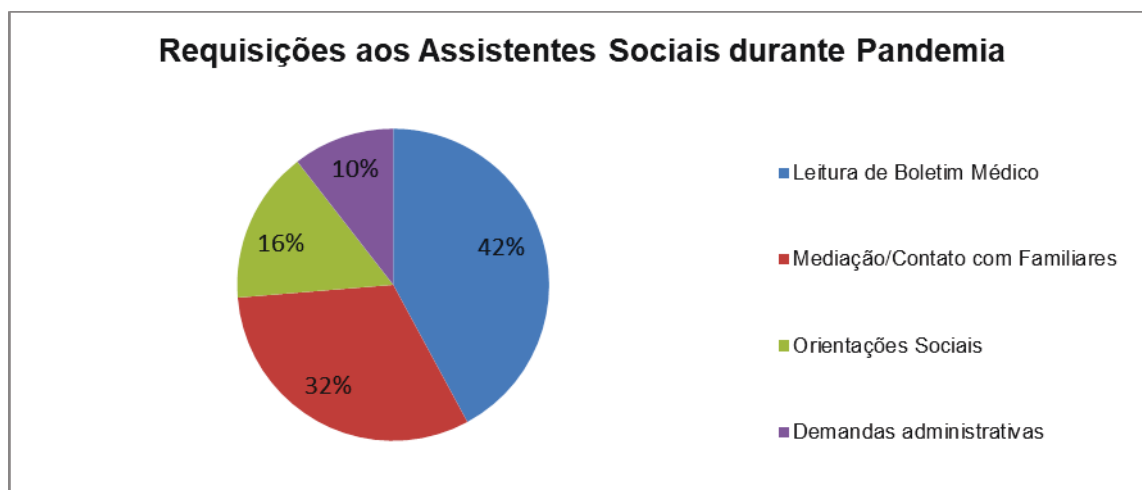
Como observadora participante e integrante da equipe de Serviço Social da OMH, posso afirmar que não. O que há são atendimentos fragmentados, com pouca ou quase nenhuma reciprocidade e troca entre os diferentes profissionais. Interações mais dinâmicas, discussões e avaliações dos casos são realizadas pontualmente em situações específicas com acirrada correlação de forças e certa “prevalência do saber médico” em detrimento das indicações dos outros profissionais.

A ausência de planejamento, interação e reciprocidade entre os diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde tem como consequência não só prejuízos na qualidade dos serviços prestados aos usuários, mas impossibilita que esses profissionais, que estão inseridos nas mesmas circunstâncias de relações e condições de trabalho impostas pela sociedade capitalista, venham a construir alianças, a se reconhecerem enquanto trabalhadores sob as mesmas condições e a se articularem coletivamente em prol de conquistas de direitos e espaços qualificados de trabalho.

3.3 Atuação do assistente social durante a pandemia

Durante a construção teórica desta pesquisa, foi abordado sobre a atuação dos assistentes sociais da OMH na pandemia de COVID-19. Neste item, elucidaremos de forma mais detalhada, a partir da percepção das assistentes sociais entrevistadas que estiveram na linha de frente dos atendimentos e dos dados quantitativos apresentados nos gráficos, os impactos causados no cotidiano profissional dos assistentes sociais da instituição. Cabe salientar que mesmo com o crescimento exponencial de atendimentos e internações em virtude do acometimento da pandemia, não houve aumento do quantitativo de assistentes sociais no hospital. Em contrapartida, todos os outros setores da área da saúde conseguiram destaques de militares para juntarem-se às equipes devido à necessidade de atendimento. O gráfico abaixo representa o percentual das principais requisições citadas pela equipe durante a pandemia:

Gráfico 5 - Assistentes Sociais da Marinha do Brasil/2022. Requisições aos assistentes sociais durante a pandemia.



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

O expressivo quantitativo voltado à “leitura de boletim médico” e “mediação/contato com familiares” que somam 75% das requisições colocadas para intervenção do Serviço Social é resultado das medidas de restrições e isolamento social com suspensão da visita hospitalar, seguidas de acordo com as determinações das autoridades sanitárias do país.

Assim, com as visitas aos pacientes internados por Covid-19 suspensas, houve a dificuldade de acesso à informação sobre o estado clínico do paciente e como forma de

minimizar esse óbice foi estabelecido que as comunicações sobre o paciente fossem realizadas diariamente a partir de contato telefônico com os familiares para transmissão dos boletins médicos. Todavia, a instituição, considerando que os profissionais de saúde que estavam na linha de frente no atendimento clínico do paciente não poderiam assumir outras funções que não fosse o atendimento direto ao paciente internado, entendeu que o profissional “mais habilitado” para isso, já que, os familiares “precisariam de acolhimento”, seria o assistente social. O movimento estava pautado sob o discurso de que neste momento seria necessário que todos se unissem numa “força-tarefa” visando contribuir ao enfrentamento da pandemia. Contudo, esse discurso de “unidade colaborativa em prol de um bem maior” coloca em risco os limites das competências técnicas de cada profissão.

Antes da proposição dessa requisição, a equipe do Serviço Social da instituição vinha realizando algumas reuniões sobre a reestruturação dos atendimentos durante a pandemia e nestas buscava-se discutir acerca das normativas da profissão, além da troca e atualizações com colegas da categoria inseridos em outras unidades hospitalares públicas e privadas.

Conforme a pandemia foi se expandindo, foram realizadas reuniões com a equipe multiprofissional do hospital, nas quais foi pontuado pelo Serviço Social a importância de a comunicação do estado de saúde do paciente ser feita por um profissional habilitado teórica e tecnicamente, já que a informação não se resume apenas em fazer uma leitura do boletim médico, mas orientar e tirar dúvidas da família no que diz respeito ao seu ente querido. O acesso à informação aqui não se tratava apenas de uma decisão institucional para amenizar a dor da família, mas sim de um direito. Contudo, não houve êxito nas reuniões iniciais, haja vista que, além de ser uma unidade hospitalar – instituição circunscrita pela hegemonia médica –, trata-se de uma instituição militar, na qual o fator hierárquico possui um grande peso.

Assim sendo, após o insucesso nas tratativas iniciais, a discussão foi levada à Direção do hospital, para a qual foram apresentados o projeto profissional da equipe de Serviço Social para a reorganização dos atendimentos naquele contexto; a normativa nº 3/2020 – emitida pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) – a qual dispõe sobre comunicações de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais; e um resumo sobre as atribuições e competências do Serviço Social. Foi esclarecido, também, sobre o direito ao acesso à informação aos familiares dos pacientes internados por Covid-19 e a importância de que a ação fosse realizada por um profissional habilitado tecnicamente para isso, ressaltando que a comunicação do estado clínico do paciente à sua família não é um fator externo, mas integrante do processo saúde-doença.

O resultado dessa movimentação foi a criação de uma Central de Informações aos familiares dos pacientes internados por Covid-19 composta por médicos e assistentes sociais. O movimento realizado pelo Serviço Social - a partir de uma requisição institucional compreendida pela equipe de assistentes sociais como uma requisição enviesada às competências e atribuições profissionais, e do entendimento da complexidade do assunto e da importância da garantia do direito à informação - pôde contribuir para “socialização das informações” conforme preconizado em seu Código de Ética, de modo que profissionais que detém conhecimento técnico sobre o estado clínico do paciente fossem inseridos nesse processo e, assim, pudesse ser viabilizado o direito à informação aos usuários.

Embora consideremos de grande relevância a participação do Serviço Social na criação da referida Central de Informações e como uma conquista o movimento de serem inseridos profissionais médicos para leitura de boletins, especialmente por se tratar de uma instituição cuja correlação de forças é potencializada pelo viés militar, os assistentes sociais também realizaram a leitura dos boletins médicos, somando-se a isso houve o aumento de demandas administrativas (contato telefônico para comunicação de alta hospitalar, contato telefônico para solicitação da presença do familiar para comunicação de óbito feita presencialmente pelo médico, ligações para entrega/retirada de pertences pessoais dos internados), de atendimentos presenciais aos familiares que não concordavam com o fato de as informações serem transmitidas por meio de contato telefônico, de orientações sobre a rotina institucional.

Outrossim, fomos requisitadas a assessorar os Chefes de Clínicas e Serviços, por meio da confecção de relatórios sociais, nos casos em que militares solicitavam o afastamento das atividades laborais pela ausência de rede de apoio para os cuidados aos filhos em virtude do fechamento das instituições escolares. Frente ao número elevado de demandas voltadas à Central de Informação, podemos afirmar que embora fossem elaborados os relatórios sociais e encaminhados aos setores solicitantes, não conseguíamos acompanhar os casos e prestar um suporte efetivo à tripulação.

Quanto aos principais impactos causados no cotidiano de atendimentos pelos profissionais, sete assistentes sociais (87,5%) responderam “aumento das demandas”. Por fim, quanto à organização do Serviço Social para atendimento às requisições institucionais e demandas dos usuários, as entrevistadas indicaram as seguintes alterações realizadas no setor:

- Aumento do expediente de ambulatório;
- Plantonista de 24h não ia embora no dia seguinte, cumpria meio-expediente;
- Criação de plantão adicional de 12h aos finais de semana;

- Home Office para leitura dos boletins; e
- Suspensão de Projetos e Programas.

Dentre as assistentes entrevistadas, três profissionais ressaltam a sobrecarga de trabalho e o esgotamento da equipe, com as seguintes falas:

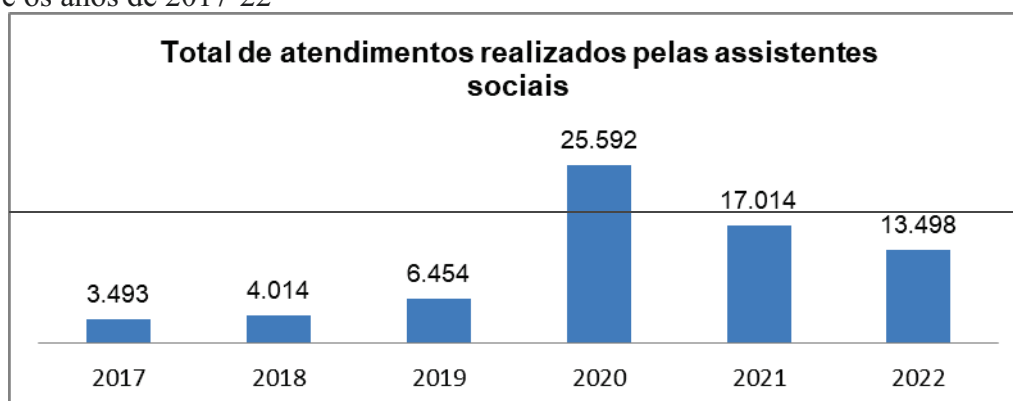
O Serviço Social foi "**atropelado**" por requisições institucionais e os assistentes sociais sobrecarregados (Assistente Social B).

Houve uma **intensificação do trabalho profissional**; e **menos tempo para atuar com as nossas competências** profissionais (Assistente Social D).

Os atendimentos nos leitos foram suspensos, mas o atendimento à tripulação e usuários permaneceu e novas demandas foram criadas. **Excesso de trabalho para a equipe. Esgotamento físico e emocional** (Assistente Social H).

Vejamos no gráfico abaixo o quantitativo de atendimentos realizados pelas assistentes sociais dentre os anos de 2017 a 2022, no qual podemos verificar o crescimento exponencial de atendimentos e intervenções realizadas nos anos de 2020 e 2021 – períodos da pandemia.

Gráfico 6 - Assistentes sociais da Marinha do Brasil/2022. Total de atendimentos realizados entre os anos de 2017-22



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Chama-nos atenção que o quantitativo de atendimentos realizados pelos assistentes sociais no ano de 2022 permaneceu elevado mesmo com a extinção da Central de Informações após os números de internações por Covid-19 chegarem abaixo de dez. Isso sugere algumas hipóteses norteadoras:

- Requisições administrativas que eram realizadas por outros setores antes da pandemia e que foram delegadas à Central de Informações, permaneceram no Serviço Social mesmo após a extinção da Central;

- Houve o aumento da busca pelos serviços de saúde da OMH, principalmente dos usuários que foram acometidos pelas sequelas da Covid, os quais desenvolveram comorbidades que antes não possuíam; e
- Retorno dos atendimentos ambulatoriais e das cirurgias eletivas suspensas durante os anos de 2020 e 2021.

Insta ressaltar que além do aumento das requisições e demandas ao Serviço Social na pandemia e após, a equipe sofreu com a redução do número de profissionais. Dentre os anos de 2020-2023, duas assistentes sociais foram movimentadas para outras organizações militares, uma assistente social pediu licença do serviço ativo da Marinha (desligamento) relatando adoecimento de sua saúde mental em virtude da sobrecarga de trabalho, e uma assistente social foi remanejada para outro setor do hospital. Ou seja, de onze assistentes sociais restaram sete. O que antes estava difícil foi intensificado com a saída das quatro profissionais, resultando num adoecimento coletivo, no qual todas as assistentes sociais apresentaram questões de ordem psicológica e emocional.

3.4 Percepção dos limites e possibilidades dos assistentes sociais numa organização militar

Questionadas quanto à percepção sobre o momento que o país estava atravessando em 2022, todas as oito assistentes sociais entrevistadas mostraram-se aflitas quanto à conjuntura política brasileira:

Desafio para a profissão que luta na defesa dos seus princípios fundamentais, tal qual orienta o Código de Ética Profissional (Assistente Social A).

Enfraquecimento/ "desmobilização" das profissões voltadas à "esquerda" (Assistente Social B).

Diminuição da liberdade e da democracia (Assistente Social C).

Percebo que estamos vivendo um tempo muito polarizado, o que dificulta o processo do diálogo até nas intervenções profissionais; e isso se intensifica tremendamente em âmbito militar. Ou seja, já vi casos, durante as piores ondas de COVID que a família queria porque queria que fosse usada uma determinada medicação e chegava a se exaltar com a equipe de saúde quando escutava que não era resolutivo naquele caso (Assistente Social D).

Complexo e catastrófico, precisa passar com urgência (Assistente Social E).

Um momento de agravamento das expressões da questão social, retração de direitos, ampliação de espaço para discursos de ódio e intolerância (Assistente Social F).

Momento caótico, de muitos retrocessos, inflação alta e crescente, onde mais uma vez a classe trabalhadora é a que mais sofre os rebitamentos. Está exposta a desorganização e a ausência da gestão governamental em trazer respostas às demandas sociais (Assistente Social G).

Momento de dificuldades e incertezas perante a conjuntura política. Perspectiva de melhoria, apesar dos desafios (Assistente Social H).

Duas respostas chamaram a atenção devido ao convívio das profissionais em um ambiente militar: “Enfraquecimento/desmobilização das profissões voltadas à esquerda” (assistente social B) e “percebo que estamos vivendo um tempo muito polarizado, o que dificulta o processo do diálogo até nas intervenções profissionais; e isso se intensifica tremendamente em âmbito militar” (assistente social D). Tais falas ratificam a exposição da profissão em um ambiente militar, tendo em vista a posição de defesa do aprofundamento da democracia adotada pelo Serviço Social em um ambiente que nega, muitas das vezes, a compreender os usuários – pacientes e trabalhadores – como sujeitos de direitos. Nota-se nas falas uma urgência para que o período que o país atravessava passasse o mais rapidamente possível.

Sabendo-se das diferentes formas de contratação dos assistentes sociais na Marinha do Brasil, citam-se as seguintes modalidades de contrato que já atuaram na OMH: militar de carreira, militar temporário, servidor civil e profissional autônomo. Sobre tais vínculos, é claro o sentimento de fragilidade pelas militares temporárias entrevistadas:

Algumas modalidades trazem fragilidade no vínculo empregatício e prejuízo na continuidade dos atendimentos (Assistente Social A).

Demonstra que as Forças Armadas, por estarem inseridas em uma sociedade capitalista, também estão sendo influenciadas pela precarização do trabalho nas modalidades de contratação (Assistente Social B).

Formas de precarização e subalternização dos profissionais (Assistente Social C).

Percebo que os quadros temporários das Forças Armadas têm um menor tempo de formação militar, possuem menos direitos e menores possibilidades de construir autonomia profissional se comparado à contratação por carreira (Assistente Social D).

Nada favorável para construção e fortalecimento do setor de serviço social na instituição (Assistente Social E).

É uma das faces da reestruturação produtiva dentro das Forças Armadas, trazendo a possibilidade de vínculo mais precarizados e redução de direitos do trabalhador (Assistente Social F).

Desiguais (Assistente Social G)

Considero todas importantes para conseguir atender a demanda dos usuários. Todavia, os militares em geral assumem mais responsabilidades (Assistente Social H)

Observa-se que sete entrevistadas (87,5%) – militares temporárias -entendem as diferentes formas de contratação nas Forças Armadas como prejudiciais. Umas citam as dificuldades e limitações para os profissionais contratados indicando a fragilidade do vínculo empregatício, as ameaças de não renovação o que limita ainda mais a autonomia e posicionamento do profissional. Outras referem-se aos possíveis prejuízos na continuidade

dos trabalhos realizados. Destas, três entrevistadas (37,5%) fazem a leitura que os impactos no mundo do trabalho causados pela sociedade capitalista também permeiam as Forças Armadas.

