



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATU SENSU* EM SERVIÇO SOCIAL**

FABIANE CAMARGO RODRIGUES BRITO

**ENTRE CONQUISTAS E DESAFIOS: O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NOS
HOSPITAIS PÚBLICOS DO TOCANTINS**

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

FABIANE CAMARGO RODRIGUES BRITO

ENTRE CONQUISTAS E DESAFIOS: O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NOS
HOSPITAIS PÚBLICOS DO TOCANTINS

Monografia apresenta a Universidade Federal do Tocantins – Campus de Miracema do Tocantins, como requisito à obtenção do Título de Especialista em Serviço Social e Política Social, sob orientação da Professora Dra. Rosemeire dos Santos.

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- B862e Brito, Fabiane Camargo Rodrigues.
Entre conquistas e desafios: o trabalho do Serviço Social nos hospitais públicos do Tocantins. / Fabiane Camargo Rodrigues Brito. – Miracema, TO, 2019.
146 f.

Monografia de Especialização - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2019.
Orientadora : Rosimeire dos Santos

1. Contrarreforma. 2. Estado. 3. Serviço Social. 4. Política de saúde e trabalho. I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

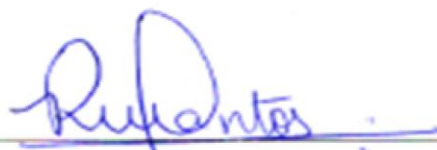
FABIANE CAMARGO RODRIGUES BRITO

ENTRE CONQUISTAS E DESAFIOS: O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL
NOS HOSPÍTAIS PÚBLICOS DO TOCANTINS

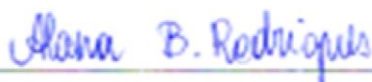
Monografia apresenta a Universidade Federal do Tocantins – Campus de Miracema do Tocantins, como requisito à obtenção do Título de Especialista em Serviço Social e Política Social, sob orientação da Professora Dra. Rosemeire dos Santos.

Data de Apresentação: 09/12/2020

Banca examinadora:



Prof.ª.Dra.Rosemeire dos Santos – Orientadora – UFT.



Ass. Soc.Ms.Alana Barbosa Rodrigues – Avaliadora–HGP.



Prof.ª.Ms.Milena Carlos Lacerde – Avaliadora– UFT.

A minha mãe, Soleni Maria Camargo Rodrigues – mulher, amiga e espetacular pessoa - que me dedicou muita atenção e me deu muito amor e carinho; que cumpriu com zelo e muita ternura o seu papel de mãe.

A meu pai – meu exemplo de homem, Manoel Rodrigues Neto, que me ensinou a ter honra, dignidade, honestidade e caráter.

A meu esposo, Juglauber Marques Brito Camargo, pessoa que mais me incentivou nessa árdua luta em busca de conhecimento e rumo à emancipação. E ainda, me inspira a querer ser uma pessoa melhor.

A meu filho, Gabriel Rodrigues Marques – que me instigou a querer ser uma pessoa melhor. E vem me ensinando a cada dia o que é ser ‘mãe’. E também, me faz querer ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus que me deu a vida, que me deu minha família, meu filho, meu esposo e que me proporcionou condições de lutar por meus objetivos.

E a toda a minha família que sempre esteve ao meu lado me apoiando, dando suporte e força para lutar, todos e todas que de uma forma ou outra sempre me deram base e condições para estudar.

Agradeço a todos os professores que deram aula no curso da pós graduação em Serviço Social e Política Social da UFT, principalmente aqueles que realmente se dedicaram e se dedicam a construir pessoas pensantes, críticas, políticas e que entendem que a busca por conhecimento é achave mestra para tornar-se um profissional diferenciado e fazer a diferença na vida de seu público-alvo – especialmente agradeço a minha querida orientadora, Rosemeire dos Santos – que desde o início comprou minha ideia/proposta e não poupou tempo, paciência, carinho e dedicação; que junto comigo passou por todas as etapas e burocracias que foram necessárias para alcançarmos o tão almejado objetivo. Além de, ter compartilhado com muito zelo seu conhecimento, direcionando-me para os caminhos teóricos-metodológicos certos a se tomar.

A minha turma por ter compartilhado comigo momentos difíceis/tensos, alegres, tristes, momentos de sofrimento e desespero; principalmente, momentos de trocas de conhecimentos, experiências, angústias, etc., enfim, momentos especiais que ficarão em nossa memória.

Meus sinceros agradecimentos, também a todas e todos os/as assistentes sociais que aceitaram participar da minha pesquisa, que dedicaram tempo e compartilharam informações de seus cotidianos profissionais. Fiquei muito feliz pelo quantitativo de colegas de profissão que participaram da pesquisa, afinal, foram mais de 75% ao total. Possibilitando um resultado mais fidedigno e o alcance de todos os objetivos.

“Dizem que a vida é para quem sabe viver, mas ninguém nasce pronto. A vida é para quem é corajoso o suficiente para se arriscar e humilde bastante para aprender”.

Clarice Lispector

RESUMO

Com a contrarreforma em curso desde a década de 1990, as políticas sociais são alvos da precarização e do sucateamento na sociedade neoliberal, tornando políticas pobres para pobres. A doutrina, em voga nas últimas décadas do século XX limitou a atuação do Estado, o que resulta no oferecimento dos mínimos sociais, quando na verdade deveria proporcionar condições básicas para a sobrevivência e manutenção da vida e não da precariedade. Em tempos de crise do capital os ajustes fiscais são as soluções dadas para todo o colapso social em vigor, que causam o sucateamento das políticas sociais com o desfinanciamento e a desconstrução acelerada de direitos sociais e trabalhistas, que significa perdas enormes e desastrosas para a classe trabalhadora. E os/as assistentes sociais como trabalhadores assalariados, que tem no Estado o seu maior empregador, vivenciam cotidianamente toda essa precarização do trabalho, tanto com relação a falta de recursos materiais quanto com relação a perdas salariais, bem como a não efetivação da lei que garante a jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais. O objetivo geral da pesquisa foi analisar o trabalho dos/das assistentes sociais dos hospitais de Miracema, Paraíso, Guaraí e Pedro Afonso no ano de 2017. A metodologia adotada fundamentou-se numa avaliação qualitativa-quantitativa, ou seja, realizou-se a tabulação e análise dos dados obtidos, a partir da aplicação de questionários. Os resultados obtidos reafirmaram que o perfil dos/das assistentes sociais condiz com a historicidade da profissão, ou seja, a grande maioria desses/dessas profissionais são mulheres, que por sua vez, tem acúmulo de funções na sociedade, que até em tempos atuais, ainda se molda pelos traços patriarcais e machistas. Demonstraram que os/as assistentes sociais precisam se posicionar em defesa de sua profissão e de suas atribuições, opondo-se a realizar atividades meramente burocráticas e não privativas que desqualificam e descaracterizam a profissão. E ainda, precisam lutar pelo reconhecimento e respeito a sua autonomia profissional em seus espaços sócio ocupacionais. Para isso, torna-se imprescindível que todos/todas os/as profissionais não só conheçam suas atribuições e/ou competências profissionais, mas que se coloquem sempre em defesa da profissão e se recusem a qualquer forma de imposição que seja contrária ao que estabelece a lei de regulamentação, código de ética dos assistentes sociais, do projeto ético político e parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde, ou seja, qualquer atividade e/ou ação que descaracterize a profissão e consequentemente o/a profissional e afaste esse/essa de seus/suas usuários/as e de seus objetivos enquanto profissionais. Além, da necessidade de união da categoria em prol da defesa de sua profissão, atribuições e condições de trabalho, faz-se imperioso que também se engajem na luta geral dos trabalhadores em defesa dos direitos sociais, civis e trabalhistas, e ainda, da ampliação e abrangência das políticas sociais, com aumento do financiamento para que atende de fato às necessidades da classe trabalhadora, direitos esses que nos últimos anos vem sendo cruelmente e duramente atacados.

Palavras-Chave: Contrarreforma. Estado. Serviço Social. Política de saúde e Trabalho.

ABSTRACT

With the counter-reform underway since the 1990s, social policies are targets of precariousness and scrap in neoliberal society, making policies poor for the poor. The doctrine, in vogue in the last decades of the 20th century, limited the State's action, which results in the provision of social minimums, when in fact it should provide basic conditions for the survival and maintenance of life and not precariousness. In times of capital crisis, fiscal adjustments are the solutions given to all the social collapse in force, which cause the scrapping of social policies with the de-financing and the accelerated deconstruction of social and labor rights, which means huge and disastrous losses for the working class. And social workers as salaried workers, who have the largest employer in the State, experience all this precarious work on a daily basis, both in relation to the lack of material resources and in relation to wage losses, as well as the non-implementation of the law that guarantees a working day of 30 (thirty) hours per week. The general objective of the research was to analyze the work of social workers in the hospitals of Miracema, Paraíso, Guaraí and Pedro Afonso in 2017. The methodology adopted was based on a qualitative-quantitative assessment, that is, tabulation was performed and analysis of the data obtained, using questionnaires. The results obtained reaffirmed that the profile of / of social workers is consistent with the historicity of the profession, that is, the vast majority of these / these professionals are women, who, in turn, have an accumulation of functions in society, which, even today, it is still shaped by patriarchal and sexist traits. They demonstrated that social workers need to take a stand in defense of their profession and their duties, opposing to perform merely bureaucratic and non-private activities that disqualify and mischaracterize the profession. And yet, they need to fight for recognition and respect for their professional autonomy in their socio-occupational spaces. For that, it becomes essential that all / all / the professionals not only know their attributions and / or professional competences, but that they always put themselves in defense of the profession and refuse any form of imposition that is contrary to what establishes the regulation law, code of ethics for social workers, the political ethical project and parameters for the performance of social workers in health, that is, any activity and / or action that de-characterizes the profession and, consequently, the professional and keeps him / her away from their users and their goals as professionals. In addition to the need to unite the category for the defense of their profession, duties and working conditions, it is imperative that they also engage in the general struggle of workers in defense of social, civil and labor rights, as well as the expansion and scope of social policies, with increased funding so that it actually meets the needs of the working class, rights that in recent years have been cruelly and severely attacked.

Keywords: Counter-reform. State. Social Work. Health and Work Policy.