As respostas das profissionais são importantes para esclarecer que as relações sociais próprias do capitalismo também delimitam as Forças Armadas. Além da precarização e subcontratação dos vínculos empregatícios envolvendo todas as profissões, houve nos últimos anos uma grande mudança a nível gerencial. Os profissionais de diferentes especialidades, inclusive os médicos, são impelidos a produzirem cada vez mais, em menos tempo e com menos recursos humanos, a polivalência tem afetado todos os setores do hospital. Dá-se ênfase em números estatísticos: planilhas a serem respondidas semanalmente, indicadores e metas a serem alcançadas, pressão para redução do aprazamento dos atendimentos, números, gráficos, tabelas. A lógica neoliberal penetrou às instituições mais tradicionais do Estado. O capitalismo se apoderou de tudo e todos! E como diz Vasconcelos (2015), todas as profissões estão submetidas às mesmas pressões das circunstâncias na sociedade do capital.

Apenas uma entrevistada (12,5%) (assistente social H) – militar de carreira – não apontou críticas acerca dos diferentes modos de contratação, demonstrando até mesmo um posicionamento de concordância. Podemos inferir que, por ser estabilizada, essa militar não sofre dos anseios e receios quanto à fragilidade do vínculo, o que poderia resultar numa maior segurança e autonomia para tomadas de decisões e posicionamento, mostrando não possuir uma leitura crítica acerca de tal condição.

A respeito da modalidade do vínculo empregatício exercer influência no cotidiano de trabalho, as entrevistadas expressaram as seguintes falas:

Sim. Por trazer prejuízo na continuidade do atendimento ao usuário (Assistente Social A).

Não. Porque o compromisso ético-político das assistentes sociais está em primeiro lugar no setor em que atuo (Assistente Social B).

Sim. **A não efetividade põe em risco a permanência da empregabilidade do profissional, tolhendo-o de muitas lutas** (Assistente Social C).

Sim. **O quadro temporário sempre tem o risco de não ser renovado no próximo ano, precisando sempre tomar muito mais cuidado em como intervir na instituição** (Assistente Social D).

Sim, impacta na continuidade do trabalho e dificulta os processos de construção de projetos mais consolidados na instituição (Assistente Social E).

Sim. Porque num espaço de correlação de forças acirradas, **o vínculo mais precário pode interferir na atuação profissional como uma espécie de "limitador" (mais um), em nome da necessidade da preservação do vínculo e da sobrevivência desses profissionais** (Assistente Social F).

Sim. Enquanto os profissionais com vínculo empregatício estabilizado possuem mais segurança em atuar, por outro lado, os profissionais com vínculo precário sentem-se vulneráveis, temerosos e intimidados em exercer suas profissões com mais liberdade (Assistente Social G).

Sim. Em relação à carga horária, não em relação à qualidade dos atendimentos. As dificuldades de cargas horárias e regimes de dedicação exclusiva dos militares com a escala de serviço sobrecarregam o militar (Assistente Social H).

Verifica-se que dentre as assistentes sociais entrevistadas somente uma respondeu que as diferentes modalidades de vínculo empregatício não influenciam o cotidiano de trabalho, pois o “compromisso ético-político dos assistentes sociais da equipe está em primeiro lugar”. A fala da entrevistada não considera os dilemas e circunstâncias inerentes à condição de trabalhadores assalariados e, nesse caso, também trabalhadores precarizados. Embora haja uma idealização profissional, o compromisso ético-político, o dever ser da profissão, não podemos desconsiderar que as exigências do mercado, o dilema de alienação inerente à relação salarial, os vínculos temporários, impactam diretamente o trabalho dos profissionais.

Apesar de entendermos que a rotatividade de profissionais em virtude do vínculo temporário provoca rebatimentos na continuidade dos serviços prestados aos usuários, como aponta algumas entrevistadas, também consideramos que quando se tem um projeto profissional e projetos de intervenções consolidados com diretrizes e objetivos construídos entre a equipe, as chances de descontinuidade dos trabalhos reduzem.

No que diz respeito aos impactos gerados aos profissionais com contratos temporários e precarizados, concordamos integralmente com as falas das assistentes sociais que fazem tais apontamentos. Nas instituições militares, as relações de trabalho tendem a ser mais pressionadas devido à questão da hierárquica militar. Quando os profissionais são militares temporários os desafios são potencializados, pois se acrescenta a isso a fragilidade do emprego, o receio de não ter o contrato renovado, os direitos reduzidos – como pontuado no capítulo 1 -, tornando-se, como indica a assistente social F, **“uma espécie de "limitador" (mais um), em nome da necessidade da preservação do vínculo e da sobrevivência desses profissionais”**.

Indagadas quanto ao motivo do aumento do quantitativo de assistentes sociais contratados pela Força ao longo do tempo, 62,5% relatam que os militares também são afetados por manifestações da questão social, citando pauperização, moradia em locais de risco e baixa qualidade de vida como demandas sociais crescentes. Uma das entrevistadas cita acreditar que “um dos motivos está relacionado ao protagonismo da categoria nas forças, na busca de conferir um caráter técnico à atuação profissional”, enquanto outras duas

correlacionam a possibilidade de contratação precarizada em grande quantidade para atender às crescentes demandas da instituição.

Quando questionadas sobre o cotidiano de trabalho com base em suas principais inquietações e perspectivas, as assistentes sociais expressam os seguintes comentários:

Demandas alheias à profissão difíceis de dialogar por causa da correlação de forças, é o que mais me inquieta, **mas acredito no trabalho cotidiano e na visibilidade profissional para gerar mudanças** (Assistente Social A)

Inquietação: a equipe multidisciplinar nos trata como secretárias de suas atividades.

Perspectivas: buscar constante aprimoramento profissional para com a minha experiência, contribuir com a formação de novos assistentes sociais (Assistente Social B)

Insegurança sobre renovação; insatisfação quando há desrespeito aos direitos dos usuários e indignação quando atribuem a nós tarefas de secretariado (Assistente Social C).

A minha principal inquietação é ser deslocada para funções que não sejam da minha profissão, e permanecer nelas permanentemente (Assistente Social D).

O não reconhecimento do assistente social como profissional da saúde, entendimento de que é um profissional administrativo para prestar apoio aos “profissionais de saúde” (Assistente Social E).

Não respondeu (Assistente Social F).

Diferenciação no atendimento às hierarquias, e privilegiamento de uma determinada categoria profissional. A própria instituição é baseada na hierarquia e disciplina, portanto torna-se inalcançável romper com esses princípios. O privilegiamento de uma determinada categoria também ocorre em instituições que não são militares (Assistente Social G).

A principal inquietação é com o tempo/força de trabalho direcionada a atividades não privativas do Serviço Social, que contribuem para o aumento da demanda para os profissionais, restando pouco tempo para as atribuições privativas do Assistente Social. O trabalho melhoraria muito se não houvesse necessidade de intervenções em demandas administrativas. Além da correlação de forças institucional, saber médico acima de tudo (Assistente Social H).

Quando a questão se volta às principais inquietações das profissionais em seu cotidiano de trabalho, mais uma vez os discursos quanto à “subutilização” do Serviço Social ganham ênfase. A discussão sobre a condição de “subalternidade” do Serviço Social foi realizada nas páginas anteriores, onde se buscou compreender tal condição articulando-a com o processo histórico de criação da profissão e as exigências e condições do mercado de trabalho na sociedade do capital. Chegamos à conclusão de que todas as profissões estão condicionadas aos dilemas impostos pelo capitalismo (precarização, subutilização, polivalência, pressão por produtividade extensa etc.), e que no caso do Serviço Social tais condições são potencializadas em virtude de sua marca originária de serviço auxiliar e subsidiário a serviço daqueles que possuem uma posição dominante.

O que não significa que devemos nos conformar e nos acomodar frente a essa questão, mas buscar estratégias para superação dessas práticas e para afirmação do significado social da profissão nos diferentes espaços ocupacionais. Para isso, portanto, é imprescindível o

planejamento que direcione ações e práticas na instituição; e profissionais críticos, criativos, propositivos que saibam negociar com os empregadores a fim de mostrarem a relevância da profissão no movimento institucional.

Essas “habilidades” são adquiridas através da qualificação profissional, do aprimoramento contínuo, da articulação teoria-prática, das reuniões de equipe, da realização de planejamentos, projetos e avaliação de processos e da sistematização da prática profissional; condutas que não são observadas na equipe de Serviço Social da OMH pesquisada. Reflexo disso é que das oito assistentes sociais entrevistadas, somente duas - entrevistadas A e B - apontaram perspectivas para a atuação profissional na instituição. Seis profissionais (75%) dão centralidade às suas inquietações e insatisfações.

Ao serem perguntadas sobre como avaliam o exercício profissional do assistente social na instituição, as entrevistadas apresentaram diferentes pontos de vista, podendo ser divididos em dois grupos: o primeiro, apesar de mencionar os desafios da atuação no ambiente militar, apresenta as possibilidades de práticas e de materialização do projeto ético-político, bem como os pontos positivos como a viabilização de direitos aos usuários - devido à ausência de problemas quanto a investimentos e recursos financeiros aos Programas:

Um "eterno" avanço e retrocesso para valorização profissional. Entretanto, um espaço privilegiado para ocupação da categoria em lugar de poder (Assistente Social A).

O exercício do assistente social nessa organização **possui recursos financeiros para atendimento das demandas dos usuários dos nossos serviços**. No entanto, sofre muitos rebatimentos da relação hierárquica (Assistente Social B).

Percebo que a categoria de assistentes sociais na instituição está de parabéns, pois **buscamos de forma coletiva materializar o Código de Ética na instituição, apesar de todos os desafios** (Assistente Social D).

Permeada de desafios e superações (Assistente Social G).

Existem esforço e comprometimento das profissionais com o projeto ético-político do Serviço Social e à necessidade dos usuários. Considero um bom trabalho, porém necessita de ampliação de pessoal e redirecionamento das demandas administrativas para conseguir ser ótimo (Assistente Social H).

O segundo grupo permanece dando centralidade às requisições institucionais e insatisfação profissional. Vejamos as declarações:

Uma luta diária em prol dos usuários, mas que muitas vezes acarreta consequências negativas ao profissional, sendo o desgaste mental/emocional o mais fragilizado (Assistente Social C).

Uma atuação complexa, com muitas requisições institucionais com as quais é preciso mediar cotidianamente (Assistente Social E).

O exercício profissional nesta instituição é atravessado por uma série de condicionantes, que acirram a correlação de forças e relativizam ainda mais a autonomia profissional, diante de uma lógica hierárquica-normativa (Assistente Social F).

Chama-nos atenção a resposta da assistente social A, quando a entrevistada avalia que a instituição é “um espaço privilegiado para ocupação da categoria em lugar de poder”, já que contradiz as declarações das oito entrevistadas durante todos os momentos das entrevistas, haja vista que sempre enfatizaram a questão da subalternidade do Serviço Social na instituição, motivo das principais queixas e insatisfações da equipe de assistentes sociais.

Considerando o Código de Ética do Serviço Social como normatização balizadora da atuação profissional, todas as assistentes sociais consideraram viável articular os princípios éticos à atuação profissional em âmbito militar:

Sim. Apesar dos desafios, essa é a maior luta embora em meio a avanços e retrocessos (Assistente Social A).

Sim. Por meio de mecanismos de articulação com as correlações de forças (Assistente Social B).

Sim. Ainda que tenhamos que atender à hierarquia, é possível garantir direitos, atender sem preconceito e lutar pela democracia (Assistente Social C).

Sim. Pois, **todos os espaços profissionais trazem desafios para a materialização do Código de Ética do assistente, a instituição militar é apenas mais uma.** É difícil, mas é possível (Assistente Social D).

Sim. É complexo, há como articular, lidando com muitos entraves profissionais (Assistente Social E).

Sim. Considero viável, a despeito de compreender que uma instituição militar possui singularidades que possam tornar tal articulação mais difícil (Assistente Social F)

Sim. Porque **cabe ao assistente social exercer sua profissão de maneira que materialize os princípios do Código de Ética** (Assistente Social G).

Sim. **O código de ética deve sempre ser cumprido/seguido em todos os aspectos para direcionar a prática profissional** (Assistente Social H).

Quadro 5 - Assistentes sociais/Marinha do Brasil/2022. Artigos do Código de Ética do assistente social de fácil e difícil materialização.

ARTIGOS/ITENS MAIS FÁCEIS DE SEREM MATERIALIZADOS	ARTIGOS/ITENS MAIS DIFÍCEIS DE SEREM MATERIALIZADOS
• Empregar com transparência as verbas sob sua responsabilidade, de acordo com os interesses e necessidades coletivas dos usuários (Assistente Social A) [Cap. II - Da relação com as instituições empregadoras – Art. 8º deveres dos assistentes sociais]; • Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (Assistente Social B) [Princípio Fundamental X]; • Compromisso com a qualidade dos serviços, empenho na eliminação do preconceito, posicionamento a favor da justiça e equidade (Assistente Social C) [Princípio Fundamental X]; • Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (Assistente Social D) [Princípio Fundamental X]; • Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social (Assistente Social E) [Art 5º I e VI – Atribuições privativas]; • Empenho na eliminação de toda forma de preconceito, garantia do pluralismo (Assistente Social F) [Princípio Fundamental VI]; • Democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as (Assistente Social G) [Cap. I – Da relação com os usuários – Art. 5º]; • Participação na elaboração e gerenciamento nas políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais (Assistente Social H) [Art. 2º - Direitos dos assistentes sociais].	• Contribuir para alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária (Assistente Social A) [Cap. II - Da relação com as instituições empregadoras – Art. 8º deveres dos assistentes sociais];; • Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo (Assistente Social B) [Princípio Fundamental II];. • Exercício do Serviço Social sem ser discriminado (Assistente Social C) [Princípio Fundamental XI]; • Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo (Assistente Social D) [Princípio Fundamental II]; • Ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções [Art. 2º - Direitos dos assistentes sociais]. A duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais [Art 5ºA – Atribuições privativas] (Assistente Social E). • Recusa do arbítrio e do autoritarismo [Princípio Fundamental II]. Reconhecimento da liberdade como valor ético central [Princípio Fundamental I] (Assistente Social F); • Dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional (Assistente Social G) [Cap. II - Da relação com as instituições empregadoras – Art. 7º direitos dos assistentes sociais]; • Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida (Assistente Social H) [Princípio Fundamental IV].

--	--

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

*Grifos da autora

Antes de analisarmos as indicações das assistentes sociais, é necessário sinalizar que das dezoito indicações, dez (55,5%) são referentes aos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional; três (16,5%) referem-se à relação com as instituições empregadoras; duas (11%) aos direitos dos assistentes sociais; duas (11%) às atribuições privativas; e uma (6%) à relação com os usuários.

Observa-se que as indicações compreendidas como “fáceis de serem materializadas”, são aquelas que dependem mais do posicionamento objetivo e subjetivo do assistente social no exercício de sua função, especialmente quando se trata do atendimento aos usuários. Ou seja, para ter compromisso com a qualidade dos serviços prestados, democratizar as informações, ter um posicionamento contra qualquer tipo de preconceito, empregar com transparência os recursos disponíveis etc. independe da correlação de forças institucional. Depende da direção social que o assistente social optará em sua prática.

Dentre os artigos/itens considerados mais fáceis de materialização na instituição pesquisada, a assistente social H mencionou “Participação na elaboração e gerenciamento nas políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais”. Compreendemos que esse artigo em específico não pode se enquadrar na abordagem acima. Contudo, inferimos que a entrevistada o indicou, pois de fato o Serviço Social tem participação na elaboração e execução dos programas e projetos sociais na força marítima; possuindo inclusive uma Diretoria Especializada (Diretoria de Assistência Social da Marinha – DASM) responsável por elaborar, nortear, assessorar e supervisionar tais programas.

Em contrapartida, os artigos/itens indicados como “difíceis de serem materializados”, são àqueles em que a correlação de forças institucionais predomina. Não depende somente da direção teórica-metodológica, ético-política e técnico-operativa dos assistentes sociais, mas das diretrizes institucionais e dos meios e instrumentos de trabalho disponibilizados pela instituição empregadora.

Três entrevistadas (37,5%) indicaram o princípio “Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” como difícil de ser materializado na instituição. Inferimos que não diz respeito ao posicionamento profissional das assistentes sociais na relação com os usuários, mas que por se tratar de uma instituição militar – instituição constituída pelo conservadorismo, pela arbitrariedade e pela hierarquia com

prevalência do autoritarismo – a materialização do referido princípio em nível institucional seria um grande desafio.

Diante de todo o exposto, questionou-se sobre sugestões de mudanças para a organização do Serviço Social na OMH pesquisada e: uma assistente social não respondeu, duas assistentes sociais (25%) responderam que não possuíam:

Não. Por se tratar de uma instituição militar que envolve uma Diretoria de Assistência Social, envolve uma relação hierárquica extra a nossa organização militar (Assistente Social B).

Não (Assistente Social D).

Cinco entrevistadas responderam que possuíam sugestões, como sinalizado abaixo:

Mudança na estrutura da Diretoria que possibilitasse maior força e articulação, que nos desse maior autonomia (Assistente Social C).