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

NEP – Núcleo Estratégico de Pesquisa

POP – Protocolo Operacional Padrão

SES – Secretaria de Estado da Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Sexo	p. 54
Gráfico 2	Idade	p. 55
Gráfico 3	Possuem filhos	p. 56
Gráfico 4	Quantidade de filhos	p. 56
Gráfico 5	Estado civil	p. 57
Gráfico 6	Cor/raça/etnia	p. 57
Gráfico 7	Religião	p.58
Gráfico 8	Escolaridade	p.61
Gráfico 9	Tempo de formação	p. 61
Gráfico 10	Instituição que se formaram	p. 62
Gráfico 11	Tempo de serviço público	p. 66
Gráfico 12	Tempo de atuação na saúde (hospital)	p. 67
Gráfico 13	Vínculo empregatício com o estado	p. 68
Gráfico 14	Ações que não são atribuições do assistente social, mas de outras áreas técnicas	p. 85
Gráfico 15	Ações de cunho administrativo	p. 87
Gráfico 16	Sala e sigilo nos atendimentos	p. 88
Gráfico 17	Instrumentos/recursos de trabalho	p. 92
Gráfico 18	Autonomia profissional	p. 94
Gráfico 19	Sigilo e inviolabilidade do local de trabalho	p. 97
Gráfico 20	Funcionamento do serviço social (24 horas?)	p. 98
Gráfico 21	Repouso para descanso	p. 99
Gráfico 22	Protocolo, plano e projeto	p. 100
Gráfico 23	Protocolo, plano, projeto e o desenvolvimento do trabalho	p. 101
Gráfico 24	Reunião	p. 102
Gráfico 25	Relação profissional com a gestão	p. 103
Gráfico 26	Situações conflituosas	p. 105
Gráfico 27	40 horas x 30 horas	p. 107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Ações socioassistenciais	p.69
Tabela 2	Ações socioeducativas	p. 71
Tabela 3	Ações de articulação com a equipe	p. 73
Tabela 4	Ações de mobilização, participação e controle social	p. 75
Tabela 5	Ações de investigação, planejamento e gestão	p. 78
Tabela 6	Ações de assessoria, qualificação e formação profissional	p. 81
Tabela 7	Ações rotineiras do cotidiano profissional	p. 83

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I	16
2 ESTADO CAPITALISTA, CONTRARREFORMA E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	16
2.1 Concepções de Estado no sistema capitalista	16
2.2 Política social e política de saúde: um olhar sobre a sociedade brasileira no contexto de Contrarreforma	21
2.3 Serviço Social: sua relação histórica com a política de saúde e a Contrarreforma... 	38
CAPÍTULO II.....	45
3 DESVELANDO O TRABALHO DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E ESTADUAIS DO TOCANTINS.....	45
3.1 Caminhos metodológicos da pesquisa.....	45
3.2 Apresentando os dados da pesquisa.....	48
3.2.1 Explicitando os eixos temáticos para análise da pesquisa e apresentando os dados	53
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	114
APÊNDICES	123
ANEXO.....	142

1INTRODUÇÃO

O trabalho de conclusão do curso de especialização que hora se apresenta, partiu do interesse da pesquisadora pelo tema desde o período do seu estágio curricular obrigatório a nível de graduação em Serviço Social, desenvolvido no espaço sócio ocupacional hospitalar. E alimentado pelo seu cotidiano profissional, tendo em vista que, atualmente, a mesma trabalha em um hospital estadual, o que resultou numa indagação e curiosidade ainda maior, em investigar o trabalho dos/das assistentes sociais nos hospitais estaduais no Tocantins, no que diz respeito as atribuições privativas, competências profissionais e sobre as condições de trabalho, ou seja, procurar respostas as dúvidas e questionamentos levantados durante sua experiência profissional em âmbito hospitalar. Enfim, entender o processo de trabalho nas unidades hospitalares, de modo que possibilitasse identificar os aspectos que se assemelhavam e os em que se diferenciavam.

É importante salientar que em virtude de não existir neutralidade nas ciências, todo o trabalho revela de certa forma a intrínseca relação existente entre a pesquisadora ser ao mesmo tempo: estudiosa da área da saúde, trabalhadora da saúde e principalmente, usuária do SUS. Por isso, o trabalho está imbuído de valores que foram construídos nessa relação. Entretanto, vale ressaltar que os dados da pesquisa foram tabulados com total fidedignidade as respostas dos questionários dadas pelos/pelas participantes da pesquisa.

A política de saúde efetiva-se como um espaço sócio ocupacional para o assistente social, a partir da necessidade do reaparelhamento do Estado após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e também com a criação do SUS, quando se ampliou o número de vagas para o Serviço Social, tendo em vista que, o governo percebeu que havia a necessidade da inserção desses profissionais para atuarem frente às mazelas sociais decorrentes da contradição existente entre capital e trabalho. Tanto que, esses profissionais passaram a ser reconhecidos como profissionais da saúde.

Se os profissionais não tiverem clareza de suas atribuições frente à política de saúde, serão submetidos a diversas situações adversas em seu cotidiano profissional, possivelmente sendo submetidos a executarem atividades que não seriam de suas competências, como também assumirem postura contrária ao projeto ético-político da profissão. Como está exposto, no documento do Conselho Federal em Serviço Social – CFESS.

Contrariamente ao projeto privatista, o projeto de reforma sanitária vem indicando como demandas aos/às profissionais do serviço social, algumas ações de suma

importância: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular”. (CFESS, 2010, p. 24)

Esse tipo de pesquisa se faz imprescindível, pois proporciona a divulgação do agir profissional nesse âmbito de atuação. Além, de divulgar a percepção dos profissionais a respeito de suas atribuições. Essa pesquisa também se torna relevante por instigar os profissionais refletirem sobre suas ações/atividades cotidianas e ainda, caso achem necessário, realizarem adequações quanto as mesmas. E ainda, tem importância para que se possa ter clareza do trabalho profissional, entendendo que há a necessidade constante pela busca do conhecimento, e constante aprimoramento intelectual, atualizando-se quanto as mudanças na sociedade e, assim, poder dar melhores respostas as demandas colocadas em seus cotidianos profissionais. E de tal modo que, se reconheçam e se identifiquem enquanto assistentes sociais no que executam. Pois, o dilema que existe nessa área de atuação é justamente o não reconhecimento por parte dos profissionais de suas atribuições e/ou competências profissionais.

Portanto, reconhece-se que existe uma imposição aos profissionais para estarem aptos a desenvolverem suas atividades com competência, qualidade e compromisso frente às demandas levadas pelos/as usuários/as em seu dia-a-dia profissional. E assim, atuarem de acordo com o projeto ético-político e colocando-o em prática.

Após essas reflexões acerca do trabalho dos/das assistentes sociais nas unidades hospitalares, na política de saúde. Partimos para a apresentação estrutural do trabalho, onde o processo de construção do mesmo contempla dois capítulos que são:

No *capítulo I*, cujo título é “**Estado capitalista, contrarreforma e o Serviço Social na saúde**” apresenta-se o debate do Estado no sistema capitalista, através de autores que se aportam da teoria social marxista para substanciar suas discussões. Em seguida, põe-se em evidência a política social e política de saúde em contexto de contrarreforma, ou seja, descreve-se as configurações originais e as alterações sofridas pelas políticas sociais e política de saúde com os avanços neoliberais. E por fim, traz a discussão do Serviço Social e a sua relação histórica com a política de saúde em tempos de contrarreforma.

No *capítulo II*, cujo título é “**Desvelando o trabalho dos/das assistentes sociais nos hospitais públicos e estaduais do Tocantins**” expõe-se os caminhos metodológicos da pesquisa. Em seguida, antes de iniciar a apresentação dos dados, é feita uma breve conceituação da categoria trabalho, destacando as particularidades do trabalho do/da

assistente social, que alguns autores divergem quanto o “trabalho” dessa categoria, defendendo que não é trabalho. E por fim, faz-se a exposição dos dados da pesquisa, que foram divididos em 3 (três) eixos temáticos, apresenta-se esses eixos que foram: 1º Perfil dos/das assistentes sociais; 2º Ações e/ou atividades executadas pelos/pelas assistentes sociais nos hospitais estaduais e 3º As condições de trabalho dos/das assistentes sociais nas unidades hospitalares do Tocantins. E finaliza-se com a análise dos dados, divididos nesses 3 (três) eixos.

Enfim, o trabalho esse estudo traz um panorama sobre o Estado, política social, política de saúde para enfim, tratar do trabalho do assistente social na política de saúde, com foco nos hospitais. Tratando de suas particularidades e especificidades frente ao cenário político brasileiro. E por fim, apresenta os dados da pesquisa colhidos junto aos/as assistentes sociais dos quatro hospitais pesquisados, expondo suas percepções acerca de seu trabalho e de suas condições de trabalho.

CAPÍTULO I

2 ESTADO CAPITALISTA, CONTRARREFORMA E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

2.1 Concepções de Estado no sistema capitalista¹

Para falar sobre Estado² no sistema capitalista não se pode deixar de mencionar a concepção de Estado restrito para Marx, Engels, que entendiam o Estado como mero instrumento a serviço dos interesses da classe dominante, como ainda do Estado Ampliado para Gramsci, que também tinha a mesma visão do Estado como instituição reguladora da sociedade que atende aos interesses do capital, porém, Gramsci entendia que o Estado poderia fazer concessão a classe trabalhadora, conferindo-lhes direitos, por meio das lutas de classes, por isso, denominou de Estado ampliado, visto que passou a atender as reivindicações da classe trabalhadora, mesmo que tenha sido para manter a ordem social vigente. Já Boschetti, defende a ideia de Estado social, pois acredita que no Brasil não teve condições históricas para desenvolver e materializar o Estado de Bem-Estar Social. Por isso, denomina de Estado Social, que defende os interesses da classe dominante, mas também atende as reivindicações da classe trabalhadora, por meio da luta de classes. Enfim, são concepções distintas de Estado no capitalismo, mas que são necessárias para entender as configurações e mudanças que vêm ocorrendo na sociedade capitalista.

A leitura que Coutinho se apropria sobre o que pensam Marx, Engels do Estado, que não é de forma nenhuma subtraída por Gramsci, pelo contrário ela é apenas dilatada.

[...] A grande descoberta de Marx e Engels no campo da teoria política foi a afirmação do caráter de classe de todo fenômeno estatal; essa descoberta os levou, em contraposição a Hegel, a “dessacralizar” o Estado, a desfeticizá-lo, mostrando como a aparente autonomia e “superioridade” dele encontram sua gênese e explicação nas contradições imanentes da sociedade como um todo. A gênese do

¹O Estado é hegemonia e dominação. A hegemonia representa a capacidade de orientar o conjunto da sociedade, de arbitrar os conflitos entre as classes e os conflitos de classe, de estabelecer uma certa coesão social. Pela dominação, o Estado impõe a repressão, a força e manu militari, destrói as oposições e resolve os conflitos. Estanatureza contraditória do Estado, somente pode ser compreendida de maneira histórica e concreta, de acordo com sua força ou sua fraqueza, em face à força à fraqueza das forças da sociedade civil. A ação do Estado se situa, então, em relação à correlação das forças sociais. (FALEIROS, 1980, p. 47).

²O Estado organiza o poder e a economia num território determinado, pela mediação de instituições, aparatos ou aparelhos muito diversificados que compreendem a materialização do poder e da gestão econômica. O poder e a gestão do Estado, assim, representam ou aparecem como o interesse geral da nação ou da sociedade, mas se exercem pelo uso da lei (consenso e força) e de inúmeras mediações e organismos que constituem o governo. O governo compreende um conjunto coordenado de pessoas que controlam os cargos de decisão política e dão a direção principal ao Estado num momento determinado. (FALEIROS, 2006, p. 60)

Estado reside na divisão da sociedade em classes, razão por que ele só existe *quando* e *enquanto* existir essa divisão (que decorre, por sua vez, das relações sociais de produção); e a *função* do Estado é precisamente a de conservar e reproduzir tal divisão, garantindo assim que os interesses comuns de uma classe particular se imponham como o interesse geral da sociedade. (COUTINHO, 1992, p.74).

Marx, Engels apontam em que consiste em mais fundamental no Estado, a ação auxiliada por um conjunto de mecanismos que impedem, pela ameaça ou pelo castigo, todos que intentam contra a ordem institucionalizada. Gramsci compreende as análises daqueles sobre o Estado considerando que os mesmos se depararam com um ponto que não se podia ultrapassar, ficaram limitados pelo encontro de determinadas circunstâncias próprias de seus momentos. Ou seja, naquele momento histórico a visão sobre o Estado não poderia ser outra, visto que, o mesmo, realmente, era ‘restrito’ e servia aos interesses exclusivos da burguesia – enquanto classe dominante. O pensador italiano está inserido num período que sobressai pela predominância veemente da atividade política, por meio da qual se exerce concretamente o desenvolvimento do sentimento coletivo através da associação pelo pensamento ou pela sensibilidade que objetiva atender os anseios da grande massa. Em referência a essa afirmação damos atenção à seguinte revelação:

[...]. Gramsci, porém, trabalha numa época e num âmbito geográfico nos quais já se generalizou uma maior complexidade do fenômeno estatal: ele pôde assim ver que, com a intensificação dos processos de socialização da participação política, que tomam corpo nos países “ocidentais”, sobretudo a partir do último terço do século XIX (formação de grandes sindicatos e de partidos de massa, conquista do sufrágio universal, etc.), surge uma esfera social nova, dotada de leis e de funções relativamente autônomas e específicas, tanto em face do mundo econômico quanto dos aparelhos repressivos do Estado. (COUTINHO, 1992, p.75).

A postura que o Estado assume é cautelar frente “a formação de sujeitos políticos coletivos de massa” (grifos nossos). Esses novos agentes passam a se compreender como indivíduos reais, que são portadores de determinações e que são capazes de propor objetivos e praticar ações. A luta de classes chega há um momento que possibilita a participação por meio de estruturas organizadas que não usam da coação para alcançar o acordo ou concordância de suas ideias e objetivos, pelo contrário, trata de trazer a adesão voluntária dos sujeitos envolvidos nessa nova trama social.

Gramsci entende que a partir do momento em que o Estado cede às reivindicações da sociedade civil organizada, e, passa a atender as suas demandas – ele deixa de ser um ‘Estado restrito’ ou como denominava Marx e Engels um ‘comitê executivo da burguesia’; é nesse momento em que o Estado se amplia não sendo somente um instrumento de uma classe, mas imerso numa correlação de forças.

O Estado capitalista deixou de ser um “comitê executivo da burguesia” – como o definiu Marx e Engels no ano de 1848 –, e se amplia, na medida em que “foi obrigado a se abrir para as demandas provenientes de outras classes e camadas sociais”, tornando-se a expressão da “correlação de forças” existente na sociedade (COUTINHO, 2000, p.38, grifo do autor).

Continuando a discussão sobre Estado³ no sistema capitalista, segundo Boschetti (2016), a mesma explica que deixou de utilizar os termos “Welfare State” ou Estado de Bem-Estar Social para designar o conjunto de políticas sociais instituídas no capitalismo. E passa a usar o termo “Estado Social” o qual ela referênciava toda regulação do Estado nas relações econômicas e sociais no sistema capitalista, e as políticas sociais têm papel central nisso.

A autora justifica tal mudança de terminologia, exemplificando que não é possível existir bem-estar social no sistema capitalista, e não é porque o Estado concedeu direitos a classe subalterna através da execução das políticas sociais, que deixa de ter a natureza capitalista⁴. Segundo Faleiros (1991)

Nos países pobres periféricos não existe o WelfareState nem um pleno keynesianismo em política. Devido à profunda desigualdade de classes, as políticas sociais não são de acesso universal, decorrentes do fato da residência no país ou da cidadania. São políticas “categoriais”, isto é, que tem como alvo certas categorias específicas da população, como trabalhadores (seguros), crianças (alimentos, vacinas) desnutridas (distribuição de leite), certos tipos de doentes (hansenianos, por exemplo), através de programas criados a cada gestão governamental, segundo critérios clientelísticos e burocráticos. Na América Latina, há grande diversidade na implantação de políticas sociais, de acordo com cada país [...]. (FALEIROS, 1991, p.28).

Para Boschetti as políticas sociais representam o produto da contraditória luta de classes. E representa não somente a conquista dos trabalhadores, por meio de sua organização e mobilização, isto é, da luta de classes, como também, a cooptação e repressão desses pelos capitalistas. Ou seja, as políticas sociais não transformam e não emancipam os trabalhadores, mas minimizam as desigualdades sociais, pois possibilita o acesso a direitos sociais, assim como, aos bens e serviços produzidos socialmente, assim, como põe limites a exploração da força de trabalho e nos avanços desenfreios do capital, isto é,

³[...] O Estado se apresenta como gestor econômico de empresas, banqueiro, controlador da ordem, publicitário, mediador de conflitos, administrador de benefícios, assumindo funções de repressão, de direção da sociedade e de gestão econômica e social. Nestas funções ele não é estático e imutável, mas é atravessado pelos conflitos da sociedade, utilizando seu poder de articulação geral do processo para tornar os conflitos governáveis e previsíveis. [...] (FALEIROS, 2006, p. 64).

⁴ [...]designar de “Estado social” a regulação econômica e social efetivada pelo Estado no capitalismo tardio não significa atribuir ao Estado uma natureza anticapitalista, e menos ainda lhe atribuir qualquer intencionalidade de socializar a riqueza por meio de políticas sociais. Trata-se, ao contrário, de tentar atribuir uma designação ou caracterização para demonstrar que o fato de assumir uma “feição” social por meio de direitos implementados pelas políticas sociais não retira do Estado sua natureza capitalista e nem faz dele uma instância neutra de produção de bem-estar. (BOSCHETTI, 2016, p. 24).

[...]as políticas sociais são conquistas civilizatórias que não foram e não são capazes de emancipar a humanidade do modo de produção capitalista, mas instituíram sistemas de direitos e deveres que, combinados com a instituição de tributação mais progressiva e ampliação do fundo público, alteram o padrão de desigualdade entre as classes sociais, [...]. Alterar o padrão de desigualdade não significa superar a desigualdade, mas provocar a redução das distâncias entre rendimentos e acesso aos bens e serviços entre as classes. (BOSCHETTI, 2016, p.25).

A autora argumenta que um sistema de proteção social não se restringe a implementação de uma política social, mas a um conjunto de políticas sociais, organizadas, planejadas que garantam a reprodução social da classe trabalhadora, como também a reprodução expandida do capital e coloca como dever do Estado social⁵ capitalista de provê-las. Afirma que a seguridade social não é sinônimo dos termos Welfare State (Anglo-saxão/Inglaterra), État Providence (França) e Sozialstaat (Alemanha), mas é integrante deles, e também, o conceito de seguridade social não se restringe aos seguros sociais. Apesar das particularidades históricas de cada país, três elementos passaram a constituir a seguridade social, que foram os seguros, a assistência médica/saúde e as prestações assistenciais. Enfim, a autora conclui que o uso da categoria Estado social para designar as ações sociais do Estado é mais adequado do que o Sozialstaat alemão que acreditava num socialismo de Estado. Do que o Welfare State anglo-saxã que atribuiu ao Estado o poder de garantir igualdade e bem-estar social no capitalismo e do État Providence francês que creditou ao Estado sorte de providência.

E por fim, sobre a cidadania (direitos civis, políticos e sociais), argumenta-se que não é possível existir no capitalismo uma cidadania plena, com direitos iguais para todos e todas cidadãos/cidadãs, o que possibilitaria a emancipação humana. Visto que, o que existe é uma cidadania burguesa, e sendo assim, o Estado social é incapaz de superar a desigualdade de classe. A cidadania burguesa proporciona a emancipação política dos homens, tratados como sujeitos de direitos coletivos pela sociedade burguesa, contudo, não os libertam das relações capitalistas, ou seja, de terem que vender sua força de trabalho, portanto, não os levam a emancipação humana⁶. Isso também fica claro quando Faleiros afirma que:

⁵[...] Estado social capitalista, portanto, é o Estado que, no capitalismo tardio (Mandel, 1982), assume importante papel na regulação das relações econômicas e sociais, tendo por base a constituição de um sistema de proteção social de natureza capitalista, assentado em políticas sociais destinadas a assegurar trabalho, educação, saúde, previdência, habitação, transporte e assistência social. (BOSCHETTI, 2016, p. 28).

⁶ A relação entre Estado, direitos e política social que estrutura o Estado social capitalista pode assegurar uma determinada forma de cidadania, qual seja, a cidadania burguesa. Uma cidadania que, ao conjugar direitos resultantes da luta de classes, possibilitou o alcance da emancipação política, e, por vezes, é superestimada como possibilidade de materialização da emancipação humana. Contudo, a cidadania possível e concretizada no âmbito do Estado social capitalista, se, por um lado, pode “perturbar” a lei geral da acumulação capitalista, ao tensionar o capital, por outro, contraditoriamente, participa da reprodução ampliada do capital, sendo a este cada vez mais subordinada, sobretudo em tempos de agudização das crises do capital. (BOSCHETTI, 2016, p. 45).

No Estado do Bem-Estar Social, a maior ou menor restrição ao acesso a bens e serviços sociais está articulada ao desenvolvimento do capitalismo e de suas contradições. Nesse contexto, o Estado deve manter os mecanismos do mercado de trabalho e as relações capitalistas de produção ao mesmo tempo que regula as atividades do mercado e da produção e atende à prestação de serviços e benefícios como direito da cidadania. Essa regulação estatal não é, pois, fruto de uma evolução do humanismo, mas das próprias contradições e conflitos de uma sociedade que produz incessantes riscos para a vida das pessoas e o esgotamento da força de trabalho. (FALEIROS, 2006, p. 26).