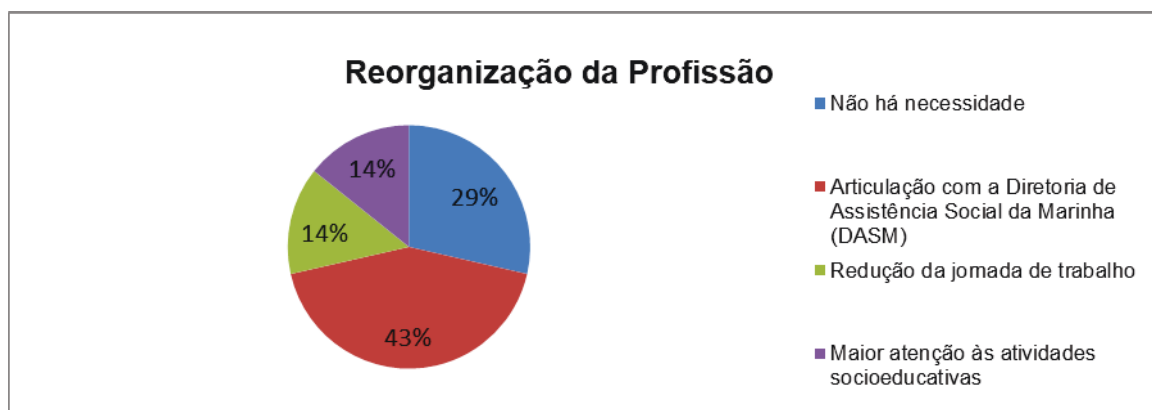
Sim, **criar cargos de assistentes sociais submetidos à Diretoria de Saúde da Marinha (atuação em unidades de saúde) e outras a Diretoria de Assistência Social da Marinha (compondo os Núcleos de Assistência Social, inclusive em unidades de saúde)**, no que tange a atendimento da tripulação). Mais autonomia profissional no que tange ao caráter técnico profissional, menos intervenção de autoridades (Assistente Social E).

Compreendo a necessidade de **maior articulação com a nossa Diretoria técnica**, de modo a fortalecer a categoria frente ao acirramento das correlações de forças no interior da instituição em que nos encontramos (Assistente Social F).

Sim. **Redução de carga horária**, que muitas vezes ultrapassa 60 h semanais (Assistente Social G).

Sim. Há a necessidade de **maior intervenção socioeducativa** para que os usuários/tripulação **possam de fato compreender o papel do Serviço Social** (Assistente Social H).

Gráfico 7 - Assistentes sociais da Marinha do Brasil/2022. Reorganização da profissão



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Um ponto que merece atenção frente as sugestões indicadas pelas assistentes sociais é que a maior parte delas se trata de uma dimensão macro. Três profissionais indicam maior articulação com a DASM, uma sinaliza a redução da jornada de trabalho e uma refere a necessidade de aumentar as atividades socioeducativas. Entretanto, não são visualizadas propostas de planejamento e (re) organização entre a própria equipe.

Entendemos que os apontamentos das assistentes sociais são relevantes, mas a questão principal passa ao largo. A equipe possui ações fragmentadas e irrefletidas, estão sem gerenciamento, sobrecarregadas, e sucumbidas pelo cotidiano, necessitam imperiosamente de uma reorganização interna para que então consigam construir propostas possíveis dentro da realidade apresentada.

Dessa forma, reiteramos que durante o processo de análise das entrevistas com as assistentes sociais e da análise documental, não foram identificadas propostas críticas e criativas para a reorganização setorial, não verificamos a realização contínua de reuniões de equipe a fim de demarcar lacunas e falhas para o redirecionamento das ações, não vemos discurso sobre planejamentos etc. Esses fatores afastam cada vez mais as assistentes sociais de verificarem as possibilidades de práticas contidas na realidade.

Como pontuado no decorrer da pesquisa, sabemos que o cotidiano é um espaço propício para a repetição acrítica e para desvelá-lo e apreender sua essência é necessária suspensão da cotidianidade. Lukács (apud Netto, 2007) assinala que há três formas de objetivação, as quais são: o trabalho criador (trabalho não alienado), a arte e a ciência; todavia, deixa claro que essas objetivações não suprimem o cotidiano, já que este é ineliminável. Portanto, segundo o autor, o que ocorre é a suspensão da cotidianidade por um determinado tempo e o retorno do indivíduo à vida cotidiana. Em seu regresso, porém, esse

sujeito está modificado, e por isso percebe o cotidiano de modo diferente. Assim sendo, “a reflexão crítica do cotidiano é realizada quando o indivíduo se eleva da sua singularidade ao humano genérico” (MATOS, 2013, p. 85).

O que vemos no campo pesquisado, no entanto, é algo bem distante da “suspensão da cotidianidade”. Os resultados apontam para uma ausência de encontros entre a equipe de assistentes sociais para reflexão da prática profissional, para sistematização dessa prática e criação de alternativas com vistas ao fortalecimento da profissão naquele espaço sócio-ocupacional.

Vasconcelos (2015) sinaliza que é no cotidiano da prática dos assistentes sociais que estão presentes e pode-se apreender as possibilidades de prática na direção do projeto profissional. Portanto, consideramos que esta pesquisa, a partir da análise concreta de situações concretas, é um instrumento que contribuirá para reflexão teórico-crítica da prática profissional, bem como para trazer ao conhecimento as possibilidades de prática direcionadas pelo projeto profissional mesmo em um espaço militar.

Se a dialética presente na realidade, sua complexidade e dinâmica, não permite a reprodução de receitas, a análise concreta de situações concretas, para além de revelar a contradição entre os objetivos e o objetivado, tendo em vista princípios éticos e teórico-metodológicos definidos, pode revelar, ainda, tanto tendências e alternativas não exploradas como experiências que caminham na direção proposta. Assim, o que pode haver de contribuição está para além do dever ser porque expressão de situações reais (VASCONCELOS, 2015, p. 456).

3.5 Percepção dos militares e servidores civis trabalhadores da instituição sobre o Serviço Social da OMH

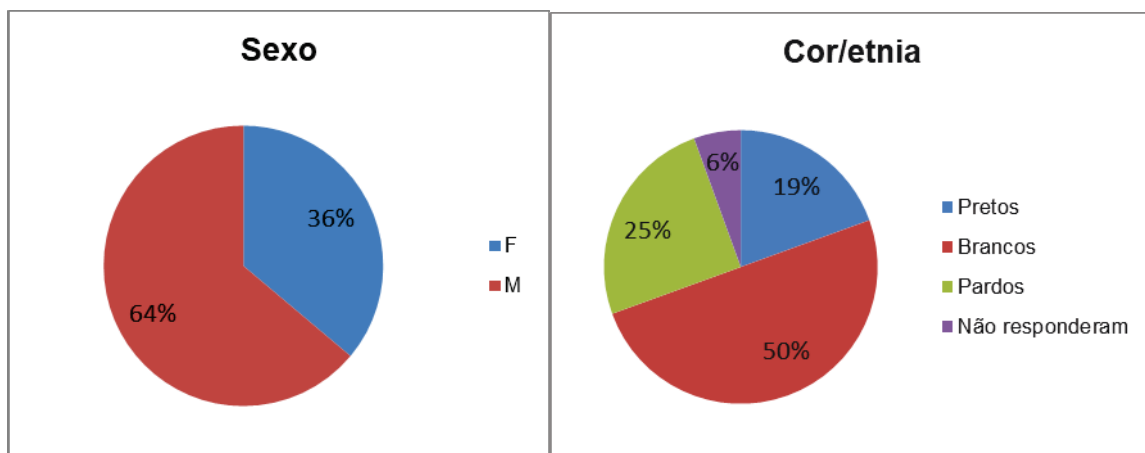
Neste item, pretendemos abordar o que pensam os militares e servidores civis que trabalham na OMH – usuários e/ou potenciais usuários dos serviços socioassistenciais - acerca do Serviço Social da instituição. O motivo da escolha se deu pelo fato da necessidade de explicitar e analisar as particularidades presentes no atendimento do Serviço Social a este público, haja visto os programas e projetos institucionais específicos à “tripulação de bordo” (trabalhadores da instituição) e as peculiaridades existentes, especialmente, na categoria militar. Assim, foram disponibilizados questionários em diferentes setores da OMH, a fim de serem respondidos por este público. Em geral, dos cinquenta questionários disponibilizados, foram respondidos trinta e seis.

Como dissertado no decorrer da pesquisa, os militares são regidos por legislação própria e estão submetidos a prerrogativas, direitos e deveres diferenciados em relação às demais categorias de trabalhadores, pois seu tipo de regime de trabalho apresenta peculiaridades específicas da profissão militar. Embora atendamos também os servidores civis – que estão amparados pela legislação que norteia o funcionalismo público e que possuem direitos e deveres diversificados da categoria militar – estes, por comporem o quadro funcional de uma instituição militar, também estão subordinados aos princípios valorativos que regem a instituição: hierarquia e disciplina.

3.5.1 Perfil da tripulação de usuários: militares e servidores civis da OMH

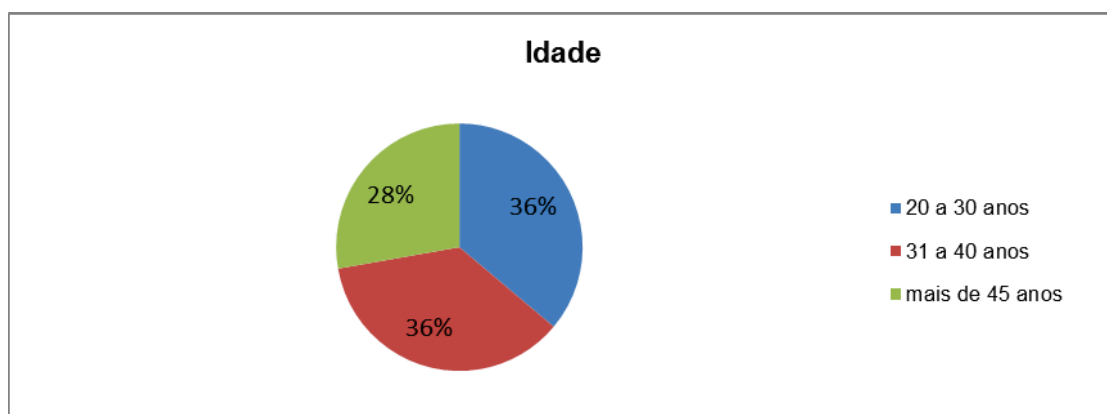
A partir dos gráficos abaixo, podemos observar que a maior parte dos militares que responderam ao questionário – vinte e três (64%) - é composta por homens. Contudo, num universo de cerca de 3.200 profissionais, não podemos afirmar, a partir de uma amostra de 36 militares da OMH analisada, que as Forças Armadas, uma instituição que possui como traço histórico e cultural a predominância majoritária masculina em seu quadro efetivo, reflita essa imagem. Especialmente por se tratar de uma unidade de saúde que possui em seu quadro funcional, profissões predominantemente femininas, como: Enfermagem (nível superior e técnico); Nutrição; Fonoaudiologia; Psicologia; Serviço Social; entre outras. Quanto à cor/etnia, 50% se autodeclararam brancos, 25% pardos, 19% pretos e 6% não responderam. Verificou-se, também, que 72% dos militares estão na faixa etária de 20 a 45 anos.

Gráfico 8 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Sexo e Cor/Etnia dos militares e servidores civis da OMH



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

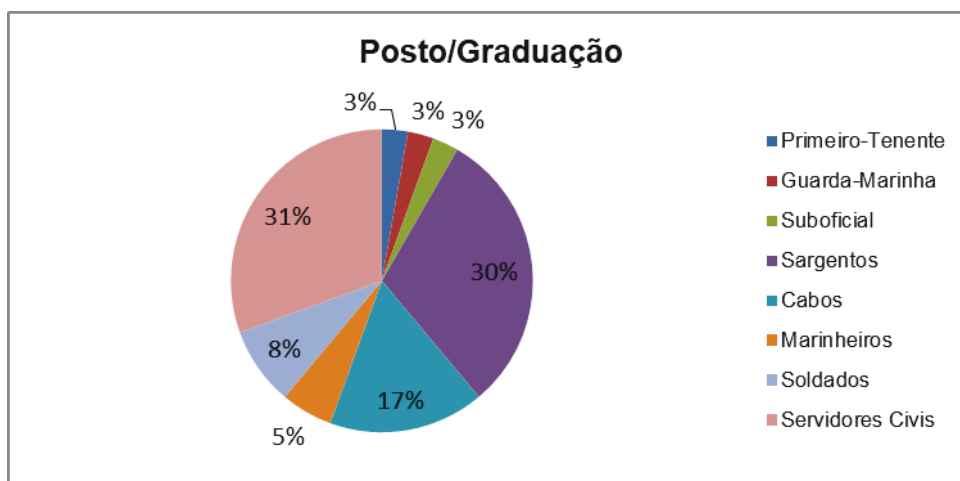
Gráfico 9 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Idade dos militares e servidores civis da OMH



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

No que diz respeito ao posto e graduação dos respondentes, verificou-se que 63% são Praças (30% Sargentos, 17% Cabos, 8% Soldados, 5% Marinheiros e 3% Suboficiais), 31% são Servidores Civis e apenas 6% são oficiais (3% Primeiro-Tenente e 3% Guarda-Marinha). Este resultado apresenta, parcialmente, o perfil dos usuários do Serviço Social da OMH. Conforme ilustra o gráfico abaixo:

Gráfico 10 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Posto/graduação



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

A título de esclarecimentos, os **Praças** são profissionais que exercem a função de nível médio e técnico (técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, técnicos administrativos, cozinheiros, técnicos de nutrição, técnicos de informática, motoristas, técnicos de patologia, paioleiros (almoxarifes), arrumadores (copeiros), escreventes entre outros); os **Oficiais** são profissionais de nível superior (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, contadores, administradores, farmacêuticos, fisioterapeutas, pedagogos, bacharéis em Direito, entre outros).

De fato, o maior quantitativo de usuários da tripulação atendido pelos assistentes sociais são Praças. Isto envolve alguns fatores, tais como: questões socioeconômicas, estigmas institucionais (muitos militares/servidores civis possuem dificuldade de buscar atendimento no Serviço Social para evitar serem taxados como “PS” “problema social⁴⁹”); menor possibilidade de articulação e acesso aos superiores hierárquicos; entre outros. Cabe destacar que 81% são profissionais estabilizados (militares de carreira ou servidores civis concursados) e 19% são militares temporários.

Questionados sobre o termo “PS – Problemas Sociais”, bastante utilizado no meio militar para estigmatizar e definir padrões e situações que possam interferir nas atividades laborais e de convivência no espaço de trabalho, os tripulantes indicaram as seguintes expressões⁵⁰:

⁴⁹ Termo utilizado no meio militar para definir uma série de acontecimentos negativos ocorridos na vida de uma determinada pessoa, ou para estigmatizar o militar que, para cultura militar, apresenta problemas funcionais que interferem diretamente no trabalho. Veremos a percepção dos respondentes sobre o termo “PS” no quadro 6.

⁵⁰ Vale ressaltar que os participantes da pesquisa indicaram mais de uma definição.

Quadro 6. - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Percepção da tripulação acerca do termo “problemas sociais”

“Problemas sociais”	Número de vezes que apareceram nas respostas
Problemas financeiros	19
Problemas familiares	11
Dificuldade de acesso a direitos sociais	9
Problemas na OM	2
Problemas de saúde física/mental	4
Tudo o que possa afetar minha vida negativamente	5

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

A seguir, temos de forma mais detalhada as percepções dos tripulantes:

Abandono, má assistência, fome, **pobreza** (Tripulante nº 22 – Primeiro-Tenente)
Problemas financeiros, familiares e psicológicos (Tripulante nº 35 - Primeiro-Tenente)
 Qualquer situação que possa causar transtornos ao ambiente que se vive (Tripulante nº 9 - Suboficial).
 Problemas familiares (Tripulante nº 1 - Segundo-Sargento)
 Situação em que o indivíduo possa se encontrar que venha a afetar sua vida pessoal ou profissional (Tripulante nº 17 - Segundo-Sargento)
 Qualquer situação que fuja ao controle familiar (Tripulante nº 23 - Segundo-Sargento)
Problema financeiro ou algo familiar (Tripulante nº 2 - Terceiro-Sargento)
Problemas financeiros, familiares (Tripulante nº 3 - Terceiro-Sargento)
Financeiro (Tripulante nº 4 - Terceiro-Sargento)
Questões financeiras, educacionais (Tripulante nº 5- Terceiro-Sargento)
 Problemas no contexto familiar, **financeiro**, adaptação profissional, violência, carência de oportunidade, informação e educação (Tripulante nº 13- Terceiro-Sargento)
 Problemas que estão te afetando tanto profissionalmente como questões familiares (pessoais) (Tripulante nº 18 - Terceiro-Sargento)
Problemas financeiros, familiares e perda de algum parente (Tripulante nº 36- Terceiro-Sargento)
 Todo problema que de alguma forma afeta minha vida profissional, familiar, **financeira**, de forma negativa (Tripulante nº 7 – Cabo)
 Um problema que compromete a saúde e a sociedade (Tripulante nº 11 – Cabo)
 Tudo o que envolve/interfere na vida **financeira** e social (Tripulante nº 20 – Cabo)
Econômicos (Tripulante nº 31 – Cabo)
 Doenças, **falta de recurso financeiro**, dificuldades familiares (Tripulante nº 33 – Cabo)
Problemas referentes a finanças, ambiente de trabalho e lazer (Tripulante nº 6 – Soldado)
Falta de comida no prato (Tripulante nº 14 – Soldado)
Ajuda financeira, saúde, ajuda alimentícia (Tripulante nº 15– Soldado)
 Problemas em geral: **financeiros**, pessoais etc. (Tripulante nº 32 - Marinheiro)
 Circunstâncias da vida. Muitas vezes não procuramos a situação, elas chegam na nossa vida (Tripulante nº 8 – Servidor Civil)
 Necessidade de mudança de OM (Tripulante nº 24 – Servidor Civil)
Falta de emprego, moradia, educação, saúde precária, violência, falta de alimentos e falta de amor ao próximo (Tripulante nº 25 – Servidor Civil)
Desemprego, violência e outros (Tripulante nº 26 – Servidor Civil)

São problemas que afetam diretamente a sociedade, sobretudo as camadas populares: falta de segurança, falta de moradia, educação de qualidade (Tripulante nº 27 – Servidor Civil)

Problemas que dizem respeito à vida social (Tripulante nº 29 – Servidor Civil)

Questões familiares (Tripulante nº 30 – Servidor Civil)

Desemprego, educação insuficiente, falta de saneamento (Tripulante nº 34 – Servidor Civil)

Verifica-se que dos trinta e um participantes que responderam a questão, dezenove deles (61%) indicaram problemas financeiros ou situações afetas a isso, como pobreza e desemprego. As indicações independeram do posto e da graduação. De oficiais a servidores civis, tem-se entendimento que situações de ordem econômica têm predominância no apontamento da concepção de “problemas sociais”.

Outro ponto importante a ser abordado é o fato de que vinte e oito participantes indicam como “problemas sociais” expressões da questão social. Alguns tripulantes concebem explicitamente como a ausência dos direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988. Sabemos que às expressões da questão social são inerentes à sociedade capitalista, e que são acentuadas ganhando novas “roupagens” a cada fase do capitalismo. Por que então sofrer com os impactos causados pelo capitalismo é um estigma para os militares?

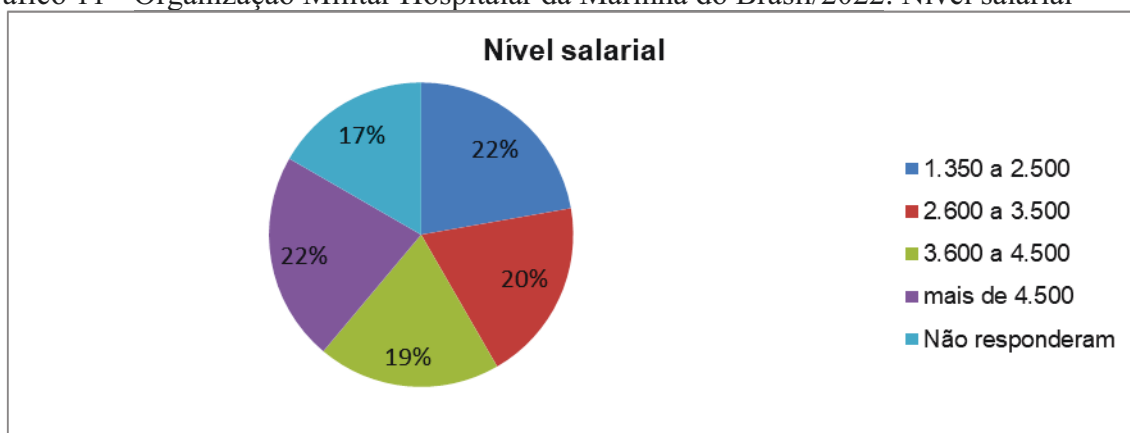
Como dissertam Janowitz (1967, apud Moreira (2021), a profissão militar é mais que uma ocupação; é todo um estilo de vida. [...], cujas exigências sobre sua existência diária transcendem seus deveres oficiais. [...] uma profissão em que comportamentos, atitudes e gestos são rigorosamente normatizados e supervisionados. Assim, a discussão de Santana (2020) oferece respostas para nosso questionamento, quando a autora discorre que a instituição militar propicia que os militares incorporem valores e condutas necessários **para que se sintam cada vez mais distantes da categoria de trabalhadores a que pertencem**. Esse distanciamento não se dá de maneira inocente ou aleatória, sendo necessário para que os militares aceitem as condições de trabalho as quais estão submetidos de **modo a acreditar que são, de fato, diferentes da classe que vende sua força de trabalho fora das organizações militares**, e conformando-se em trabalhar sem carga horária fixa, contratados sem funções predefinidas e sem a possibilidade de organizar-se coletivamente.

Aqueles que apresentam questões passíveis de interferência no exercício da função militar (no trabalho) são por vezes considerados como sujeitos que não conseguem administrar sua vida. Os problemas são considerados de modo individual e, assim, o próprio militar deveria ter habilidade e criar condições para superá-los, sem causar impactos para a instituição. É neste cenário que entra a importância do Serviço Social na Força. A partir da análise crítica da sociedade e do direcionamento ético-político e do instrumental técnico da

profissão, o Serviço Social vem para desmistificar tal concepção, destacando que os militares também fazem parte da população que sofre os impactos causados pelo capitalismo. Não se tratando, desse modo, de circunstâncias individuais, mas de expressões próprias do contexto social, político e econômico de um país capitalista, que só serão superadas com a superação da ordem societária vigente.

No que diz respeito ao nível salarial dos entrevistados, verificou-se que todos possuem uma renda superior ao salário-mínimo, que até o primeiro trimestre de 2023 perfazia o valor de R\$ 1.302,00. Isto denota que os usuários das ações socioassistenciais e benefícios sociais da OMH apresentam um perfil diferente da população usuária da Política de Assistência Social brasileira (PNAS), pois, de acordo com o Decreto nº 10.851, de 5 de novembro de 2021, são consideradas em situação de extrema pobreza as famílias que possuem uma renda per capita de até R\$ 100,00; e em situação de pobreza as que possuem a renda per capita de até R\$ 200,00. Nesse sentido, seria correto definir as ações e benefícios socioassistenciais direcionados aos militares e servidores civis como “Assistência Social”?⁵¹

Gráfico 11 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Nível salarial



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Uma questão que salta aos olhos é o fato de 42% (quinze) dos tripulantes receberem menos do que três salários-mínimos. Isso em um trabalho de ocupação integral pode impactar a vida do militar/servidor civil e de suas famílias no que se refere à saúde, educação, moradia, alimentação, lazer etc. Nessa contradição, presente nas relações sociais e reprodução social, os assistentes sociais são requisitados, conforme sinaliza Iamamoto (2008), como os profissionais que estão no “mar de criação de consensos”, através da formulação e execução das ações e benefícios socioassistenciais existentes na Força.

⁵¹ Discussão que merece ser aprofundada em estudos posteriores

A ampliação exponencial das desigualdades de classes, densas de disparidades de gênero, etnia, geração e desigual distribuição territorial, radicaliza a questão social em suas múltiplas expressões coletivas inscritas na vida dos sujeitos, densa de tensões entre consentimento e rebeldia, o que certamente encontra-se na base da tendência de ampliação do mercado de trabalho para a profissão de Serviço Social na última década (IAMAMOTO, 2009, p. 2).

No que se refere à diferença salarial entre os diferentes postos e graduações, apresentamos na figura abaixo o valor do soldo do militar (primeira coluna) e os adicionais e gratificações que podem ser acrescidos em sua remuneração mediante habilitações, plano de carreira, cursos específicos, regiões do Brasil para onde é movimentado etc. Dessa forma, não significa que os militares farão jus ao total de remuneração expresso na última coluna, porém a partir desses dados podemos verificar disparidade salarial existente entre praças – especialmente Cabos, Marinheiros e Soldados – e Oficiais.

ANEXO II - REMUNERAÇÃO/SUBSÍDIO DE CARGO EFETIVO/POSTO/GRADUAÇÃO
TABELA 3 - MILITARES

PODER/ÓRGÃO/UNIDADE: Comando da Marinha
VIGÊNCIA: DEZ/2020

R\$ 1,00

TÍTULOS: DEZ/2020							Remuneração Média										FS				1.0
Grupo	Posto/Graduação	Descrição	Soldo	Ad Militar	Adc Habilitação	Ad Tempo Serviço	Ad Disponibilidade Militar	Adicional de Compensação Orgânica						Adc Permanência	Gratificação de Localidade Especial		Gratificação de Representação		Total		
								Viso	Salto Par	Incrasso	Mergulho	Contr Traf Aéreo	Raio X		Categoria A	Categoria B	Of Gen e Direção	Demais			
Of Generais	Almirante-de-Esquadra, General-de-Exército e Tenente-Brigadeiro		13.471,00	3.771,88	5.657,82	0,00	5.523,11	730,80	0,00	2.694,20	0,00	0,00	0,00	2.778,39	0,00	0,00	1.347,10	0,00	33.314,20		
	Vice-Almirante, General-de-Divisão e Major-Brigadeiro		12.912,00	3.615,36	5.423,04	0,00	4.906,56	2.554,27	0,00	2.582,40	2.582,40	0,00	0,00	1.986,46	2.582,40	0,00	1.291,20	537,18	26.040,06		
	Contral-Amirante, General-de-Brigada e Brigadeiro		12.490,00	3.497,20	5.245,80	0,00	4.371,50	2.498,00	2.290,20	2.359,47	2.290,20	0,00	910,05	1.224,51	2.498,00	0,00	1.249,00	0,00	24.130,33		
Of Superiores	Capitão-de-Mar-e-Guerra e Coronel		11.451,00	2.862,75	4.808,01	0,00	3.664,32	2.268,38	2.002,64	2.084,98	2.228,39	2.290,20	920,39	634,58	2.290,20	1.145,10	1.145,10	474,52	20.135,52		
	Capitão-de-Fragata e Tenente-Coronel		11.250,00	2.809,94	4.612,15	0,00	2.922,34	1.985,55	1.786,24	1.980,81	2.059,65	1.116,90	920,63	761,03	2.250,00	1.125,00	1.125,00	435,73	19.370,04		
	Capitão-de-Corveta e Major		11.088,00	2.766,55	3.354,93	0,00	2.213,24	1.990,39	796,93	2.004,05	1.880,91	1.097,32	960,93	766,08	2.217,60	1.108,80	1.108,80	429,76	17.874,29		
Of Intermediário	Capitão-Tenente e Capitão		9.135,00	2.009,06	2.515,95	1.164,71	1.139,68	1.632,47	1.197,41	1.423,95	1.746,38	1.369,60	799,10	520,86	1.827,00	913,50	913,50	429,76	14.172,68		
Of Subalternos	Primeiro-Tenente		8.245,00	1.566,55	2.123,12	0,00	533,04	1.577,73	1.062,03	1.294,10	1.547,37	1.649,00	752,31	412,25	1.649,00	824,50	0,00	0,00	12.240,72		
	Segundo-Tenente		7.490,00	1.423,10	1.760,33	0,00	500,80	1.427,63	644,85	1.329,63	1.498,00	381,60	228,47	0,00	1.498,00	749,00	0,00	0,00	10.965,47		
	Guarda-Marinha e Aspirante-a-Oficial		7.315,00	1.389,85	1.788,69	0,00	498,50	1.328,89	388,86	667,80	954,00	0,00	0,00	0,00	1.463,00	0,00	0,00	0,00	9.595,78		
Praças Especiais	Aspirante, Cadete (último ano) e Aluno do Instituto Militar de Engenharia (último ano)		1.630,00	211,90	0,00	0,00	81,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.841,90		
	Aspirante e Cadete (demais anos), Aluno do Centro de Formação de Oficiais de Aeronáutica, Aluno do Orgão de Formação de Oficiais da Reserva		1.334,00	173,42	253,46	0,00	66,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	266,80	0,00	0,00	0,00	1.522,73		
	Aluno do Colégio Naval, Aluno da Escola Preparatória de Cadetes (último ano) e Aluno da Escola de Formação de Sargentos		1.199,00	155,87	323,73	0,00	59,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.358,03		
Praças Graduadas	Aluno do Curso de Formação de Sargentos		1.185,00	154,05	159,66	0,00	59,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	237,00	0,00	0,00	0,00	1.344,14		
	Aluno do Curso de Formação de Sargentos		1.105,00	143,65	0,00	0,00	55,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.248,65		
	Suboficial e Subtenente		6.169,00	986,05	1.802,84	0,00	1.972,09	1.173,61	901,45	644,91	1.136,84	1.015,21	442,67	319,44	1.233,80	616,90	616,90	155,18	9.368,77		
Demais Praças	Primeiro-Sargento		5.483,00	876,79	1.479,59	0,00	1.095,99	1.056,04	692,77	582,61	999,32	612,44	378,08	274,15	1.096,60	548,30	548,30	107,42	8.165,43		
	Segundo-Sargento		4.770,00	763,20	1.263,93	596,25	615,57	882,18	562,10	572,75	854,27	916,20	400,09	250,58	954,00	477,00	477,00	91,19	7.044,26		
	Terceiro-Sargento		3.825,00	611,91	970,61	535,50	236,15	696,57	414,96	581,74	682,44	765,00	252,22	191,25	765,00	382,50	0,00	80,55	5.522,42		
Demais Praças	Cabo (engajado) e Tufeiro-Mor		2.627,00	341,51	498,79	215,60	157,64	499,46	251,83	399,08	504,78	0,00	261,15	0,00	525,40	262,70	0,00	79,95	3.576,21		
	Marinheiro, Soldado Fuzileiro Naval e Soldado de 1ª Classe (especializado, cursante e engajado), Soldado-Charuto ou Corvetista de 1ª Classe e Soldado Para-Quedista (engajado)		1.926,00	250,38	357,51	96,30	96,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	385,20	192,60	0,00	0,00	2.704,90		
	Marinheiro, Soldado Fuzileiro Naval, Soldado de 1ª Classe (não especializado) e Soldado-Charuto ou Corvetista de 2ª Classe, Soldado do Exército e Soldado de 2ª Classe (engajado)		1.765,00	229,45	211,80	0,00	88,25	353,00	146,72	167,68	353,00	0,00	0,00	0,00	0,00	353,00	176,50	176,50	53,71	2.276,60	
Demais Praças	Marinheiro-Recruta, Recruta, Soldado, Soldado-Recruta, Soldado de 2ª Classe (não engajado) e Soldado-Charuto ou Corvetista de 3ª Classe		1.078,00	140,14	129,36	0,00	53,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	215,60	107,80	0,00	0,00	1.254,63		

Fonte: Marinha do Brasil

3.5.2 Percepção da tripulação acerca do Serviço Social da OMH

Neste item, abordaremos a percepção que os militares e servidores civis trabalhadores da OMH (denominados como tripulantes) possuem acerca do Serviço Social da instituição. Para a coleta das informações desses potenciais usuários, foi utilizado questionário fechado de forma a simplificar o entendimento das questões, totalizando trinta e seis questionários aplicados durante o período de estudo. O questionário teve como pergunta inicial a quantidade de vezes em que eles (as) procuraram o Serviço Social. Observou-se que treze tripulantes (36%) não necessitaram do atendimento de um assistente social e que vinte e três tripulantes (64%) demandaram atendimento no Serviço Social pelo menos uma vez. Vejamos o Quadro 7, abaixo:

Quadro 7 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Número de vezes em que o Serviço Social foi procurado pela tripulação da OMH

Especificação	Tripulantes
Nenhuma vez	Tripulante nº 1 - Segundo-Sargento Tripulante nº 2 - Segundo-Sargento Tripulante nº 5- Terceiro-Sargento Tripulante nº 7 – Cabo Tripulante nº 10 – Cabo Tripulante nº 19 – Servidor Civil Tripulante nº 20 – Cabo Tripulante nº 24 – Servidor Civil Tripulante nº 27 – Servidor Civil Tripulante nº 31 – Cabo Tripulante nº 33 – Cabo Tripulante nº 34 – Servidor Civil Tripulante nº 35 – Primeiro Tenente (Nutricionista) Total: 13
1 a 2 vezes	Tripulante nº 4 - Terceiro-Sargento Tripulante nº 6 – Soldado Tripulante nº 11 – Cabo Tripulante nº 12 - Terceiro-Sargento Tripulante nº 13 - Terceiro-Sargento Tripulante nº 14 – Soldado Tripulante nº 15 – Soldado Tripulante nº 17 - Segundo-Sargento Tripulante nº 18 – Terceiro-Sargento Tripulante nº 21 – Servidor Civil Tripulante nº 23 - Segundo-Sargento Tripulante nº 25 – Servidor Civil Tripulante nº 26 – Servidor Civil Tripulante nº 32 – Marinheiro Tripulante nº 36 – Terceiro-Sargento Total: 15
2 a 4 vezes	Tripulante nº 3 – Terceiro-Sargento Tripulante nº 16 – Marinheiro Tripulante nº 22 – Primeiro-Tenente (Médico) Tripulante nº 29 – Servidor Civil Tripulante nº 30 – Servidor Civil Total: 5
Mais de 4 vezes	Tripulante nº 8 – Servidor Civil Tripulante nº 9 – Suboficial Tripulante nº 28 – Servidor Civil Total: 3
Total	36

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Quando questionados (as) se encontraram dificuldades para atendimento no Serviço Social, vinte e sete tripulantes (75%) responderam que não tiveram dificuldades e nove (25%) informaram que sim. Os que comentaram sobre sua resposta pontuaram os seguintes óbices:

Motivo parecer inelegível (Tripulante nº 9 - Suboficial)

O parecer do Serviço Social é muito demorado, o processo requer sempre muito tempo. (Tripulante nº 12 – Terceiro-Sargento)

Centralizado no SASM/Dificuldade de acesso ao SASM. (Tripulante nº 13 – Terceiro-Sargento).