Gramsci, Faleiros e Boschetti se assemelham em suas conclusões, quando dizem que o Estado em um momento histórico de crise do capital, deixou de ser restrito ou instrumento exclusivo da burguesia e passou a se ampliar para as reivindicações da classe proletária, fazendo concessões à mesma por meio das políticas sociais, e isso se deu devido ao acirramento das lutas/conflitos de classes⁷. Isto é,

[...] o Estado social, ao ampliar suas funções na sociedade capitalista, no contexto da democracia burguesa, o faz não exclusivamente como instrumento da burguesia, e tampouco como concessão unilateral em resposta à pressão revolucionária operária. O reconhecimento histórico de direitos sociais pelo Estado social é resultado de longo e secular conflito de classes, crivado por perspectivas revolucionárias e reformistas, mas também determinado pelas condições objetivas de desenvolvimento das forças produtivas. (BOSCHETTI, 2016, p. 47).

No entanto, a ampliação do Estado com concessões a classe trabalhadora, significa sim conquista, mas não é possível por meio dessas reformas, que concedem direitos a classe trabalhadora⁸, a superação do capitalismo. Visto que, da mesma forma que amplia direitos a classe operária, também cria condições e amplia a reprodução do capital. Sendo assim,

[...] esse Estado social, que é estruturalmente determinante do capitalismo, é permeado por relações contraditórias. Por um lado, se mostrou historicamente imprescindível na criação de condições objetivas de reprodução e integração da força de trabalho e reprodução ampliada do capital, ou seja, como um elemento indispensável na manutenção das relações de produção capitalista. Por outro, a ampliação de direitos trabalhistas e sociais decorrente da luta da classe trabalhadora assegurou a esta o acesso a bens e serviços antes inexistentes, como aposentadorias, seguro saúde, seguro-desemprego, educação, moradia, transporte. Em algumas situações específicas e temporalmente determinadas do capitalismo central logrou reduzir a desigualdade de rendimento e acesso a bens e serviços públicos, sem,

⁷O Estado “assume os investimentos não rentáveis para o capital, assume os investimentos que demandam recursos que superam a disponibilidade dos capitalistas, transforma os recursos públicos em meios de favorecer e estimular o capital, [...] e, sobretudo, gere a moeda e o crédito em favor da acumulação de capital” (FALEIROS, 1980, p. 59-60).

⁸[...] A expansão dos direitos sociais possibilitou a distribuição horizontal de parte do fundo público, reduziu a desigualdade de rendimentos em espaços geopolíticos em que se realizou mais plenamente, possibilitou o acesso da classe trabalhadora a certos bens e serviços antes inexistentes, mas não a libertou do imperativo de vender sua força de trabalho, portanto de se submeter aos imperativos do capital. Em outras palavras, a emancipação humana é impossível no capitalismo. (BOSCHETTI, 2016, p. 58).

contudo, superar a estrutural concentração da propriedade privada. (BOSCHETTI, 2016, p. 49).

No entanto, essas conquistas variam de acordo com cada governo em exercício e com a mobilização e tensionamento que a classe trabalhadora faz ao capital e ao governo:

A assistência varia conforme a prioridade dada aos recursos do governo, aos arranjos políticos, às conjunturas eleitorais e não consegue sequer abranger os que passam fome permanentemente. Todas essas políticas estruturam-se em corredores de acesso diferentes, de acordo com as classes e camadas sociais que vão do muito ruim ao muito bom. Os serviços melhores implicam parâmetros elevados, já que se encontram em mãos de empresas lucrativas particulares. Por exemplo, o atendimento médico se estrutura em níveis de qualidade muito variados: os serviços privados destinam-se aos ricos, e os serviços públicos, de nível inferior, aos pobres. Criam-se, assim, canais e corredores de acesso muito diferenciados pela quantidade e pela qualidade. O mesmo acontece com os sistemas educacional, habitacional e previdenciário. Não existe, pois, um sistema de bem-estar com acesso gratuito, igual e aberto a todos os cidadãos. (FALEIROS, 2006, p. 30).

Enfim, para Boschetti esse momento histórico que se encontra a sociedade capitalista, a qual não reconhece as conquistas da classe trabalhadora, período esse que vem destruindo os direitos sociais, os quais foram duramente conquistados pelos trabalhadores, por meio das lutas de classes, faz-se imprescindível o tensionamento do capital através dessas conquistas e da luta de classes, para que não se materialize uma ruína ainda maior dos direitos sociais da classe trabalhadora. Sabe-se que esses direitos não representam a emancipação humana, porém, faz um tensionamento do capital, à medida que põe um freio em sua acumulação, em suas formas de exploração e opressão.

2.2 Política social e política de saúde: um olhar sobre a sociedade brasileira no contexto de Contrarreforma

Após o entendimento do Estado social e partindo da teoria Marxista que explica a sociedade capitalista, suas contradições, correlações de forças, a propriedade privada, a luta de classes e a relação do Estado como instrumento da classe burguesa, que passa a intervir nos conflitos de classes, concedendo direitos a classe trabalhadora de forma a cooptá-la, todavia, na visão de teóricos sociais democratas, é o reconhecimento de cidadania⁹. E esses direitos são

⁹Santos (1979) defende o conceito de cidadania regulada que significa dizer que são cidadãos somente aqueles que possuem uma profissão reconhecida e definida por lei, e que tenha um papel significativo na produção e reprodução da sociedade. Isto é: “A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei”. (SANTOS, 1979, p. 75)

materializados por meio das políticas sociais¹⁰. Sendo assim, parte-se para a compreensão do que vem a ser a política social e sua origem.

Para Behring e Boschetti (2009), a política social não tem um momento exato para o seu surgimento, pois se trata de um processo social, “elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal” (p.47). Entretanto,

Sua origem é comumente relacionada aos movimentos de massa social – democratas e ao estabelecimento dos Estados – nação na Europa ocidental do final do século XIX (Pierson, 1991), mas sua generalização situa-se na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, em especial na sua fase tardia, após a segunda Guerra Mundial (pós – 1945). (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 47).

José Paulo Netto (2007) salienta que,

Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes. (PAULO NETTO, 2007, p.30).

Sendo assim, as políticas sociais são:

Desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 51).

E ainda,

As políticas sociais ora são vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, ora como conquista dos trabalhadores, ora como arranjos do bloco no poder ou bloco governante, ora como doação das elites dominantes, ora como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão. (FALEIROS, 1991, p.8).

E a luta de classes corresponde aos interesses antagônicos das classes burguesa e proletária. Sendo que a luta dos trabalhadores é uma forma de resistência a exploração desumana do capital, e foi através dela que a classe trabalhadora conseguiu conquistas, dentre

¹⁰No domínio da saúde, da habitação, da educação, da renda, do emprego etc., o foco das políticas sociais recai sempre sobre uma expressão ou expressões da chamada “questão social”. O Estado apresenta respostas quando os afetados por essas expressões são capazes de exercer, sobre ele, uma pressão organizada. Não basta que haja expressões da “questão social” para que haja política social; é preciso que aqueles afetados pelas suas expressões sejam capazes de mobilização e de organização para demandar a resposta que o Estado oferece através da política social (PAULO NETTO, 2003, p. 15).

elas o trabalho do Estado para minorar as mazelas decorrentes do capitalismo, através das políticas sociais¹¹, que ao mesmo tempo são conquistas da classe trabalhadora e também formas de cooptá-la.

Para analisar o surgimento da política social na sociedade brasileira é fundamental entender a particularidade histórica dessa sociedade, na qual teve um capitalismo tardio e atípico em relação aos países de capitalismo central, além de fortes determinações do escravismo, a adaptação do capitalismo pela sociedade se deu pela substituição do trabalho escravo pelo “trabalho livre” nos grandes latifúndios, livre entre aspas porque era uma liberdade escravizada, pois os trabalhadores eram submetidos as condições de trabalho as mais variadas, como por exemplo: intensa exploração, condições de trabalho precárias, baixos salários, etc. Enfim, mesmo com o surgimento do capitalismo os latifúndios não deixaram de ser a base econômica do país, e isso é um dos motivos que se pode considerar o capitalismo brasileiro como atípico em relação aos demais países, pois enquanto os países investiam na indústria pesada, o Brasil extraía sua base econômica do latifúndio, vivendo da exportação e ficando a deriva dos interesses do mercado externo. (PRADO JR,1991 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 71 e 72) ¹²Por essas condições é que o movimento operário brasileiro,

Em vez de fomentar a competição e o conflito, ele nasce fadado a articular-se, estrutural e dinamicamente, ao clima de mandonismo, do paternalismo e do conformismo, imposto pela sociedade existente, como se o trabalho livre fosse um desdobramento e uma prolongação do trabalho escravo. (FERNANDES, 1987:193 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.77).

E é por essa situação extremamente estrutural, que o operariado brasileiro teve sua consciência e ação política retardada, onde “as primeiras lutas de trabalhadores e também as primeiras iniciativas de legislação voltadas para o mundo do trabalho”, datam do início do século XX, e essas manifestações quando ocorriam eram tratadas por meio da repressão policial. Portanto, pode-se dizer que a criação dos direitos sociais no Brasil decorreu da luta de classes e evidencia a correlação de forças existentes, a qual se notou a predominância da classe dominante, que buscava legitimidade frente a uma realidade de restrição de direitos que a classe trabalhadora vinha sofrendo, por isso, teve que fazer concessões a essa por meio da

¹¹Não há dúvidas de que as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas. (PAULO NETO, 2007, p. 33).

¹² As políticas sociais brasileiras estão diretamente relacionadas às condições vivenciadas pelo País em níveis econômico, político e social. Estão, portanto, no centro do embate econômico e político deste início de século, pois a inserção do Brasil (país periférico do mundo capitalista) no mundo globalizado, far-lo-á dependente das determinações e decisões do capital e das potências mundiais hegemônicas. (PIANA, 2009, p. 34).

expansão das políticas sociais, porém, não na perspectiva de direitos, mas como tutela e favor.(BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.77, 78 e 79).

Pode-se dizer que as primeiras formas de intervenções do Estado nas expressões da questão social no Brasil se deram na década de 1930, ações essas que posteriormente foram se transformando nas políticas sociais, sendo que essas tiveram como característica a tutela, o favor e o clientelismo. E por muito tempo as políticas sociais brasileiras se mantiveram de forma fragmentada e seletiva. Pois nem todos os trabalhadores tinham acesso a elas, que em sua maioria, eram por contribuição, ou seja, só tinham acesso aqueles trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e que contribuía com parte de seu salário, em forma de seguro.