Demora semanas para chamar. (Tripulante nº 14 - Soldado).

Burocracia. (Tripulante nº 15 - Soldado)

Das dificuldades elencadas acima, observamos que um tripulante refere-se à “centralização no SASM” e à “dificuldade de acesso ao SASM”, isto porque, como esclarecido logo na introdução da dissertação, as ações e intervenções realizadas pelo Serviço Social da OMH não contam com a participação de uma equipe composta também por psicólogos e bacharéis em Direito para atendimento de forma integrada conforme ocorre nos Núcleos de Assistência Social (NAS), sendo o Serviço de Assistência Social da Marinha (SASM) um desses núcleos. Assim, quando o militar/servidor civil necessita de intervenções psicológicas previstas como competência da área da “assistência social” e não da saúde, ou de orientações jurídicas, estes são encaminhados ao SASM – OM localizada no Centro do Rio de Janeiro.

As OM da Marinha possuem órgãos de execução da assistência social de referência, no caso da OMH analisada o órgão de execução é o SAS-H, logo para que um militar/servidor civil da tripulação seja atendido por outro órgão de execução na ocasião de suas demandas extrapolarem a intervenção do assistente social da sua OM, eles precisam comparecer ao Serviço Social para fins de encaminhamento.

Outros três entrevistados referem alguma questão relacionada à “demora”, com isso algumas justificativas são necessárias para esclarecimento do leitor no que se refere ao tempo requerido para elaboração do parecer social. Para acesso ao Programa de Permanência, Remoção ou Movimentação por Motivo Social ou à Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família, é importante destacar que antes da elaboração do Relatório Social/Parecer Social, é necessária a realização de um estudo social preliminar que exige a juntada de documentos comprobatórios com vistas a direcionar a análise social e a ratificar o pleito do militar/servidor civil (critérios previstos na norma DGPM-501, 7ª Rev.). No atendimento inicial o usuário é orientado sobre esses procedimentos.

Em muitas situações o usuário leva tempo para reunir as documentações necessárias, em especial quando se trata de laudos médicos. Para além disso, após a finalização do parecer social, o documento (ofício, requerimento, parecer social e apensos) segue o trâmite institucional, sendo necessário passar pela cadeia hierárquica prevista institucionalmente:

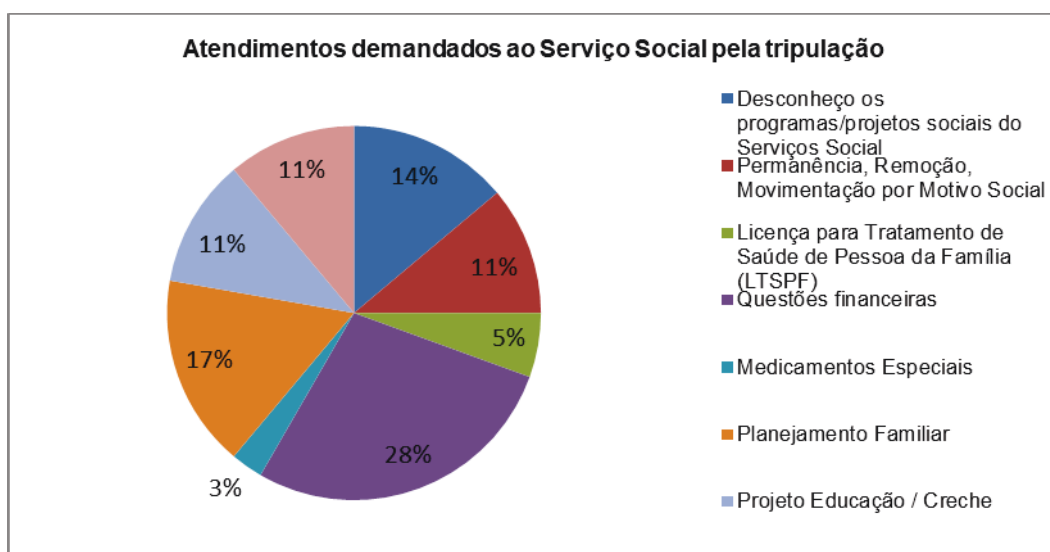
Chefia de Departamento de Serviços Especiais – a qual o Serviço Social está subordinado > Superintendência de Saúde e, em alguns casos, Direção. Este processo acaba se tornando um tanto quanto moroso, visto que os respectivos chefes analisam o conteúdo do relatório social, ofício, documentos e afins (que “entram na fila” de documentos a serem analisados pelas autoridades); e algumas vezes despacham de volta para o Serviço Social para alterações do ponto vista gramatical e/ou correções nos ofícios. Não ocorre intervenção no que se refere à conclusão do assistente social expressa no parecer social. Contudo, um ponto a se destacar é a cobrança em relação à escrita profissional que precisa ser bastante culta e gramaticalmente impecável.

O processo acaba gerando um incômodo no usuário que busca atendimento para sua demanda de forma imediata. Entretanto, nos casos em que o assistente social verifica a gravidade e urgência da demanda, principalmente nas situações de Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF), situação na qual o militar sendo a única referência para acompanhar seu familiar enfermo precisa de liberação aprovada pela junta médica – a qual é assessorada pela avaliação social - busca-se levar o parecer social em mãos e discutir o caso diretamente com as referidas chefias, com vistas a dar celeridade à conclusão do requerimento daquele usuário.

Em relação à “demora” para realização do atendimento social, é preciso esclarecer que diferente dos usuários dos serviços de saúde – livre demanda -, os atendimentos realizados à tripulação são agendados. Fica claro que a sobrecarga, a redução da equipe e a intensificação da jornada de trabalho das assistentes sociais tem interferência direta no prazo de convocação dos militares/servidores civis para atendimento social, resultando numa fila de espera mais demorada.

Ao serem questionados (as) sobre para quais tipos de atendimentos/orientações sociais os tripulantes procuraram o Serviço Social, os participantes assinalaram as seguintes opções:

Gráfico 12 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Atendimentos demandados ao Serviço Social



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Das respostas acima, chama-nos atenção o fato de cinco usuários desconhecerem os programas/projetos realizados pelos assistentes sociais na instituição. O que sugere duas hipóteses que se contradizem: a falta de divulgação por parte do Serviço Social, o que pode ser consequência do elevado número de demandas dos usuários dos serviços de saúde e das requisições institucionais; ou a falta de acesso desses tripulantes aos canais de divulgação disponibilizados na instituição, já que o Serviço Social refere divulgar as ações realizadas periodicamente nos meios eletrônicos institucionais.

Outro ponto de destaque é o percentual de usuários que buscou atendimento social por “questões financeiras”, o que se traduz como dificuldades socioeconômicas, endividamento etc. Ao serem atendidos no Serviço Social, os usuários passam por uma avaliação socioeconômica e, enquadrando-se nos critérios de elegibilidade previstos na DGPM-501, são inseridos no Programa de Apoio Socioeconômico, com disponibilização de cestas básicas e/ou pagamento de algumas dívidas (despesas fixas). Além disso, são realizadas atividades socioeducativas com palestras sobre educação financeira⁵² (ações previstas na referida norma

⁵² Importa frisar que consideramos que a maioria dos cursos e palestras sobre educação financeira se referem ao endividamento do ponto de vista individual, até mesmo por meio de certa culpabilização do indivíduo que não consegue se organizar financeiramente. Muitos desses encontros são voltados a “como gerir a pobreza”. Não são realizadas críticas ao apelo ao consumo; ao fetiche da mercadoria; às diferentes modalidades de créditos que

e no Plano de Assistência Social da Marinha (PASM)) ministradas por profissionais especialistas no tema e acompanhamento social pelas assistentes sociais.

Questionados sobre o motivo da procura pelo Serviço Social e o sentimento apresentado ao utilizar o Serviço, os tripulantes indicaram as seguintes opções:

Tabela 1 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Motivo de procura para atendimento no Serviço Social

Motivo da procura	Número de respostas obtidas	Número de respostas obtidas (%)
Esgotei todas as possibilidades que tinha para resolver o problema	5	14%
Considero como um direito que possuo	10	28%
Alguém me orientou a procurar	11	30%
Não responderam	10	28%
Total:	36	100%

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Tabela 2 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Sentimento ao utilizar o Serviço Social

Sentimento ao utilizar o serviço	Número de respostas obtidas	Número de respostas obtidas (%)
Constrangido por ter que recorrer a este tipo de serviço ⁵³	2	6%
Uma pessoa que precisava de ajuda	4	11%
Satisfeito com o apoio da Marinha	18	50%
Exercendo meus direitos	4	11%
Não responderam	8	22%
Total	36	100%

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

impulsionam a aquisição de mais dívidas; enfim, os participantes não são levados a refletirem sobre as exigências da sociedade do capital, a qual tem como premissa que é preciso “ter para ser”.

⁵³Como mencionado nas páginas anteriores, ainda há um estigma institucional (comum de ser observado entre os próprios pares, mas também em alguns discursos dos superiores hierárquicos) no que se refere aos militares que buscam atendimento no Serviço Social por apresentarem “PS” (problemas sociais). Por esse motivo a referida alternativa foi colocada no questionário.

Ao analisarmos as tabelas acima, as quais apresentam, respectivamente, o motivo de procura pelo Serviço Social e o sentimento gerado ao utilizar os serviços disponibilizados, verifica-se que, embora dez (28%) dos tripulantes considerem o acesso a bens e serviços como um direito que possuem; o sentimento gerado para 50% (dezoito tripulantes) é de satisfação com o apoio da Marinha. Apenas quatro (11%) enxergam como o exercício de seu direito. Podemos supor, então, que os objetivos da Força Marítima, no que se refere à reprodução espiritual da força de trabalho – por meio das adequações de acultramento ideológico do trabalhador - e a partir da reprodução material da força de trabalho – por meio da prestação de benefícios e serviços sociais (ALMEIDA; ALENCAR, 2011), estão sendo alcançados.

No que se refere à participação em atividades coletivas realizadas pelo Serviço Social junto à tripulação da OMH⁵⁴, verifica-se que apenas nove tripulantes (25%) participaram destas, os quais expressaram os seguintes comentários:

Sim. Palestra sobre o direito da mulher militar (Tripulante nº 7 – Cabo)

Sim. Atividades recreativas, Lazer (Qualidade de Vida no Trabalho) (Tripulante nº 9 – Suboficial).

Sim. Planejamento Financeiro, muito produtivo (Tripulante nº 23 – Segundo-Sargento).

Sim. Palestra sobre controle financeiro. Gostei muito (Tripulante nº 26 – Servidor Civil).

Sim. Palestra de educação financeira, vídeo disponibilizado pelo Serviço Social no youtube. Foi muito proveitoso para vida (Tripulante nº 27 – Servidor Civil).

Sim. Palestras e atividades (Tripulante nº 28 – Servidor Civil).

Sim. Ingresso para peça teatral, palestra educação financeira. Achei ótimo e muito gratificante (Tripulante nº 29 – Servidor Civil).

Sim. Auxílio das Cestas básicas. Supriu minha necessidade (Tripulante nº 32 – Marinheiro).

Sim. Qualidade de vida no trabalho. Massagem (*práticas integrativas*). Excelente (Tripulante nº 33 – Cabo).

Consideramos um número baixo, tendo em vista os programas, projetos e ações que fazem parte da atuação do assistente social na instituição. No quadro abaixo, verificamos os motivos colocados pelos tripulantes justificando a não participação. Cabe ressaltar que dos

⁵⁴ Ações socioeducativas previstas no PASM, tais como: palestras sobre “Prevenção à dependência química”, “Prevenção ao suicídio”, “Educação Financeira”, “Divulgação da Assistência Social”, “Prevenção a infecções sexualmente transmissíveis”, “Equidade entre os sexos”, “Direitos da mulher/Violência Doméstica”, “Direitos dos idosos”, “Humanização na Saúde”, “Qualidade de vida no trabalho (com a contratação de profissionais para práticas integrativas)” “Preparação para reserva e aposentadoria”, entre outras. Cabe salientar que algumas dessas atividades são realizadas por profissionais da equipe multiprofissional (psicólogos, educadores físicos, enfermeiros etc.) e por profissionais contratados.

vinte e sete usuários (75%) que nunca participaram das atividades realizadas pelo Serviço Social, quinze (42%) não justificaram o motivo

Quadro 8 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Motivo pela não participação nas atividades realizadas pelo Serviço Social

Motivo	Número de respostas obtidas
Falta de oportunidade	4
Não tive necessidade	4
Não tive conhecimento	3
Sobrecarga de trabalho	1
Não responderam	15
Total	27

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Observa-se que dos doze tripulantes que justificaram a não participação nas atividades realizadas pelo Serviço Social, cinco sinalizam a falta de oportunidade (um sendo mais específico referindo-se à sobrecarga de trabalho). É preciso esclarecer que, por se tratar de uma unidade hospitalar de nível terciário, com uma elevada rotatividade de usuários diariamente, muitos tripulantes possuem dificuldades de saírem de seus setores para participarem das ações socioeducativas. Dessa forma, a equipe de Serviço Social busca avisar com antecedência nos canais de comunicação da OM e solicitar a liberação dos militares/servidores via e-mail formal às respectivas chefias. Ainda assim, tem-se a dificuldade de adesão, especialmente dos profissionais médicos e enfermeiros.

Quatro tripulantes responderam que não tiveram necessidade, inferimos que essa resposta se coaduna com a falta de conhecimento sobre as temáticas desenvolvidas nas atividades. Já três tripulantes indicaram que não tiveram conhecimento da realização das ações. Consideramos que esses militares/servidores civis não possuem acesso direto aos canais de comunicação (disponíveis de modo eletrônico na página do hospital), e/ou não foram informados por suas chefias.

Buscamos compreender também a percepção dos (as) tripulantes acerca da função do Serviço Social na instituição. As palavras que mais apareceram foram: “ajudar/apoiar/auxiliar” e “solucionar problemas”. Palavras e ações que estão presentes desde as protoformas do Serviço Social e, mesmo após sua institucionalização como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho e as transformações ocorridas no bojo da

profissão, especialmente com o movimento de intenção de ruptura, são perpetuadas e perpassam o cotidiano profissional do assistente social. Vejamos a percepção dos tripulantes no quadro a seguir:

Quadro 9 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Percepção da tripulação sobre a função do Serviço Social da instituição

Percepção sobre a função do Serviço Social	Número de vezes citadas nas respostas
Ajudar/apoiar/auxiliar	21
Desenvolver programas e projetos	2
Acolhimento aos pacientes	2
Solucionar problemas	25
Orientar sobre direitos	3

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

O Serviço Social vai muito além de qualquer tipo de ajuda ou resolução de problemas conforme evidenciamos na construção teórico-crítica deste estudo. Todavia, entendemos que não devemos esperar esta mesma compreensão dos usuários, tendo em vista que cabe aos assistentes sociais demonstrar a que de fato veio o Serviço Social. Apresentando, a partir de uma prática crítica e propositiva, através da articulação das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, um exercício profissional direcionado aos interesses dos usuários.

Quando verificamos as respostas a seguir - apesar de muitas vezes causarem “certo desconforto” aos assistentes sociais, pois vinculam a profissão à ajuda - é possível avaliar que se os trabalhadores da instituição possuem tal percepção acerca do Serviço Social da OMH, significa que estes enxergam no Serviço Social a possibilidade de terem suas demandas atendidas ou, quando não é possível, de serem acolhidos e orientados. Respondendo à função dos assistentes sociais na instituição, os usuários indicaram:

Ajudar aos necessitados (Tripulante nº 1 - Segundo-Sargento)

Ajudar militares e servidores civis quando precisam (Tripulante nº 2 - Terceiro-Sargento)

Dar apoio aos mais necessitados (Tripulante nº 3 - Terceiro-Sargento)

Ajudar aos militares em algum P.S (Tripulante nº 4 - Terceiro-Sargento)

Dar orientação e suporte a questões financeiras, planejamento familiar e educacional etc. (Tripulante nº 5- Terceiro-Sargento)

Ajudar os militares que esgotou todas as alternativas para solução dos seus problemas (Tripulante nº 6 – Soldado)

Auxiliar o militar na resolução dos problemas pessoais/institucionais (Tripulante nº 7 – Cabo).