Isso porque,

[...] as políticas sociais brasileiras sempre tiveram um caráter assistencialista, paternalista e clientelista, com o qual o Estado, por meio de medidas paliativas e fragmentadas, intervém nas manifestações da questão social, preocupado, inicialmente, em manter a ordem social. São elas formatadas a partir de um contexto autoritário no interior de um modelo de crescimento econômico concentrador de renda e socialmente excludente. [...]. (PIANA, 2009, p. 38).

E também,

Nessas condições, não prevalece o direito de acesso universal do cidadão aos serviços, mas um sistema clientelista de favores e vantagens. Os benefícios surgem como uma vantagem pessoal, como favores do Estado, e quem os obtém parece ficar devendo uma obrigação a quem os presta. Essa obrigação pode significar até o atrelamento do voto em futuras eleições. (FALEIROS, 2006, p. 31).

Portanto, “a luta e a participação dos sujeitos políticos, profissionais e usuários, é que foram decisivos para a formatação legal dos direitos sociais no Brasil”, principalmente os relativos à seguridade social (previdência, assistência social e saúde). Porém, como produto da correlação de forças neoliberais, houve uma sustentação do conservadorismo na política social, como por exemplo, “a contraditória convivência entre a universalidade e seletividade, bem como o suporte legal ao setor privado”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.145).

Portanto,

As políticas de saúde, educação, habitação, trabalho, assistência, previdência, recreação e nutrição são objeto de luta entre diferentes forças sociais, em cada conjuntura, não constituindo, pois, o resultado mecânico da acumulação nem manifestação exclusiva do poder das classes dominantes ou do Estado. Essas políticas não caem do céu, nem são um presente ou outorga do bloco do poder. Elas são ganhos conquistados em duras lutas e resultados de processos complexos de relação de forças. (FALEIROS, 2006, p. 62).

Mesmo com as importantes conquistas de 1988, os desenvolvimentos da política social não foram muito promissores, “isso porque, se aquelas conquistas anunciavam uma importante reforma democrática do Estado brasileiro e da política social, engendrando um formato social-democrata com mais de 40 anos de atraso, as condições econômicas internas e internacionais eram extremamente desfavoráveis”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.147). O que facilitou que nos anos 1990 ocorresse a contrarreforma do Estado, e que vem se estendendo até os dias de hoje.

A contrarreforma na sociedade brasileira teve como características: a abertura ao capital estrangeiro, flexibilização e/ou precarização das relações de trabalho, aumento da informalidade, super exploração dos trabalhadores, demissões com o intuito de reduzir custos, aumento da produtividade (menos trabalhadores produzindo mais), privatizações, terceirizações, enfim, proporcionando um desemprego massivo da classe trabalhadora. Com todos esses ataques, os trabalhadores que desde a década de 1980 vinham se mobilizando e fortalecendo o movimento dos trabalhadores em prol de seus direitos, perdeu força e ao invés de lutarem por melhores condições de trabalho, efetivação de seus direitos, pautaram sua luta pelo individualismo impregnado dos valores neoliberais. Ou seja, por terem sido levados a acreditar que a culpa do desemprego era sua, por suas escolhas ao longo de suas vidas, pela falta de qualificação profissional, passaram a lutar pelos seus empregos de forma individual, aceitando as condições impostas, demonstrando dessa forma a erosão do sujeito coletivo. Com a classe trabalhadora fragmentada e individualizada, o movimento sindical perdeu força e deu abertura para os avanços neoliberais no país. (BEHRING, 2008).

Diante desse cenário de desmonte dos direitos da classe trabalhadora, as políticas sociais passaram a ter uma conotação de solidariedade, ou seja, deveriam ser executadas através do trabalho voluntário.

Na proposta de contrarreforma do Estado brasileiro, a sociedade é convocada a ser parceira com o objetivo de contribuir financeiramente com os custos dos serviços prestados. O que se propõe é a desresponsabilização do Estado com a proteção social, justificada pela necessidade de “encontrar soluções inovadoras, que envolvam as empresas, as famílias e os grupos comunitários” (Banco Mundial, 1997, p.6). Desta forma, as organizações da sociedade civil são convocadas para substituir o Estado. (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 131).

Por conseguinte,

[...] a tendência geral é a de redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando-se as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da seguridade social nos países – em ações pontuais e compensatórias daqueles efeitos

mais perversos da crise – “a política econômica produz mortos e feridos, e a política social é uma frágil ambulância que vai recolhendo os mortos e feridos que a política econômica vai continuamente produzindo” (Klefsberg, 1995: 35 apud Lander, 1999: 466). As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização, aqui compreendida como mero repasse de responsabilidades para antes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, que configuram o setor público não-estatal, componente fundamental do Programa de Publicização. (BEHRING, 2008, p. 249).

E como consequências desses avanços neoliberais para a sociedade brasileira, intensifica-se a privatização, focalização/seletividade, descentralização das políticas sociais e desresponsabilização estatal.¹³ Nesse contexto, nota-se que a sociedade brasileira sofreu um verdadeiro retrocesso histórico quanto aos direitos sociais com o desmonte neoliberal.

Com a política de saúde não foi diferente, visto que foi construída na sociedade brasileira de forma seletiva e/ou restrita a determinados segmentos da população. De maneira que só os trabalhadores assalariados tinham direito a saúde, e os demais ficavam a mercê da própria sorte, dependendo das casas de misericórdia, da caridade dos religiosos e também dos curandeiros. E essa realidade perdurou muito tempo, até a criação do SUS, com os princípios defendidos pelo movimento da reforma sanitária. Sendo assim, serão expostos alguns aspectos na sociedade brasileira que evidenciam como se construiu o Sistema Único de Saúde, que se consolidou com a Carta Magna e com as Leis 8.080/90 e 8.142/90. E posteriormente, menciona-se o que a política de saúde sofreu e vem sofrendo com os avanços neoliberais.

Na década de 1980, configura-se um novo cenário na sociedade brasileira, marcada por uma crise econômica, e por um processo de redemocratização do país - a saúde pública apresentava as seguintes características:

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram

¹³(...) a trajetória recente das políticas sociais brasileiras, profundamente conectadas à política econômica monetarista e de duro ajuste fiscal, enveredou pelos caminhos da privatização para os que podem pagar da focalização/seletividade e políticas pobres para os pobres, e da descentralização, vista como desconexão e desresponsabilização do Estado, apesar das inovações de 1988. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 184).

debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (BRAVO, 2001, p. 8-9).

Nesse período “a política de saúde enfrentou permanente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário”. Com isso, “algumas medidas de saúde foram retomadas, embora de forma limitada” (BRAVO; MATOS, 2008, p. 27). Portanto, foi nesse contexto onde intensa disputa de interesses, que surgiu o movimento sanitário que defendia “a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público”, (BRAVO, 2008, p.96) e tinha como propostas:

A universalização do acesso a saúde; a concepção de saúde como direito e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de saúde. (BRAVO, 2008, p.96).

Com relação ao movimento sanitário pode-se dizer que teve o envolvimento de muitos indivíduos comprometidos com a luta pela saúde de qualidade para todos.

O movimento sanitário, iniciado no Brasil nos anos 70, envolveu vários sujeitos sociais: movimentos populares, trabalhadores de saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais. Os adeptos deste movimento possuem uma visão diferenciada da saúde, inspirados na Reforma Sanitária italiana, contrapondo-se ao projeto privatista, individualizante e curativo da saúde. Foi constituído inicialmente por intelectuais do campo da Saúde, entre eles, os profissionais de saúde coletiva. As questões corporativas desses grupos foram superadas no sentido de se avançar na busca de uma nova ordem societária. (SCOREL, 1995 apud BRASIL, 2007, p.11).

Desta forma, pode-se salientar a importância que teve o envolvimento dos intelectuais nessa luta em prol da saúde pública.

Na perspectiva gramsciana, os intelectuais têm um papel fundamental na contra hegemonia da saúde na defesa da democracia e da cidadania. Dessa forma, o movimento sanitário foi extremamente importante para orientar as lutas no campo da Saúde a favor das classes trabalhadoras. (BRASIL, 2007, p.11).

A respeito da Reforma Sanitária foi uma proposta a princípio dos profissionais de saúde e que aos poucos foi ganhando a adesão popular.

O Projeto de Reforma Sanitária, [...], tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. (BRAVO, 2001, pp. 14 - 15).

Um fato importante que ocorreu no país, que foi considerado como um marco histórico para a saúde pública foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília – DF, tendo em vista que, por meio dela que a sociedade entrou na discussão sobre saúde.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2001, p.9).

E “o relatório dessa Conferência transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal” (BRAVO e MATOS, 2008, p. 33). Isto é, “processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” (BRAVO, 2001, p.9). Então, através de muita luta e pressão, o movimento sanitário conseguiu algumas importantes conquistas que foram asseguradas na Carta Constitucional, algumas e não todas, pois a força opositora dos grupos empresariais e da associação de indústrias farmacêuticas era intensa e arrematadora.

A Assembléia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades (BRAVO, 2001, p.10).

Ou seja, “o texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte as reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica” (BRAVO, 2008, p.97).

Bravo (2001) explicita que para Teixeira (1989:50-51), os fundamentais feitos acatados na nova Constituição foram:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA apud BRAVO, 2001, p.11).

Portanto, materializam-se as conquistas do movimento sanitário por meio da reforma sanitária nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 no que tange à saúde. Para exemplificar, traz-se o artigo 196, que ressalta que:

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

Contudo, foi com a aprovação das Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que formam a Lei Orgânica da Saúde - que a saúde passou a ser de fato uma garantia legalizada a todos os cidadãos brasileiros. E na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, ficou claro que a saúde não envolve apenas fatores relacionados à promoção e recuperação da mesma. Mas também fatores que condicionam direta ou indiretamente – e isso se evidencia em seu artigo 3º que diz que:

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).

Complementar a lei 8.080/90, a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 trata especialmente da participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

A fim de sintetizar as conquistas da classe trabalhadora com relação aos direitos sociais pode-se chegar à conclusão de que - “a luta e a participação dos sujeitos políticos, profissionais e usuários, é que foram decisivos para a formatação legal dos direitos sociais no Brasil”, principalmente os relativos à seguridade social (previdência, assistência social e saúde). Porém, como produto da correlação de forças neoliberal, houve uma sustentação do conservadorismo na política social, como por exemplo, “a contraditória convivência entre a universalidade e seletividade, bem como o suporte legal ao setor privado”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.145). É consenso em dizer que “a introdução da seguridade social na Carta magna de 1988 significou um dos mais importantes avanços na política social brasileira, com possibilidade de estruturação tardia de um sistema amplo de proteção social, mas que não se materializou, permanecendo ‘inconclusa’”. (FLEURY apud BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.156, grifo do autor)

Com a finalidade de resumir o que representou as conquistas da Reforma Sanitária para a criação do SUS, e também, como essas conquistas vêm se configurando na sociedade brasileira, Bravo (2001) expõe que:

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercutiu na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político. (BRAVO, 2001, p.12).

Tudo isso possibilitou que os ajustes neoliberais tivessem espaço para adentrar na política de saúde dentro da sociedade brasileira, ou seja, a fragilidade, a falta de organização e articulação da sociedade civil foi a porta de entrada para o neoliberalismo na política de saúde, além é claro dos limites estruturais do capital.

Mesmo com as importantes conquistas de 1988, o desenvolvimento da política social não foi muito promissora,

[...] isso porque, se aquelas conquistas anunciavam uma importante reforma democrática do Estado brasileiro e da política social, engendrando um formato socialdemocrata com mais de 40 anos de atraso, as condições econômicas internas e

internacionais eram extremamente desfavoráveis. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.147).

Isso facilitou que ocorresse nos anos 90 a contrarreforma do Estado, e que vem se estendendo até os dias atuais. Acarretou-se a “obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 147). Esse momento possibilitou observar como a contrarreforma do Estado vem se desenvolvendo e ganhando espaço na sociedade, através da convenção pela redução do papel do mesmo na esfera econômica e social, a intensa privatização, o desemprego estrutural, a flexibilização e/ou precarização das relações de trabalho e dos direitos sociais, bem como a cooptação do sujeito coletivo, fatos manejados com destreza e habilidade pela classe dominante tendo como essencial propósito a desmobilização do movimento dos trabalhadores, fazendo todos sentirem profundamente a perda das conquistas de 1988. Num ambiente de retrocessos dos direitos conquistados, as políticas sociais passaram a ter uma conotação de solidariedade, ou seja, devem ser executadas através do trabalho voluntário. No contexto do neoliberalismo as políticas sociais têm o trinômio: privatização, focalização/seletividade e descentralização. Onde essa descentralização seria

[...] estabelecida não como partilhamento de poder entre as esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componente fundamental da ‘reforma’ e das orientações dos organismos internacionais para a proteção social. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.156, grifo das autoras).

E com relação à política de saúde nesse período não foi diferente. Houve com relação ao SUS “o descumprimento dos dispositivos legais e uma omissão do governo federal na regulação e fiscalização das ações de saúde e, geral” (BRAVO, 2008, p.100). Tinha-se como proposta para o setor saúde a divisão do SUS em dois – o hospitalar e o básico. A política de saúde nos moldes da política neoliberal é marcada pela corrupção, ou seja, o Estado além de gastar mal, também gasta pouco em saúde, em comparação com parâmetros internacionais (BRAVO, 2008, p.101). Isto é,

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de

Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico. (BRAVO, 2001, p. 14).

Portanto, para o Estado neoliberal a política de saúde tem que seguir os seguintes critérios:

Caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (COSTA, 1997, p.87).

Critérios esses que vão em desacordo com a proposta do projeto de reforma sanitária, e conseqüentemente com o SUS (BRAVO, 2008).

Enfim, o projeto privatista tenta veementemente combater o principal princípio do SUS - a universalidade do acesso – tendo em vista que esse projeto tem como premissa a seletividade e a focalização.

A universalidade do direito - um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária - foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico (BRAVO, 2001, p.15).

No governo Lula, por ele ser um representante da classe trabalhadora, esperava-se que ele buscasse fortalecer o projeto de reforma sanitária que foi questionado pelo ideário neoliberal na década de 1990, contudo, manteve a relação dicotômica entre os dois projetos, onde, ora fortalece o projeto de reforma sanitária, ora privilegia o projeto privatista, mantendo-se um sistema de saúde dual. Nesse governo puderam-se observar alguns aspectos de inovação e outros de continuidade. De inovação destaca-se o retorno da concepção de ‘Reforma Sanitária’ abandonada na década de 1990 com a contrarreforma do Estado neoliberal e também com relação às mudanças na estrutura do Ministério de Saúde, que tiveram significativos avanços e outros.

Como aspectos de inovação da política de saúde do atual governo cabe ressaltar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. (BRAVO, 2001, p.16).

E de continuidade avulta-se “a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO, 2008, p.104).

Como aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 90, ressalta-se no atual governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, como já foi sinalizado. Como exemplos de focalização, podem ser destacados a centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a (re) organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência. (BRAVO, 2001, p.18).

Ainda sobre aspectos de continuidade do governo Lula da Silva com relação à contrarreforma do governo neoliberal, destaca que:

Outro aspecto que está relacionado mais diretamente com a precarização e terceirização dos recursos humanos refere-se a ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental. A incorporação dos agentes comunitários de saúde na equipe do PSF já foi polêmica gerando diversos debates centrados na ausência de regulamentação da profissão como também da imprecisão de suas funções, da precarização das contratações e da falta de concurso público para a seleção dos mesmos que têm sido realizada, na maioria dos casos, com base em indicações político partidárias. Uma primeira questão relativa a esse debate já foi resolvida, ou seja, a profissão já teve sua regulamentação, mas as demais não. A contratação dessas outras categorias sem equalizar as questões referentes aos agentes comunitários é inaceitável. (BRAVO, 2001, p.18).

No governo Lula deu-se ênfase em programas focais para a saúde, e também não buscou enfrentar as grandes questões do SUS, tais “como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos” (BRAVO, 2008, p.106). O que significa dizer que o SUS real está cada vez mais distante do SUS constitucional, e também as ações do poder público estão muito longe da proposta do movimento sanitário, que cada vez mais perde força e visibilidade perante a sociedade, em detrimento dos avanços neoliberais que se propagam na sociedade (BRAVO, 2008, p.107).

No segundo mandato do governo Lula também não houve mudanças significativas com relação ao cenário da política de saúde em comparação ao seu primeiro mandato.

A análise que se faz após o primeiro governo Lula e os encaminhamentos do segundo mandato é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos 90 – continua. Algumas propostas procuram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não tem havido vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a universalização excludente, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado. (BRAVO; MENEZES, 2008, p. 21).

Nos governos de Lula e Dilma (PT), apesar de ter trazido avanços em alguns aspectos sociais e de ter dado poder de consumo a população em extrema pobreza, não conseguiu alterar as bases da desigualdade no Brasil, visto que, para alcançar essa finalidade dependeria de vários fatores, para além, do poder de consumo. Fatores esses que também influenciam diretamente a saúde dos indivíduos, como por exemplo, o trabalho, moradia, saneamento básico, dentre outros. Veja o que CASSIN (2016) esclarece sobre esse assunto:

As políticas sociais desenvolvidas pelo PT em seus sucessivos governos incidiram sobre as manifestações mais agudas da miséria absoluta, mas não alteraram as bases estruturais da desigualdade. O Brasil continua entre os dez países mais desiguais do mundo (BARBOSA, 2012). Isto porque, a redução da desigualdade não depende apenas da capacidade de consumo imediato, pois o aumento do consumo não está relacionado a uma melhoria das condições gerais de vida, como acesso à saúde, transporte, saneamento básico etc. (CASSIN, 2016, p. 12).

O cenário político brasileiro nos governos do PT mostrava que a mobilização do movimento sanitário e o entendimento da noção de que a saúde é um direito público, possibilitou que houvesse resistências e conseguissem barrar propostas que iam a descontro aos princípios do SUS¹⁴. Tendo em vista que, esses governos apesar de não terem sido tão progressistas quanto aos direitos da classe trabalhadora, mas não foram tão inflexíveis ao ponto de não ouvirem os clamores e reivindicações dos trabalhadores. Porém, com a trama do golpe e tomada de poder do Michel Temer¹⁵, esse cenário político tomou formas diferentes, pois, tal governo não abriu para negociações com a classe trabalhadora, pelo contrário, tratou

¹⁴[...] No entanto, tal processo se dava num espaço de disputa acirrado e, sem dúvida, que no campo do direito à saúde, com a mobilização do movimento sanitário e a historicidade de apropriação da compreensão da saúde como direito público, havia um tensionamento maior que possibilitou barrar uma contrarreforma ainda mais ofensiva em governos anteriores - como foi o exemplo da tentativa de aprovação de projeto de lei que regulamentava as fundações estatais de direito privado, na gestão Lula da Silva, bem como da audiência da operadora de plano de saúde Amil, que se reuniu com a então presidente Dilma Rousseff, a fim de defender a implementação dos planos populares de saúde. Em ambos os casos, o movimento sanitário conseguiu barrar o trâmite do processo. (SOARES, 2018, p. 29).

¹⁵As manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma Rousseff da presidência da república, no dia 12 de maio de 2016, desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classe. Em seu lugar assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. (BRAVO; PELAEZ; PINNHEIRO, 2018, p. 11 e 12).

toda forma de resistência dos trabalhadores como caso de polícia. Visto que, seu governo nitidamente favorecia e defendia única e exclusivamente os interesses da classe dominante¹⁶.

Se trazer a discussão da contrarreforma para os dias atuais, percebe-se que está sendo vivenciado pelos brasileiros um processo de continuidade, mas com um maior aprofundamento dos ajustes fiscais, que ainda vem se justificando por uma suposta “crise”. Esse governo fez um dos piores ataques às políticas sociais com a aprovação da EC n° 95 que congela os gastos públicos por vinte anos, soterrando as conquistas da CF de 1988, que na verdade vai significar para a seguridade social (previdência social, assistência social e saúde), para o seguro-desemprego e para a educação a diminuição dos recursos orçamentários e a inviolabilidade de garantia e expansão dos direitos sociais, por esse período. (SALVADOR, 2017)¹⁷

O governo federal tem como argumento dizer que a Seguridade Social brasileira está falida, porém, o que se evidencia são os ataques constantes ao financiamento da mesma, tendo em vista que, o governo se apropria indevidamente dos recursos da Seguridade social para beneficiar os interesses do capital¹⁸. E também, vem concedendo ao mercado generosos incentivos fiscais e/ou renúncias tributárias, o que também compromete o financiamento da Seguridade Social brasileira. No trecho abaixo fica bem evidente essa questão:

Com o acirramento da crise do capitalismo e seus efeitos retardatários no Brasil, o governo federal vem adotando como uma das estratégias para o socorro ao capital e a retomada das taxas de lucros do setor não financeiro da economia, a concessão de generosos incentivos fiscais – tecnicamente conhecidos como gastos tributários – a empresas, sem o controle democrático da sociedade e sem contrapartidas sociais. As renúncias tributárias comprometem o financiamento da seguridade social, assim como os fundos de participação dos estados e municípios, que são formados a partir da arrecadação de impostos federais. Com isso, além do esvaziamento do financiamento da seguridade social na esfera federal também ocorre uma diminuição de recursos dos fundos de participação de estados e municípios, implicando um menor volume de transferências para os gastos orçamentários dos entes subnacionais com educação e saúde. (SALVADOR, 2017, p. 437).