Orientar, disponibilizar para quem precisa os programas (Tripulante nº 8 – Servidor Civil)

Orientar e ajudar, dentro das possibilidades da assistência, aos que buscam o serviço nas suas necessidades em particular (Tripulante nº 9 - Suboficial)

Ajudar a quem precisa no momento de fraqueza, de dificuldade e estender a mão amiga (Tripulante nº 10 – Cabo)

Dar apoio e orientar no momento de desespero (Tripulante nº 11 – Cabo)

Ajudar os militares em suas necessidades sociais (Tripulante nº 12 – Teceiro-Sargento)

Amparo, informação e condução e questões/problemas sociais da tripulação (Tripulante nº 13- Terceiro-Sargento)

Auxiliar para o bem-estar familiar do militar (Tripulante nº 14 – Soldado)

Ajudar a quem precisar (Tripulante nº 15 – Soldado)

Auxiliar a quem necessita do serviço (Tripulante nº 16 – Marinheiro)

Apoio ao militar em alguma situação de dificuldade que possa se encontrar (Tripulante nº 17 - Segundo-Sargento)

Ajudar/orientar sobre os serviços que são oferecidos (Tripulante nº 18 - Terceiro-Sargento)

Auxiliar militares e servidores civis da instituição quanto aos problemas e dificuldades sociais, financeiras etc. (Tripulante nº 20 – Cabo)

Apoiar o servidor nas suas dificuldades, na vida particular que reflete na vida funcional nesta instituição (Tripulante nº 21 – Servidor Civil)

Ajudar/auxiliar pacientes sem assistência de familiares (Tripulante nº 22– Primeiro-Tenente [Médico])

Uma função importante em tentar, através dos meios navais, levar uma solução ou orientação para militares e servidores civis lotados no HNMD (Tripulante nº 23 - Segundo-Sargento)

Prestar apoio a servidores civis e militares quando necessário (Tripulante nº 24 – Servidor Civil)

Atendimento para os usuários do hospital (militares e dependentes) (Tripulante nº 25 – Servidor Civil)

Atendimento individual e em grupo aos usuários do hospital (militares e dependentes) (Tripulante nº 26 – Servidor Civil)

Atender as famílias, dependentes dos militares, assim como, os servidores civis/militares lotados no hospital, a fim de assistir em vários aspectos: emocional e material (Tripulante nº 27 – Servidor Civil)

Excelente, mas precisava de mais assistentes sociais para uma demanda muito grande (Tripulante nº 28 – Servidor Civil)

Prestar assistência e relação à resolução de problemas e dificuldades não administrativas (Tripulante nº 29 – Servidor Civil)

Resolver problemas que escapem das possibilidades médicas, ficando restrito a parte burocrática que muitas vezes atrapalham o andamento do serviço (Tripulante nº 30 – Servidor Civil [Médico])

Auxiliar de forma positiva para as devidas necessidades da instituição (Tripulante nº 31 – Cabo)

Auxiliar o público quanto aos processos para solucionar os seus problemas (Tripulante nº 32 - Marinheiro)

Dar apoio aos familiares que possuem seus entes queridos passando por problemas de saúde (Tripulante nº 33 – Cabo)

Desenvolver projetos e programas sociais para os funcionários (Tripulante nº 34 – Servidor Civil)

Acolhimento de pacientes, militares e servidores civis (Tripulante nº 35 - Primeiro-Tenente [Nutricionista])

Acolhimento e apoio aos militares (Tripulante nº 36- Terceiro-Sargento) .

Chama-nos atenção o fato de que dentre os trinta e seis tripulantes que responderam o questionário, vinte nove (80,5%) vinculam a função do Serviço Social na instituição voltada ao atendimento somente da tripulação, apenas sete tripulantes (19,5%) – em destaque - remetem aos atendimentos aos usuários dos serviços de saúde (pacientes). Dos sete trabalhadores, quatro vinculam o Serviço Social somente ao atendimento dos pacientes, sendo dois desses tripulantes médicos. Vejamos novamente suas respostas:

Ajudar/auxiliar pacientes sem assistência de familiares (Tripulante nº 22– Primeiro-Tenente [Médico]). Resolver problemas que escapem das possibilidades médicas, ficando restrito à parte burocrática que muitas vezes atrapalham o andamento do serviço (Tripulante nº 30 – Servidor Civil [Médico]).

Observem que a fala do tripulante nº 30 condiciona a atuação do assistente social como uma prática paramédica, sinalizando que o Serviço Social fica restrito à parte burocrática que pode atrapalhar o andamento do serviço. Indagamo-nos então, a que parte burocrática esse profissional está se referindo? Seriam os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença do paciente, os quais na maioria dos casos a equipe médica entende como objetos de não intervenção médica; ou as requisições instituições como: contatos telefônicos para comunicação de alta, solicitação de comparecimento na unidade etc.? O que seria “atrapalhar o andamento do serviço”?

Um aspecto importante a ser analisado também é a condição atribuída aos assistentes sociais na maioria das respostas dos tripulantes no que se refere ao enxergarem no Serviço Social a solução de seus problemas. Entendemos como uma expectativa grande, por vezes impossível, tendo em vista que não há como solucionar o que não tem solução no capitalismo. As relações e circunstâncias próprias do capitalismo afetam toda a população e delimitam o âmbito militar. O que cabe aos assistentes sociais é, a partir da democratização das informações, da articulação com os trabalhadores, do levantamento de suas principais

demandas, da viabilização de direitos, fornecer meios para que esses trabalhadores tenham a possibilidade de traçar alternativas e estratégias coletivas para provocação de alterações institucionais viáveis no meio militar, como por exemplo: desenvolvimento de grupos de reflexão sobre o protagonismo do profissional na instituição, espaço de discussão sobre os impactos do trabalho na qualidade de vida etc. Enfim, pensar e construir caminhos que possibilitem a conquista de acesso e direitos não apenas de um militar/servidor civil, mas de toda tripulação.

Versando ainda sobre a percepção dos entrevistados, questionamos como estes analisavam o Serviço Social da instituição. O resultado obtido foi que vinte e sete tripulantes (75%) avaliaram como satisfatório; sete (19%) não souberam informar (estes justificaram que nunca precisaram ser atendidos pelo assistente social e/ou não participaram das ações desenvolvidas pelo Serviço Social no hospital) e dois (6%) responderam como regular. Separamos as respostas dos tripulantes no quadro abaixo entre os que já foram atendidos no Serviço Social e os que não foram.

Quadro 10 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Tripulantes atendidos e não atendidos pelo assistente social

Foram atendidos no Serviço Social	Não foram atendidos no Serviço Social
Um grande benefício para a tripulação (Tripulante nº 3 - Terceiro-Sargento)	Não sei, nunca procurei (Tripulante nº 1- Segundo-Sargento)
Regular (Tripulante nº 4 - Terceiro-Sargento)	Desconheço, porém sei que ajuda diversos militares quando necessário (Tripulante nº 2 - Terceiro-Sargento)
Muito bom. Consegui suprir minha necessidade (Tripulante nº 6 – Soldado)	Um bom serviço, orientando sempre com programas a família naval (Tripulante nº 5- Terceiro-Sargento).
Muito bom (Tripulante nº 8 – Servidor Civil)	Satisfatório, sempre estão dispostos a ajudar o militar (Tripulante nº 7 – Cabo).
Apesar da falta de recursos, tem feito o possível para atender as necessidades dos que buscam o serviço (Tripulante nº 9 - Suboficial)	Excelente (Tripulante nº 10 – Cabo)
Bom (Tripulante nº 11 – Cabo)	Desconheço o serviço e não tive oportunidade de analisar (Tripulante nº 17 - Segundo-Sargento)
Relativamente bom, com vários projetos, mas o acesso e divulgação um pouco difícil (Tripulante nº 12 – Terceiro-Sargento)	Não utilizei (Tripulante nº 18 - Terceiro-Sargento)
Atuante, porém, sobrecarregado (Tripulante nº 13- Terceiro-Sargento)	Está sempre disponível a servir (Tripulante nº 24 – Servidor Civil)
Bom (Tripulante nº 14 – Soldado)	Não tenho muito envolvimento na pratica, mas o serviço é ativo e contribui para o bem-estar da população naval (Tripulante nº 27 – Servidor Civil)
Muito bom e rápido (Tripulante nº 15 – Soldado)	Excelente (Tripulante nº 31 – Cabo)
Ótimos, pois foram atenciosos e cuidadosos (Tripulante nº 16 – Marinheiro)	Não utilizei (Tripulante nº 33 – Cabo)
Para meu primeiro atendimento, vi como um serviço ativo e compromissado. Me senti satisfeita. (Tripulante nº 20 – Cabo)	Ainda não utilizei (Tripulante nº 34 – Servidor Civil)
Na minha opinião bom, porém ausente (Tripulante nº 21 – Servidor Civil)	Não tenho parâmetros para avaliação, pois ainda não utilizei civis (Tripulante nº 35 - Primeiro-Tenente [Nutricionista])
Bom (Tripulante nº 22– Primeiro-Tenente [Médico])	Tripulante nº 19 – Não respondeu
Muito satisfatório, desempenhando um papel importante diante de diversas situações (Tripulante nº 23 - Segundo-Sargento)	
Bom (Tripulante nº 25 – Servidor Civil)	
Bom (Tripulante nº 26 – Servidor Civil)	
Desde a Chefe até as colegas são maravilhosas em todo o serviço (Tripulante nº 28 – Servidor Civil)	
Bom (Tripulante nº 29 – Servidor Civil)	
Bom (Tripulante nº 30 – Servidor Civil [Médico])	
De forma positiva, atende as expectativas (Tripulante nº 32 – Marinheiro)	
Muito bom, quando precisei fui bem atendido (Tripulante nº 36- Terceiro-Sargento)	

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Diante das respostas acima, podemos considerar que os tripulantes possuem uma percepção positiva do Serviço Social da instituição. Observa-se que até mesmo aqueles que nunca foram atendidos por um assistente social apresentam tal compreensão a partir do relato de seus pares. Isso nos remete a avaliar que mesmo em um contexto de redução de assistentes sociais e de sobrecarga e intensificação da jornada de trabalho, as profissionais de Serviço Social não envidam esforços para preservar o compromisso com os usuários.

Questionados (as) sobre sugestões para melhoria do Serviço Social da instituição, vinte e dois tripulantes (61%) realizaram os seguintes apontamentos:

Quadro 11 - Organização Militar Hospitalar da Marinha do Brasil/2022. Sugestões para melhoria do Serviço Social da OMH

Sugestões para melhoria	Número de vezes que aparecem nas respostas
Ampliar a divulgação das ações e projetos sociais	9
Ter mais autonomia	2
Ter mais rapidez nos processos	4
Realizar mais projetos	4
Contratação de mais assistentes sociais	3

Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

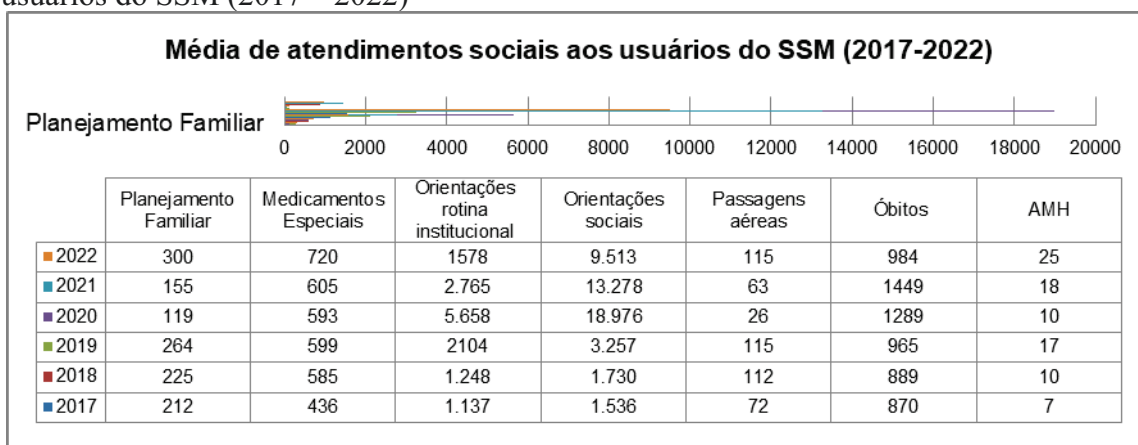
Embora os (as) tripulantes apresentem uma avaliação positiva do Serviço Social, conforme verificamos no quadro anterior, eles (as) sugerem a ampliação das divulgações das ações e projetos, mais rapidez nos processos e a realização de mais projetos voltados à tripulação. Contudo, também vemos respostas indicando a necessidade de contratação de mais assistentes sociais e de que estas possuam mais autonomia. Essas indicações sugerem que parte dos tripulantes consegue mensurar que a redução da equipe de assistentes sociais afeta diretamente na quantidade de ações que poderiam ser realizadas, no andamento mais célere dos processos, dentre outras coisas.

O que podemos concluir diante das respostas das assistentes sociais entrevistadas e dos tripulantes (militares e servidores civis que trabalham na OMH), é que o quantitativo de assistentes sociais que compõem a equipe de Serviço Social do hospital é significativamente baixo, o que reflete não só na sobrecarga profissional, mas na fragmentação das ações. A equipe de assistentes sociais tem seu cotidiano profissional consumido pelas requisições institucionais, e ainda precisa se dividir para o atendimento às demandas dos usuários dos serviços de saúde, que são elevadíssimas, e para o atendimento à tripulação. Oito assistentes para um complexo hospitalar de referência à família naval a nível nacional, atendendo a dois

“públicos” com demandas diferenciadas que têm apresentado crescimento nos últimos anos, conforme apresentaremos a seguir.

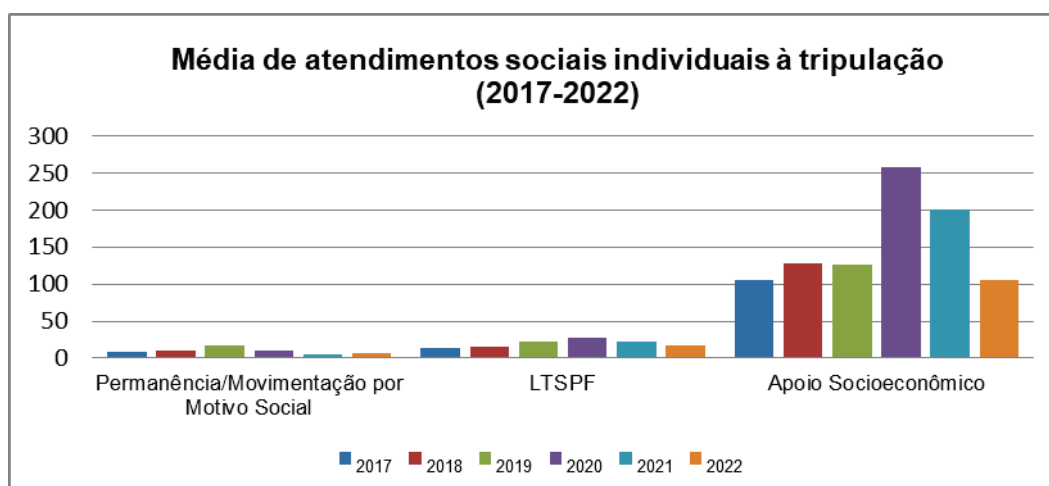
Nos gráficos abaixo, observamos as principais demandas tanto dos usuários dos serviços de saúde quanto da tripulação da OMH apresentadas entre os anos de 2017-2022, as quais estão aumentando exponencialmente ao longo dos anos⁵⁵, merecendo destaque os anos de 2020/2021 na ocasião da pandemia de Covid-19.

Gráfico 13 - Assistentes sociais da Marinha do Brasil/2022. Média de atendimentos sociais aos usuários do SSM (2017 – 2022)



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

Gráfico 14 - Assistentes sociais da Marinha do Brasil/2022. Média de atendimentos sociais individuais à tripulação



Fonte: O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH) (2023).

⁵⁵ Buscamos esclarecer esse crescimento a partir de algumas hipóteses norteadoras nas páginas anteriores.

Diante da análise dos dados da pesquisa realizada para construção desta dissertação, voltamos a afirmar que o número expressivo de requisições e demandas e o elevado quantitativo de usuários da OMH demonstram a premência de contratação de mais profissionais para compor a equipe de assistentes sociais da instituição e também de uma reestruturação do Serviço Social com vistas a permitir às profissionais condições de planejar suas ações e construir condições de uma análise que permita negar práticas que não favoreçam os tripulantes e seus familiares; fortalecer e divulgar as que favorecem; redirecionar as ações; identificar lacunas nos estudos, nos levantamentos, no planejamento; demarcar lacunas, fraturas, contradições e falhas no acúmulo teórico e técnico-operativo da equipe que coordena a atividade e contradições frente às referências ético-políticas assumidas (VASCONCELOS, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo ora apresentado teve como objeto a atuação profissional dos assistentes sociais em uma Organização Militar de Saúde da Marinha do Brasil. Para o desenvolvimento da pesquisa, foi necessário traçar objetivos, os quais tiveram como finalidade analisar a atuação dos assistentes sociais em uma Organização Militar Hospitalar (OMH), tendo em vista as relações sociais, as condições de trabalho e as possibilidades e limites presentes nas respostas profissionais às requisições institucionais e demandas dos usuários.

É importante sinalizar que a pesquisa ocorreu em uma conjuntura sociopolítica na qual houve uma hipertrofia das Forças Armadas, além do acometimento de uma pandemia que perdurou no país de forma mais intensificada durante, aproximadamente, dois anos (2020-2021). Foi inevitável que tais fatores, somados a outros inerentes a instituição militar, provocassem rebatimentos no desenvolvimento do estudo. Por isso, reconhecemos o esforço frente aos desafios para concretização desta pesquisa, tendo em vista que analisar criticamente uma instituição militar já apresenta desafios próprios à estrutura desse aparelho do Estado; analisar uma organização militar de saúde, no meio de uma pandemia, torna esse desafio ainda mais acentuado.

Portanto, para compreensão desse espaço, buscamos captar a partir dos depoimentos de assistentes sociais e usuários do Serviço Social e da análise documental, os limites e as possibilidades do movimento do real na sua historicidade, tendo como método o referencial teórico crítico-dialético, o qual busca o desvelamento da realidade em sua essência para além da aparência dos fatos.

A pesquisa desta dissertação confirma pontos das hipóteses norteadoras, tais como: a questão do vínculo temporário impactar na autonomia profissional e nas relações e condições de trabalho das assistentes sociais; e o fato da unilaterização dos serviços e benefícios sociais desenvolvidos pela Força para o âmbito da Assistência Social, concebendo o Serviço Social como Serviço de Assistência Social nas normativas, documentos legais por meio de uma diretoria especializada denominada como Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM), exprimir uma ausência de compreensão por parte da instituição e de alguns profissionais de Serviço Social da Força, de que o assistente social intervém em diferentes campos de trabalho, mesmo que inserido no âmbito militar, e cada espaço (saúde, operacional, educação, assistência social) possui especificidades que precisam ser desveladas e compreendidas para o fortalecimento e desenvolvimento do exercício profissional.

No que tange a análise do perfil profissional das assistentes sociais, verificou-se que a maioria delas é crítica, competente, formada em Escolas/Faculdades de Serviço Social que adotam tradicionalmente a corrente teórico-metodológica marxista, compromissadas com a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Assim, são assistentes sociais que buscam constantemente aprimoramento intelectual e se posicionam em favor dos princípios fundamentais do projeto ético-político profissional buscando materializá-los mesmo diante dos limites existentes, pois acreditam na possibilidade da articulação de tais princípios ainda que numa instituição militar. Entretanto, as manifestações das entrevistadas remete a uma falta de autonomia profissional na instituição, estando hierarquizadas verticalmente através dos postos do oficialato militar, devendo cumprir ordens da cadeia hierárquica de seus superiores ainda que tais funções não sejam atribuições do Serviço Social.

Ainda em relação à “relativa autonomia profissional”, foi verificado que as profissionais possuem autonomia no que diz respeito ao âmbito privativo do Serviço Social como nos casos da emissão de pareceres sociais, mas que não há autonomia no atendimento quando as demandas se defrontam frente às requisições institucionais. Verificou-se que, embora o vínculo temporário implique na autonomia profissional, tendo em vista a fragilidade do vínculo e a possibilidade de não renovação contratual iminente, isso não se traduz como um impeditivo para realização de um trabalho de qualidade e comprometido com os interesses da população usuária.

Nas manifestações das assistentes sociais, observou-se ainda muita inquietação acerca das “requisições e demandas enviesadas” que são colocadas ao Serviço Social; queixas quanto a jornada de trabalho que ultrapassa e muito às 30 horas semanais regulamentadas em lei; discursos quanto a desmotivação profissional e arrependimento quanto à formação acadêmica em Serviço Social. Porém, não foram identificadas propostas para a reorganização setorial, não verificamos a realização de reuniões de equipe a fim de demarcar lacunas e falhas para o redirecionamento das ações, assim como não observamos planejamento das atividades.

Esses e outros fatores, pontuados na construção teórica, afastam cada vez mais essas profissionais de verificarem as possibilidades de práticas contidas na realidade. Não podemos deixar de sinalizar que as circunstâncias como uma equipe com poucos profissionais para atendimento a um quantitativo elevado de demandas ocasionando a sobrecarga de trabalho, uma jornada de trabalho extensa, a correlação de forças diária num ambiente delimitado pela hierarquia e disciplina, potencializam a fragmentação e desmotivação da equipe. Entretanto, o não planejar, não propor e o não fazer algo só resultará em mais perda de legitimidade, mais

frustração com a profissão e mais desmotivação profissional, mesmo em um quadro altamente qualificado de assistentes sociais, como pode-se observar no perfil das entrevistadas.

Na análise dos questionários aplicados aos militares e servidores civis trabalhadores da OMH, verificou-se que a maioria dos participantes são praças e servidores civis de nível técnico. Observamos em seus discursos que o Serviço Social é considerado como a profissão que os “auxiliará nos momentos de dificuldades”, e na “solução de seus problemas”. Como referido anteriormente, entendemos como uma expectativa grande, por vezes impossível, tendo em vista que não há como solucionar o que não tem solução no capitalismo: a questão social. Através das falas dos (as) tripulantes e do levantamento documental, podemos ver que as relações e circunstâncias próprias do capitalismo que afetam toda a população também delimitam o âmbito militar.

Assim, cabe aos assistentes sociais da instituição a partir da democratização das informações, da articulação com os trabalhadores, do levantamento de suas principais demandas, da viabilização de direitos, fornecer meios para que esses trabalhadores tenham a possibilidade de traçar alternativas e estratégias coletivas para provocar alterações institucionais viáveis no meio militar. Enfim, pensar e construir caminhos que possibilitem a conquista de acessos e direitos não apenas de um militar/servidor civil, mas de toda tripulação.

Como podemos observar na literatura e na análise dos dados, ressalta-se a necessidade premente de uma reestruturação do Serviço Social da OMH. Verifica-se que a Força Marítima tem como objetivo promover programas e projetos sociais com os militares, servidores civis, pensionistas, dependentes e afins, requisitando para isso de agentes técnicos tais como os assistentes sociais. Vimos que existe uma Diretoria Especializada (Diretoria de Assistência Social da Marinha) - responsável por planejar as atividades, supervisionar tecnicamente os órgãos de execução (Serviço Social das organizações militares), elaborar normas atinentes à assistência social, assessorar os profissionais, dentre outros – que ratifica, por meio das Normas sobre a Assistência Social (DGPM-501) a importância e a necessidade de serem desenvolvidos os programas e projetos sociais, principalmente com os militares da ativa.

Ao reler a DGPM-501, foi observado que a maior parte dos capítulos está direcionada a ações junto aos militares e a seus respectivos familiares com vistas a manutenção da força de trabalho daquele militar. Em relação ao trabalho dos assistentes sociais no âmbito da saúde frente às demandas específicas dessa área, há um capítulo que se divide em direcionar a intervenção no que diz respeito aos direitos e licenças dos militares/servidores civis previstas legalmente, e a orientar alguns parâmetros para atuação profissional na saúde. Contudo,

conciliar atendimento, programas, projetos e ações junto aos trabalhadores da instituição; e atendimento/acolhimento/acompanhamento, projetos e ações junto aos usuários do sistema de saúde da marinha em um complexo hospitalar de referência nacional da Marinha, com o quantitativo de assistentes sociais existentes frente ao quantitativo de potenciais usuários é uma condição alarmante que clama por uma reestruturação da profissão na OMH.

Nessa perspectiva, como um dos resultados da pesquisa e pensando na melhoria da qualidade dos atendimentos prestados aos usuários, na organização setorial, na melhoria do cotidiano de trabalho das assistentes sociais, apresentamos como proposta a criação de um Núcleo de Assistência Social (NAS) composto por assistentes sociais, psicólogos e bacharéis em Direito, que poderia ser localizado na Organização Militar apoiada pela OMH, que se encontra localizada nas imediações do hospital, o qual teria como função o atendimento aos trabalhadores e servidores civis. E a redefinição da equipe de Serviço Social da unidade de saúde para atendimento voltado às requisições institucionais e demandas inerentes a área da saúde, ou seja, o Serviço Social do hospital seria para atendimento dos usuários do SSM, e as ações e projetos desenvolvidos diretamente para esse público. Vimos que o quantitativo de usuários do SSM é vultoso e os atendimentos realizados pelos assistentes sociais acompanham tal índice, portanto é imprescindível também a contratação de mais assistentes sociais para compor a equipe de saúde. Enfim, podemos considerar que a reestruturação do Serviço Social com a redefinição dos processos de trabalho será um ganho para todos os envolvidos: assistentes sociais, usuários, unidade de saúde e Marinha do Brasil, e que esta pesquisa tem o potencial de contribuir significativamente para essa (re)construção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. L. T; ALENCAR, M. M. T. **Serviço Social, Trabalho e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2011. (Cap 3).

ALMEIDA, N.L. Prefácio. In: CUNHA, L. A; SOUZA, L. A. S. **Caminhos do Serviço Social: valorizando saberes, conhecendo práticas**. 1.ed – Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

ASSIS, J. F. Serviço Social e saúde: a intervenção num hospital militar de saúde do Exército Brasileiro. In: CUNHA, L. A; SOUZA, L. A. S. **Caminhos do Serviço Social: valorizando saberes, conhecendo práticas**. 1.ed – Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

BARBOSA, V. C. Serviço Social e saúde: relação antiga, desafios presentes. **Revista em Paula**, Rio de Janeiro, n.44, v.17, p.240-254, Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988

_____. Lei n. 6.880, de 9 de dezembro de 1980. **Dispõe sobre o Estatuto dos Militares**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6880.html Acessado em 05 de jun. 2021

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. Disponível:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res021806_03_1997.html

_____. **Ministério da Defesa**. Portaria Normativa nº 1173/MD, de 6 de setembro de 2006. Aprova a Política de Assistência Social das Forças Armadas.

_____. **Ministério da Defesa**. Portaria Normativa nº 881/MD, de 26 de maio de 2010. Aprova as diretrizes para o desenvolvimento dos Programas da Política de Assistência Social das Forças Armadas.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E; [et.al] (orgs): Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 3.Ed. São Paulo: Cortez; Brasília (DF): OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: **Saúde e Serviço Social: Parte I: Política de Saúde, ética e Serviço Social**. 4. Ed: São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J. A; MENEZES, J. S. B. saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. In: **Ser Social: Estado, Democracia e Saúde**. Brasília, v. 22, n. 46, 2020.

BRAZ, M. Notas sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: Assistente Social: Ética e Direitos. 5. Ed: CRESS 7º Região, Rio de Janeiro, 2008.

CASTRO, M. M. **História do Serviço Social na América Latina.** São Paulo: Cortez, 2003.

CHAGAS, P. H. R. S; ALBULQUERQUE, A. C. Trajetória histórico-normativa da assistência social no Ministério da Defesa. In: **Revista Silva: humanidade em ciências militares**, v. 1, n. 2, 2017.

<http://www.revistasilva.cep.eb.mil.br/pt/edicaoanteriores/2uncategorised/35-moreira-souza-e-santos> acessado em: 18/11/2021.

COHN, A. **Caminhos da Reforma Sanitária. In: Lua Nova [online]. 1989, n. 19, pp. 123-140. <http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf> acessado em: 14/10/2021**

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.62, 2000.

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília: CFESS, 2010.**

_____. **Orientação Normativa n.3/2020.**
Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acessado em: 05/06/2021.

COUTINHO, C. N. **A dualidade de poderes.** São Paulo, Ed. Brasiliense, 1985.

CUNHA, L. A; SOUZA, L. A. S. **Caminhos do Serviço Social: valorizando saberes, conhecendo práticas.** 1.ed – Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

FALEIROS, V. P. **Saber Profissional e Poder Institucional.** 11. Ed. – São Paulo, Cortez, 2015.

FLEURY, S. **Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Ciência Saúde Coletiva, 2009, vol.14, n.3.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Reforma Sanitária. In: **Biblioteca Virtual Sérgio Arouca, sd. <http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> acessado em: 14/10/2021.**

GUERRA, Y. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos.** Orgs: SANTOS, C. M; BACKX, S; GUERRA, Y. 3ªed. São Paulo, Cortez, 2017.

IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no Capitalismo. In: **Temporalis.** Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Ano II, n. 3. Brasília, 2001.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade.** Trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 2008.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 341-376.

_____. **O Serviço Social em Tempos de Capital Fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 6ªed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 36ed. São Paulo: Cortez, 2012.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo, Cortez/Cedec, 1995.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio.** 2ªed.São Paulo: Nova Cultural, 1985 (Os economistas)

MARX, K. **O Capital:** Crítica da economia política. Livro I. V1. 23ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. Capítulo V.

MARINHA DO BRASIL. **Diretoria Geral de Pessoal da Marinha-401:** Normas para Assistência Médico-Hospitalar. 3ª Revisão, 2014.

_____. **Diretoria Geral de Pessoal da Marinha-501:** Normas sobre Assistência Social na Marinha. 6ª Revisão, 2014.

_____. **Diretoria Geral de Pessoal da Marinha-501:** Normas sobre Assistência Social na Marinha. 7ª Revisão, 2021.

_____. **Secretaria Geral da Marinha-302:** Normas sobre pagamento de pessoal na MB. 5ª Revisão, 2015.

MATOS, M. C. **Serviço Social, Ética e Saúde:** reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. In: **Serviço Social e Sociedade**, n. 124, p. 678-698. São Paulo, 2015.

_____. A pandemia da Covid-19 e o trabalho dos assistentes sociais. In: LOLE, A; STAMPA, I; GOMES, R. L. R (orgs). **Para além da quarentena: reflexões sobre a pandemia.** Rio de Janeiro: Mórula, 2020.

_____. **(Des) informação nos serviços de saúde em tempos de pandemia da Covid-19:** uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de Assistentes Sociais, Rio de Janeiro, 2020.

MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 5ª edição. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOREIRA, N. X. **Assistência Social na Marinha: entre direito e concessão**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio, 2003.

MOREIRA, N. X; SOUZA, N. N; SANTOS, A. N. L. **Assistência Social na Marinha do Brasil: trajetória da proteção social à Família Naval**. In Revista Silva: humanidade em ciências militares, v. 1, n. 2, 2017.
<http://www.revistasilva.cep.eb.mil.br/pt/edicaoanteriores/2uncategorised/35-moreira-souza-e-santos> acessado em: 15/07/2019.

MOREIRA, N. X. HARRISON, M. B. B; CELESTINO, S. Notas sobre a trajetória da Assistência na Marinha do Brasil. In: **Assistência Social na Marinha do Brasil: trajetórias e desafios**. 1.ed - Serviço de Documentação da Marinha, 2022.

_____. Habitus militar e endividamento: um estudo de caso na Marinha do Brasil. In: **Anuário Antropológico** [online] v.46, n.1, 2021.

MOTA, A. E. **O feitiço da ajuda: as determinações do Serviço Social na empresa**. 6ª ed. São Paulo, Cortez, 2010.

NETTO, J. P. **A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: Capacitação em serviço Social e Política Social, Brasília, CEFESS/ABEPPS/CEAD/UnB, 1999.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 6ª ed. São Paulo, Cortez, 2007.

_____. A crítica da vida cotidiana. In: NETTO, J. P; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 7ªed. São Paulo: Cortez, 2007a.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. In: **Serviço Social e Sociedade**, n. 107, p. 420-437. São Paulo, 2011.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde**. Org: BRAVO, M. I. S; [et al] (orgs): 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufjr-SSind, 2008.

SANTANA, N. A. R. **O Serviço Social na Força Aérea Brasileira e particularidades na contratação de militares temporários**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) –

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio, 2020.

SILVA, R. M. F; MONTEIRO, M. C. S. Inserção e atuação das profissões de Serviço Social, Direito e Psicologia na Assistência Social da Marinha do Brasil. In: **Assistência Social na Marinha do Brasil: trajetórias e desafios**. 1.ed - Serviço de Documentação da Marinha, 2022.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais**. Org: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. São Paulo: Cortez, 2012,

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 4ªed – São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 8ªed – São Paulo: Cortez, 2015.

_____. Serviço Social e Práticas democráticas. In: MOTA, A. E et ali (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **A/O assistente social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas**. 1ªed – São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS, A. M; BALTAR, J. F. Serviço Social, projeto ético-político profissional, produção de conhecimento. In: **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo**. Org: BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C; FREIRE, S. M. F. 1ªed – Uberlândia: Navegando, 2020.

ZACARON, S. S. **O Serviço Social no Comando da Aeronáutica: decifrando este espaço sócio-ocupacional do assistente social**. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ANEXO A – Formulário de entrevista/questionário com assistente social

O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em uma Organização Militar Hospitalar (OMH)

Formulário/Questionário de Pesquisa.⁵⁶

Assistente social

Entrevista nº _____

1. PERFIL PROFISSIONAL

1.1. A. Idade: _____ **B.** Sexo _____ **C.** Cor/Etnia: _____

1.2. A. Formação profissional – ano _____ **B.** Instituição Pública () Privada () Ensino à Distância () **C** - Cursos: Especialização () Pós-graduação () Aperfeiçoamento Profissional () Extensão () Outros (). **C.** Qual (is)/onde? _____

1.3. A. 1º emprego como AS: ano _____ **B.** Local: _____

1.4. Experiência profissional (área (as)): _____

1.5. A. Admissão na MB: Concurso () Contratação () **B.** Vínculo empregatício: Servidor Civil () Militar de Carreira () Militar Temporário () CLT () Terceirizado () **C.** Quanto tempo nesta instituição: _____

1.6. Carga horária semanal: _____

1.7. Salário líquido: _____

1.8. Qual a sua função? AS () Chefe () Coordenador () Outra: _____

1.9. Você participa de órgãos da categoria? (Sim) (Não) Quais? _____

1.9.1. Como participa? _____

1.10. O que você compreende por Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro? _____

1.11. Qual a importância do Código de Ética do assistente social? _____

1.12. Que princípios do Código de Ética profissional você tem como referência para sua prática? _____

1.12.a. Por que escolhe estes princípios? _____

1.13. a – Quais autores você escolhe como referência teórica para sua prática profissional? _____

⁵⁶ O presente questionário possui como referência o questionário elaborado pela Professora Dra. Ana Maria de Vasconcelos In: “A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde”.