¹⁶ O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. (BRAVO; PELAEZ; PINNHEIRO, 2018, p. 12).

¹⁷ O atual governo brasileiro volta com carga a ortodoxia neoliberal com brutal corte de direitos sociais, sobretudo do financiamento público, como denota o Novo Regime Fiscal (NRF), aprovado pela EC n. 95. O NRF inviabiliza a vinculação dos recursos para as políticas sociais nos moldes desenhado na CF de 1988, ao congelar as chamadas despesas primárias do governo (exceto as despesas financeiras com o pagamento de juros da dívida pública) por vinte anos, limitando-se a correção pela inflação. [...] (SALVADOR, 2017, p. 429).

¹⁸ [...] o governo federal vem se apropriando das contribuições sociais destinadas à seguridade social. O corolário é o esvaziamento permanente do financiamento da seguridade social, deixando os recursos públicos liberados para os condutores das políticas econômicas atenderem os interesses do capital. [...] (SALVADOR, 2017, p. 427).

Portanto, no governo Temer os rumos das políticas sociais tomaram um caminho desastroso, com o foco em privatizações, terceirizações, flexibilizações trabalhistas, avanços nas “reformas” trabalhista e previdenciária, e principalmente, o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, que se pode considerar a pior medida adotada para os rumos das políticas sociais. Colocando à população brasileira, principalmente aos trabalhadores, um cenário de precarização dos direitos sociais e trabalhistas.

Na atualidade, a população brasileira, particularmente a classe trabalhadora, vem enfrentando a maior ofensiva da história deste país contra o conjunto das conquistas civilizatórias de nosso Estado. Tal argumento pode ser evidenciado nas diversificadas e inúmeras medidas tomadas, desde a posse de Michel Temer: autorização para privatização de aquíferos, avanço no processo de privatização da Petrobrás, aprovação de Reforma trabalhista, aprovação de teto de gastos por 20 anos, encaminhamento de projeto de reforma da previdência social draconiano, entre outros. Todas essas proposições levaram autores a afirmar que o conjunto de tais medidas não configuram simplesmente um programa de ajuste, mas um austericídio [...]. (SOARES, 2018, p. 24-25).

Com relação a política de saúde, no governo Temer caminhou-se aceleradamente para a desconstrução do direito à saúde pública e universal, pois, a proposta defendida explicitamente, era a privatização da saúde, justificada por “uma cultura da crise”, ou seja, que o Estado está quebrado e por isso, deve cortar gastos públicos¹⁹. Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) esclarecem e exemplificam as medidas adotadas no referido governo:

No governo Temer temos a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde [...]. Em síntese, o Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais. (BRAVO; PELAEZ; PINNHEIRO, 2018, p. 13).

Portanto, o que fica nítido é que os governos brasileiros ao longo dos anos responsabilizam os trabalhadores com as consequências de improbidades públicas e das “crises cíclicas do capital”. O que significa dizer, tira dos ricos e dá para os pobres pagarem, acarretando discrepância ainda maior com relação às desigualdades sociais, alta concentração de riquezas nas mãos de poucos e uma pobreza generalizada.

¹⁹De fato, no governo Temer, a defesa explícita de uma reforma do SUS e de sua inviabilidade nos anuncia que a desconstrução da concepção de direito público na saúde está andando a passos largos, agora alimentada por uma cultura da crise que anuncia a quebra do Estado em decorrência dos gastos com políticas sociais consideradas de cunho populista. Sem dúvida alguma que a inviabilização e/ou profunda restrição de alternativas emancipatórias – mesmo que sob os limites da cidadania burguesa – constitui-se o esteio para o aprofundamento da espoliação de bens e direitos públicos, precisamente o direito à saúde. (SOARES, 2018, p. 29).

Fica evidente que todas as conquistas no campo da saúde estiveram atreladas a uma dualidade de interesses – a primeira relacionada à pressão feita pelo movimento operário contra o Estado em prol de condições dignas de sobrevivência e, a segunda representando os interesses das classes dominantes – que defendiam a manutenção e reprodução da força de trabalho a fim de garantir a acumulação de capital. Ou seja, a primeira defendia interesses de uma coletividade e a segunda resguardava as vantagens individuais e particulares dos proprietários dos meios de produção. No entanto, esses interesses antagônicos se evidenciaram ao longo desses governos que aliado a uma cultura da crise, que se arrasta desde a década de 1990, tem possibilitado avanços e retrocessos na política de saúde. Que também depende da organização política e resistência da classe trabalhadora para frear os interesses do capital.

Galo e Nascimento salientam que não é possível conseguir avanços com a Reforma Sanitária sem que esta caminhe lado a lado com a batalha por transformações nesse sistema instituído na sociedade brasileira.

[...] a luta pela Reforma Sanitária não pode deixar de andar *pari passu* com a luta por mudanças estruturais na sociedade brasileira, o que equivale dizer que o Movimento Sanitário, em seu projeto contra-hegemônico, tem necessariamente de enfatizar o estreito vínculo entre saúde e sociedade, e ligar-se às correntes políticas e organizações sociais que de uma forma ou outra contestem a sociedade instituída. (GALO; NASCIMENTO, 2011, p.94).

Com relação a política de saúde, tem-se a necessidade dos/das assistentes sociais se articularem e engajarem com os movimentos de resistência a privatização da saúde, como por exemplo, os Fóruns de Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que representam nada mais do que “uma luta que é fundamentalmente contra as relações sociais capitalistas que reproduzem a desigualdade social e a exploração dos trabalhadores e estão na raiz da determinação social da saúde e da doença. (BRAVO; PELAEZ; PINNHEIRO, 2018, p. 19).

Enfim, o que se percebe são retrocessos com relação aos direitos sociais e o desfinanciamento das políticas sociais com o “congelamento dos gastos públicos”. O que representa perdas significativas para a classe trabalhadora, que ver seus salários congelados frente a inflação e acelerada acumulação capitalista. Com isso, seus salários não dão para suprir com suas necessidades vitais. A corrupção é um dos males que está destruindo a nação, e as consequências dela são sempre transferidas para a classe trabalhadora. São inúmeras e diversas mazelas que assolam a sociedade brasileira, e essa precisa sair da apatia e do

conformismo e partir para a mobilização e luta pelos direitos sociais duramente conquistados e quem vêm sendo drasticamente desconstruídos.

2.3 Serviço Social: sua relação histórica com a política de saúde e a Contrarreforma

A partir das reflexões de Martinelli, (2002), que coloca a relação do Serviço Social com a área da saúde como sendo bastante intensa e também histórica, fazendo parte da identidade da profissão²⁰. Desde os primórdios da profissão na sociedade brasileira, já se estabelece essa relação do Serviço Social com a saúde²¹, em especial na década de 1940, com o novo modelo de saúde implantado no país, centrado nos hospitais. Como salienta Martinelli:

Foi bastante árdua, porém igualmente intensa e produtiva, a larga trajetória percorrida pelos assistentes sociais na área da saúde, construindo passo a passo a sua identidade na relação com os demais profissionais que atuam nesse campo. No segundo pós-guerra, por volta dos anos 40, quando começa a implantar-se no país um novo modelo de saúde, no qual o hospital passa a ser o centro de referência da prática médica, o assistente social já era considerado um profissional indispensável na equipe. Ilustração clássica dessa afirmativa é o próprio Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criado em 1945, que desde a sua origem contou sempre com a participação de assistentes sociais nos seus quadros. (MARTINELLI, 2002, p. 3).

Iamamoto diz que, com a necessidade do reaparelhamento do Estado após a Constituição Federal de 1988²², a área da saúde passou a ser a que mais emprega os Assistentes Sociais no Brasil. E estes passaram a ser considerados profissionais de saúde, a partir de Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Serviço Social. E além dessas resoluções ainda tem a Cartilha intitulada “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, produzida pelo CFESS, com o objetivo de “referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 11).

²⁰ O trinômio higiene, educação e saúde, que caracterizara o Serviço Social nas suas origens, deixou marcas bastante profundas em sua identidade e no modelo clássico de Serviço Social, no qual, segundo as palavras da própria Richmond (1950), o relacionamento e a alma do processo. No Brasil, a expressão desse trinômio, bem como a forte vinculação entre o Serviço Social e a área da saúde, são muito presentes na história da profissão. (MARTINELLI, 2003, p. 10).

²¹ Embora a primeira Escola de Serviço Social tenha sido criada somente em 1936, na cidade de São Paulo, já no início dessa década vamos encontrar assistentes sociais realizando atividades profissionais na área, amparados pela incipiente legislação disponível, emanada da Carta Constitucional de 1934. (MARTINELLI, 2003, p. 10).

²² A concepção abrangente de saúde assumida na Constituição de 1988, através da determinação da implantação do SUS, foi um importante passo para uma mudança significativa no modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde da população brasileira. Ao suprimir, ainda que inicialmente em termos discursivos, a existência de um modelo centrado na doença, deu margem para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, pautada em princípios doutrinários jurídico-legais asseguradores de prática de saúde que respondam não às relações de mercado, mas a direitos humanos. Tal concepção prevê a incorporação de ações de proteção e recuperação da saúde como referenciais capazes de suprir as necessidades do povo brasileiro [...] (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.230).

A política de saúde no Brasil possui suas particularidades e uma diversidade de demandas, com realidades de vida tão complexas e fragilizadas²³ – compondo-se de diversas profissões – exige-se então um trabalho em equipe multiprofissional competente de forma ágil e concreta, pois labutam com a vida das pessoas. E o Serviço Social está inserido nessa equipe multidisciplinar e lida com a complexidade das relações sociais dos sujeitos de direitos, como diz Martinelli (2002):

[...] no campo da saúde, uma área multidisciplinar e estratégica por sua própria natureza e que coloca de forma imediata a perspectiva da intervenção, os posicionamentos profissionais do Serviço Social e o seu processo de trabalho precisam ser muito ágeis e concretos. Na verdade, os Assistentes Sociais, assim como os demais profissionais da equipe são cada vez mais demandados a assumir-se como trabalhadores coletivos da saúde. O lugar do Serviço Social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares. (MARTINELLI, 2002, p. 4-5).

O Serviço Social se situa no campo dos direitos e da proteção social, expressando-se na sua atuação nas áreas de cuidados, gestão, políticas, produção de conhecimentos, ensino e pesquisa. No entanto, em ambiente hospitalar a área que mais se destaca é a dos cuidados, pois essa se (inter) relaciona com as demais²⁴. (Martinelli, 2002).