1.13.b – Quais os **livros** destes autores você estudou? (cite alguns).

1.14. Quais as **competências e atribuições privativas do assistente social**, previstas na Lei de Regulamentação da profissão n.8.662/93, você considera essenciais no seu cotidiano profissional?

1.14.a Por que indica essas?

1.15. O que é saúde para você?

1.16. O que você teria a comentar sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)?

1.16.a. Qual a relação da instituição que você atua com o SUS?

1.17. Você conhece a Resolução nº 218 de 06.03.1997, do Conselho Nacional de Saúde?⁵⁷ ()
() Sim () Não

1.18. Você observa alguma particularidade ao atuar em uma instituição militar de saúde?
() Sim () Não

1.18.a Comente sua resposta.

1.19. Você está satisfeito como assistente social? (Sim) (Não). Por quê?

1.20 Que outra profissão escolheria?

1.20. a. Por quê?

⁵⁷ Segundo (VASCONCELOS, 2007), na busca de assegurar a saúde como "direito de todos e dever do Estado", o que "ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como o acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como umas das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social", considerando "a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e "do reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior (o que) constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade das ações", o Plenário do **Conselho Nacional de Saúde** reconheceu como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (CNS, Resolução nº 218 de 06.03.1997).

1.21. Quais seus objetivos profissionais na Marinha do Brasil?

2. PRÁTICA PROFISSIONAL (Configuração profissional do Serviço Social na organização militar hospitalar, conhecimento do movimento institucional, requisições e respostas profissionais).

2.1 Como funciona o Serviço Social da instituição?

2.2 A equipe de Serviço Social possui projetos profissionais? (Sim) (Não)

2.2.1. Se sim, qual a importância deles para:

a) instituição: _____

b) usuários: _____

c) _____ Serviço Social: _____

d) Se não, comente o motivo: _____

2.3) Quais são as atividades realizadas por você enquanto assistente social na organização militar?

2.4) Considerando que o assistente social da organização militar analisada possui duas frentes de trabalho (militares/servidores civis trabalhadores da instituição e os usuários dos serviços de saúde (pacientes)), comente:

a) principais **demandas dos trabalhadores do hospital** (militares e servidores civis)

b) principais **demandas dos usuários** dos Serviços de Saúde da Marinha (SSM): _____

c) Qual a sua percepção sobre essas demandas? _____

d) Como o Serviço Social se **organiza** para dar respostas às requisições institucionais e as demandas dos usuários?

2.5) Quanto às requisições realizadas pela equipe multiprofissional ao Serviço Social no atendimento aos usuários dos serviços de saúde, comente:

a) Principais requisições:

b) Qual sua percepção sobre essas requisições?

c) Como o Serviço Social se organiza para **respondê-las**?

2.6 Quais são os principais **instrumentos** utilizados para a organização do Serviço Social na instituição? _____

2.6.1. Como avalia esses instrumentos?

2.7 No tocante à atuação do Serviço Social na pandemia, comente:

a) principais requisições trazidas ao Serviço Social pela instituição empregadora e pela equipe multiprofissional:

b) principais impactos causados no cotidiano de atendimentos do Serviço Social:

c) como o Serviço Social se organizou para atendimento às requisições institucionais e demandas dos usuários?

2.8. O que você entende por atendimento multiprofissional?

2.9. Costuma acionar outros profissionais de saúde no atendimento ao usuário? (Sim) (Não)

2.9.1. Por quê? _____

2.9.2. Se sim, com quais profissionais possui maior interlocução?

2.9.2.1. Por que estes? _____

2.9.2.2. Se não atua em equipe, justifique.

3. O ASSISTENTE SOCIAL NA ESFERA MILITAR (relação Serviço Social x Militarismo, desafios e possibilidades para atuação).

3.1 Qual a sua percepção sobre o momento que o país está atravessando?

3.2 Qual a sua opinião sobre as diferentes modalidades de contratação (carreira, temporário, RPA, servidor civil) de assistentes sociais pelas Forças Armadas?

3.3 Você acha que a modalidade do vínculo empregatício influencia o cotidiano de trabalho? (Sim) (Não). Como e/ou por quê?

3.4 A contratação de assistentes sociais na esfera militar tem se expandido ao longo dos anos. Em sua opinião, qual o motivo dessa ampliação? _____

3.5. Você considera viável articular os princípios do Código de Ética do assistente social no âmbito de uma instituição militar (Sim) (Não). Por quê?

3.6 Considerando o Código de Ética do assistente social e a instituição em que atua como assistente social, indique até dois artigos/itens do Código que você acredita ser:

a) Difíceis de se materializar no cotidiano da prática:

b) Fáceis para serem materializados no cotidiano da prática:

3.7 Qual a sua análise sobre a “relativa autonomia” do assistente social em uma organização militar hospitalar? _____

3.8 Comente sobre o seu cotidiano de trabalho, elencando as suas principais inquietações e perspectivas como assistente social. _____

3.9. De acordo com as suas respostas até aqui, como avalia o exercício profissional do assistente social na instituição militar de saúde em que trabalha? _____

3.10. Sugere mudanças para a organização do Serviço Social? (Sim) (Não)

3.10. Justifique e comente sua resposta.

4. Você teria algo a comentar sobre sua participação na entrevista, sobre essa investigação e sobre sua atuação profissional? _____

OBS: Se necessário, utilize o verso do questionário.

ANEXO B – Formulário de questionário com militares e servidores civis

O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação profissional em uma Organização Militar Hospitalar (OMH)

Questionário (Militares ou Servidores Civis trabalhadores da OM)

1. PERFIL PROFISSIONAL

- 1.1. A. Idade: _____ B. Sexo _____ C. Cor/Etnia: _____
- 1.2. A. Escolaridade: Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto ()
Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Completo ()
Ensino Superior Incompleto ()
- 1.3. Posto/Graduação: _____ Especialidade: _____
- 1.4. A. Admissão na MB: ano _____
- B. Vínculo empregatício: Servidor Civil () Militar de Carreira () Militar Temporário ()
CLT () Terceirizado () C. Quanto tempo nesta instituição: _____
- 1.5. Qual a sua função? _____
- 1.6. Salário líquido: _____

2. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

2.1. Número de vezes que procurou o Serviço Social?

- () Nenhuma vez
() 1 a 2 vezes
() 2 a 4 vezes
() mais de 4 vezes

2.1.1 Encontrou alguma dificuldade para atendimento pelo Serviço Social?

Sim ().

Qual(is)? _____

Não ()

2.2. Qual tipo de atendimento (s)/orientação (ões) buscou:

- () Desconheço os programas/projetos sociais do Serviço Social
() Movimentação, Remoção, Permanência por Motivo Social
() Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF)
() Questões financeiras
() Medicamentos Especiais
() Planejamento Familiar
() Projeto Educação / Creche
() Orientação Social Qual? _____

2.3. Por que procurou o Serviço Social? (Nos casos de militares/servidores civis que já foram atendidos)

- () Esgotei todas as possibilidades que tinha para resolver o problema
() Considero como um direito que possuo

() Alguém me orientou a procurar. Quem? () Encarregado () Campanha () Outros:

2.4. Como se sentiu ao utilizar o Serviço? (Nos casos de militares/servidores civis que já foram atendidos)

() constrangido por ter que recorrer a este tipo de serviço

() uma pessoa que precisava de ajuda

() satisfeito com o apoio da Marinha

() exercendo meus direitos

Outros: _____

2.5. Já participou de alguma atividade realizada pelo Serviço Social?

SIM (). Qual (is)? O que achou?

NÃO (). Por quê? _____

2.6. Para você, o que pode ser considerado como “problemas sociais (PS)”?

2.7. A pandemia provocou impactos em sua vida? Comente.

() Sim () Não

2.8. Em sua opinião, qual é a função do Serviço Social na instituição?

2.9. Como você analisa o Serviço Social da sua OM?

2.10. Que sugestões daria para melhorar o atendimento do Serviço Social?

OBS: Se necessário, utilize o verso do questionário.

ANEXO C - Roteiro de entrevista com a primeira assistente social militar da OMH**Roteiro de entrevista aplicado a uma das primeiras assistentes sociais militares⁵⁸ da Organização Militar Hospitalar estudada.****Trajetória do Serviço Social na Organização Militar Hospitalar (OMH)**

Data de Nascimento: _____

Ano de formação acadêmica: _____

Possui pós-graduação? () sim () não. Qual? _____

- a) Tempo de Serviço na MB.
- b) Ano de ingresso na MB. Como ocorreu?
- c) Ano de embarque na OMH. Comente sobre seu ingresso nessa OM.
- d) Já existia uma equipe de Serviço Social antes de seu ingresso na OMH? Caso sua resposta seja afirmativa, consegue explicar sinteticamente como se dava o funcionamento do Serviço Social, qual era a composição da equipe etc.?
- e) Sabe informar como se deu a implantação do Serviço Social na OMH (ano, conjuntura etc.)?
- f) Qual função passou a exercer na OMH?
- g) Como se dava a relação com a equipe multiprofissional (principais requisições, cotidiano de trabalho etc.)?
- h) Como se dava a relação com os usuários (perfil dos usuários, principais demandas etc.)?
- i) Quais eram as principais requisições feitas pela instituição ao Serviço Social?
- j) Como as assistentes sociais respondiam às demandas?
- l) Os profissionais encontravam dificuldades para o desenvolvimento do trabalho?
- l) Em sua opinião, por qual motivo o hospital contratou assistentes sociais?

⁵⁸ Trata-se de uma assistente social ingressa na primeira turma do Quadro Auxiliar Feminino de Oficiais (QAFO) da Marinha do Brasil em 1981.

**ANEXO D - Roteiro de entrevista aplicado à assistente social que trabalhou na
Instituição pesquisada de 1999-2017**

**O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação do assistente social em
uma Organização Militar Hospitalar (OMH)**

**Roteiro de entrevista aplicado a assistente social que trabalhou na instituição pesquisada
do ano de 1999-2017**

Nome: _____
Data de Nascimento: _____
Instituição de formação acadêmica: _____. Ano: _____
Possui pós-graduação? () sim () não. Qual? _____
Ano de ingresso na MB _____

I. RESUMO TRAJÉTORIA SAS-H NA OMH PESQUISADA:

- a) Comente sobre seu ingresso na Organização Militar Hospitalar pesquisada (ano de embarque, contexto, função exercida, atribuições etc).
- b) Sabe informar como se deu a implantação do Serviço Social na OM (ano, conjuntura etc.)
- c) Como se dava a relação com a equipe multiprofissional (principais requisições, cotidiano de trabalho etc.)?
- d) Como se dava a relação com os usuários (perfil dos usuários, principais demandas etc.)?
- e) Quais eram as principais requisições feitas pela OM ao Serviço Social?
- f) Como o Serviço Social respondia às demandas dos usuários e às requisições institucionais?
- g) As assistentes sociais encontravam dificuldades para o desenvolvimento do trabalho?
() Sim. Quais?
() Não.

II. PARTICULARIDADES DA SAÚDE

1) De acordo com as Normas sobre a Assistência Social na Marinha (DGPM-501, 2020), os Serviços de Assistência Social Hospitalar (SAS-H) não possuem em sua composição profissional psicólogos e profissionais do Direito, sendo compostos apenas por assistentes sociais. No seu entendimento, seria o assistente social um profissional da Assistência Social na Saúde? () Sim () Não. Comente sua resposta.

2) O SAS-H da OM pesquisada possui duas frentes de intervenção profissional (usuários do Sistema de Saúde da Marinha e tripulação) com um elevado quantitativo de potenciais usuários referente aos dois públicos, os quais apresentam demandas específicas ao seu determinado eixo de intervenção⁵⁹. Nesse sentido, responda as seguintes questões:

- a) Como avalia o fato de a equipe do Serviço Social do referido SAS-H precisar se organizar para atender tanto as demandas específicas da área da saúde, quanto às demandas da “assistência social”?
- b) Levando-se em consideração as particularidades presentes no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais na Saúde e o expressivo quantitativo de usuários das duas frentes de intervenção profissional, qual a sua opinião sobre a possibilidade de se instituir um NAS para

⁵⁹ Em suma, os usuários do SSM apresentam demandas específicas do âmbito da Saúde; e a tripulação (militares e servidores civis da OMH e de sua OM assistida) apresenta ao Serviço Social demandas previstas nos Programas/Projetos das Normas sobre a Assistência Social (DGPM-501,2020)

atendimento à tripulação da OMH pesquisada e OM assistida, e ser delegado à equipe do SAS-H a prestação de serviços especificamente à população usuária do SSM e o atendimento às requisições institucionais do referido nosocômio?

3) Sugere mudanças para a organização do Serviço Social da OMH pesquisada?

() Sim () Não. Justifique e comente sua resposta.

ANEXO E - Termo de Consentimento



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento que informa e esclarece o sujeito da pesquisa de maneira que ele possa tomar sua decisão de forma livre e sem constrangimentos sobre a sua participação em um projeto de pesquisa. É uma proteção legal e moral do pesquisador e do pesquisado, visto ambos estarem assumindo responsabilidades.

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do estudo/pesquisa intitulado “O Serviço Social na Marinha do Brasil: reflexões sobre a atuação profissional em uma Organização Militar Hospitalar”, conduzida por Dayane Bentes Tinoco Ferreira, sob orientação da Prof^a. Dra. Ana Maria de Vasconcelos. Este estudo tem por objetivo analisar a atuação dos assistentes sociais em uma Organização Militar Hospitalar, tendo em vista as relações sociais, as condições de trabalho e as possibilidades e limites presentes nas respostas profissionais às requisições institucionais e às demandas dos usuários. Desse modo, pretende-se, ao longo da pesquisa, apresentar o perfil socioeconômico, teórico-metodológico e ético dos assistentes sociais da OMH; identificar a concepção dos profissionais da equipe multiprofissional sobre o Serviço Social, a atuação dos assistentes sociais na instituição e a prática interprofissional; identificar como se dá a organização do Serviço Social no hospital, para atender as requisições institucionais e as demandas dos usuários; e verificar as principais implicações no cotidiano profissional do Serviço Social diante das relações e condições de trabalho institucionais.

Este trabalho terá como base uma pesquisa de caráter quali-quantitativo e exploratório. Como parte da pesquisa empírica será explorado o setor de Serviço Social da OMH. A técnica de coleta de dados a ser utilizada será a realização de uma entrevista/questionário com perguntas abertas e fechadas, dirigidas aos médicos e enfermeiros das Clínicas de Ortopedia, Pediatria, Clínica Médica e Setor de Emergência, aos assistentes sociais e psicólogos da instituição, que compõem a equipe multiprofissional de saúde; e aos militares e servidores civis trabalhadores da OM. Você foi selecionado (a), pois, no que se refere à entrevista, objetiva-se aplicar uma amostra junto a aproximadamente 10 assistentes sociais, 06 psicólogos, 10 médicos e 10 enfermeiros inseridos nas Clínicas/Setores supracitados, 20 militares e 10 servidores civis, para, posteriormente realizar a categorização e análise de conteúdo das entrevistas em uma aproximação de natureza quali-quantitativa, com vistas a explorar, analisar e comparar com o acervo documental do Serviço Social da instituição (Livros de Registros, Pareceres, Estatísticas de Atendimento etc.), tendo como referência teórico-metodológica a produção de conhecimento da área de Serviço Social.

É importante informar que o participante não será remunerado e que os benefícios desta pesquisa não serão individuais, mas para a coletividade.

Consideramos que, em toda pesquisa, há possibilidade de riscos, como por exemplo, desconforto ao responder determinadas questões ou de falar sobre a temática. No entanto, assegura-se o mesmo tratamento ao aceitar ou não participar desta pesquisa. Não haverá nenhum gasto para o participante; os dados serão coletados de acordo com sua disponibilidade: através de entrevista ou de resposta a um questionário que será entregue em mãos que a pesquisadora se compromete em buscá-lo.

Assegura-se a confidencialidade no uso das informações contidas nas respostas, tendo em vista que apenas a pesquisadora terá acesso aos dados individuais.

Sua participação é voluntária e a recusa em autorizá-la não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios. Outrossim, você poderá retirar o consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de decidir interromper a participação no estudo, a pesquisadora deve ser comunicada e a coleta de dados será imediatamente interrompida.

Está assegurado seu direito de ser atualizado sobre os resultados parciais e finais do estudo e os resultados da pesquisa estarão disponíveis junto à pesquisadora, bastando entrar em contato com a mesma para ter acesso.

Assim sendo, está garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas.

Este estudo passa pela análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Organização Militar Hospitalar, formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam a participar destes.

A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Dayane Bentes Tinoco Ferreira, endereço eletrônico: dayanebentes@hotmail.com e telefone: (21) 97208-6421.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa - HNMD: Rua César Zama, 185 - Lins de Vasconcelos - Rio de Janeiro - Telefone: (021) 2599-5599.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ declaro que li as informações do TCLE, compreendi o objetivo da pesquisa, assim como os benefícios e os riscos potenciais da participação na mesma. Entendi que não receberei compensação monetária pela participação no estudo e que esta participação será isenta de despesas. Além disso, compreendi e aceito que meu nome não será publicado e que está assegurado meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar do estudo, sabendo da possibilidade de retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízo do seu tratamento. Afirmo ter conhecimento da possibilidade de publicação deste estudo futuramente.