Esse “cuidado” aos/as usuários/as do Serviço Social requer que os profissionais tenham conhecimentos para compreender a realidade concreta desses sujeitos, entendê-los dentro de um contexto amplo, onde envolve todos os fatores que condicionam/direcionam suas vidas. Como exemplifica Silva e Rodrigues (2005), nesse parágrafo:

Tendo a questão social como base de sua fundamentação, o assistente social se insere em processos de trabalho em que o cuidado à saúde requer conhecimentos sobre um contexto interligado em que vivem seus usuários, que incluem os determinantes sociais, econômicos, culturais, religiosos, ambientais, suas relações familiares e o meio onde vive etc., denominadas como condições de vida. (SILVA; RODRIGUES, 2015, p. 42).

²³ [...] a população que recorre aos serviços públicos de saúde, no geral, está exposta a um conjunto amplo de problemas sociais, sendo cada vez mais tênues os limites entre exclusão social e doença. Podemos até afirmar que o próprio processo de adoecer tem determinações sociais, uma vez que há fatores sócio-políticos, econômicos e culturais que pesam no engendramento das doenças. (MARTINELLI, 2002, p. 5).

²⁴ [...] Portanto, não é exagero afirmar que o Serviço Social permeia a estrutura organizacional como um todo, participando da malha de interações que se processa no contexto hospitalar. Contudo, pelas peculiaridades de que se reveste a sua ação interventiva no campo das relações sociais, e pela própria forma de ser de sua identidade, onde se articulam dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, o Serviço Social tem uma contribuição essencialmente importante na perspectiva da realização de processos de trabalhos interdisciplinares que tenham por referência os sujeitos sociais com os quais atuamos. (MARTINELLI, 2002, p. 7).

Enfim, essa dimensão cuidadora²⁵ apresentada ao assistente social em seu cotidiano, na área da saúde o condiciona a:

[...] optar por uma abordagem ampliada e qualificada do problema de saúde e de suas determinações, a partir do cotidiano dos usuários, é possibilitar a abertura de canais de escuta e comunicação propiciando a democratização das informações, a efetivação da educação em saúde e dos princípios do SUS, e a busca pelo fim da supremacia de uma profissão sobre a outra. (CASTRO; CASTRO, 2007, p. 145).

O assistente social em seu cotidiano profissional não basta conhecer a sua área de atuação, mas faz se necessário um conhecimento de todo aparato normativo e legislativo vigente. Para isso, é imprescindível que se mantenha sempre atualizado com as mudanças que ocorrerem na sociedade e na profissão.

Um processo de trabalho bem realizado, uma prática profissional crítica, competente é capaz de produzir comportamentos políticos novos; para tanto, é preciso que o próprio Assistente Social tenha investido em sua formação continuada, tratando de ser um sujeito político novo. (MARTINELLI, 2002, p. 9).

Além, é claro ter um trabalho pautado sempre nas três dimensões que norteiam a profissão, teórico-metodológico, ético-político e técnico – operativo.²⁶ Para não recair numa prática mecânica e burocrática que não traga nenhuma mudança significativa na vida dos sujeitos de direitos. Costa, (2006), deixa bem claro essa necessidade que se impõe ao assistente social:

[...] o assistente social, além de dispor de normas e portarias, necessita tomar conhecimento da legislação social existente, de que é exemplo a LOAS, LOS, ECA, Código de Defesa do Consumidor, CLT, Legislação Previdenciária etc., e estar atento as mudanças na dinâmica do atendimento, seja em nível da unidade em que trabalha e/ou da rede de saúde, seja nas demais instituições para as quais rotineiramente, faz encaminhamentos, com o objetivo de facilitar/assegurar o atendimento aos usuários. (COSTA, 2006, p. 328-329).

²⁵ Enquanto operador do cuidado, o assistente social busca ampliar a autonomia dos sujeitos diante dos fatores que produzem sofrimentos, considerando-os coparticipantes nesse processo. Suas ações no âmbito individual e coletivo se direcionam para a identificação das necessidades sociais de saúde da população, buscando viabilizar direitos de cidadania e o fortalecimento do protagonismo dos sujeitos no processo saúde-doença. (SILVA; RODRIGUES, 2015, p. 43).

²⁶ A primeira dimensão diz respeito a apreensão do método e das teorias pelo profissional e a sua capacidade de pô-los em prática. A segunda se relaciona com os valores e princípios defendidos pelo Código de Ética do Assistente Social, principalmente, no que se alude à perspectiva de defesa intransigente dos direitos dos trabalhadores, ou seja, posicionamento ético-político do profissional. E a terceira menciona a capacidade do profissional lançar mão de meios e instrumentos para poder materializar seus objetivos, a fim de alcançar uma determinada finalidade pré-estabelecida, baseada em princípios e valores da profissão.

Não é possível fazer uma análise de totalidade da saúde de um indivíduo, sem levar em consideração os fatores que determinam a saúde. Nesse sentido, Nogueira e Miotto (2009), esclarecem essas condicionalidades que envolve a saúde:

[...] postula-se que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.229).

Compreendendo ainda que a saúde envolve todos os fatores citados, e com a complexidade que representa a saúde dos sujeitos e seus familiares, em que, imprime a necessidade da integralidade da saúde, assim como o imperativo a articulação da rede de saúde²⁷ em todos os níveis de complexidade. Colocando que cada um deles tem suas responsabilidades com a saúde da população. Como bem nos esclarece Nogueira e Miotto (2009), no trecho abaixo:

Verifica-se que o atendimento das necessidades de saúde remete aos atendimentos das necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e educação. Atender as necessidades da população requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde associada à integralidade tem merecido destaque. Destaque por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência dos direitos à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em um mundo pretensamente globalizado. (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.230).

Além desses condicionantes da saúde, que apresenta as questões de sofrimento e vulnerabilidades dos indivíduos que estão marginalizados/excluídos pela sociedade, que não conseguem ter acesso aos mínimos sociais para sua sobrevivência, questões essas que chegam ao Serviço Social como demandas. Também chegam ao Setor de Serviço Social outras demandas que também refletem na saúde dos sujeitos sociais, [...] “tais como: precariedade

²⁷ [...] uma malha que interconecta e integra estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2008, p.81).

e/ou à ausência de moradia, violência urbana e doméstica, situações de negligência e abandono, acidentes de trabalho, desemprego, dificuldade de acesso à consultas com especialistas e medicamentos, etc.” (SILVA; RODRIGUES, 2015, p. 42-43).

Martinelli apresenta a reflexão para que possamos nos lembrar das possibilidades e desafios que se impõem aos profissionais do Serviço Social, em seu cotidiano profissional em âmbito hospitalar:

O alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas. É na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação. (MARTINELLI, 1995 apud MARTINELLI, 2011, p. 503).

Um dos maiores desafios enfrentados pelo assistente social na política de saúde está relacionado com a legitimidade da sua atuação, que se dá de forma contraditória, visto que, o Assistente Social tem no seu cotidiano profissional o enfrentamento das principais contradições da política de saúde (Costa, 2009), ou seja, em grande escala a requisição para o trabalho do assistente social vem ocorrendo a partir das lacunas originadas pela não implementação do SUS, estas questões aparecem nas seguintes demandas solicitadas no cotidiano profissional:

Solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência); Reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamento, entre outros); Não entendimento do tratamento indicado. (CEFESS, 2010, p.22).

Também chegam ao Setor de Serviço Social outras demandas que também refletem na saúde dos sujeitos sociais²⁸, como, por exemplo, a precária e/ou à ausente moradia, violência urbana e doméstica, situações de negligência e abandono, acidentes de trabalho, desemprego, dificuldade de acesso a consultas com especialistas e medicamentos, dentre outras.

E a atual conjuntura de desresponsabilização do Estado com suas obrigações, ocasionado um desmonte das políticas públicas e sociais, e um retrocesso quanto aos direitos

²⁸ [...] a população que recorre aos serviços públicos de saúde, no geral, está exposta a um conjunto amplo de problemas sociais, sendo cada vez mais tênues os limites entre exclusão social e doença. Podemos até afirmar que o próprio processo de adoecer tem determinações sociais, uma vez que há fatores sócio-políticos, econômicos e culturais que pesam no engendramento das doenças. (MARTINELLI, 2002, p. 5).

sociais. E os profissionais dentro dessa situação de desmonte da política de saúde vêm sofrendo as consequências de tudo isso. Como fica evidente nesse trecho:

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2010, p.21).

Nesse contexto marcado pelo sucateamento das “políticas sociais”, que são a matéria-prima do exercício profissional dos assistentes sociais, Iamamoto salienta:

O momento histórico exige voltar a atenção para as lutas e movimentos dos trabalhadores enquanto classe – incluindo os assistentes sociais -, para a preservação das políticas públicas: a defesa da seguridade social na disputa pelo fundo público, do Sistema Único de Saúde, do Sistema de Único de Assistência Social, a luta contra a securitização da Previdência Social. E estar junto com os movimentos sociais e novos sujeitos coletivos na luta contra as desigualdades e disparidades sociais, na perspectiva de fortalecer a ação conjunta na defesa dos direitos sociais [...]. (IAMAMOTO, 2017, p.34).

O que na verdade nada mais é do que seguir os princípios do Código de Ética dos/das assistentes sociais. Que coloca como valores centrais, a liberdade, emancipação humana, defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação da cidadania (com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora), defesa do aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e justiça social, empenho na eliminação de qualquer forma de preconceitos, etc. (CFESS, 1993).

O assistente social em seu cotidiano profissional não basta conhecer a sua área de atuação, mas também, é necessário um conhecimento de todo aparato normativo e legislativo vigente. Para isso, é imprescindível que se mantenha sempre atualizado²⁹ com as mudanças que ocorrerem na sociedade e na profissão. Além, é claro ter um trabalho pautado sempre nas três dimensões que norteiam a profissão, teórico-metodológico, ético-político e técnico – operativo, para não recair numa prática mecânica e burocrática que não traga nenhuma mudança significativa na vida dos sujeitos de direitos³⁰.

²⁹ Um processo de trabalho bem realizado, uma prática profissional crítica, competente é capaz de produzir comportamentos políticos novos; para tanto, é preciso que o próprio Assistente Social tenha investido em sua formação continuada, tratando de ser um sujeito político novo. (MARTINELLI, 2002, p. 9).

³⁰ O alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas. É na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação. (MARTINELLI, 1995 apud MARTINELLI, 2011, p. 503).

Enfim, necessita-se cada vez mais de profissionais preparados teórico-metodologicamente, comprometidos ética e politicamente³¹ e capazes de empregar o conhecimento técnico-operativo para poder enfrentar as diversas expressões da questão social que se manifestam em seu cotidiano profissional, pois, é nesse cotidiano que tudo se constrói, desconstrói e reconstrói.

³¹Se assim agirmos, firmemente apoiados nos princípios ético-políticos que regem a profissão, bem como nas diretrizes políticas que norteiam o Serviço Social na área da saúde, estaremos praticando uma ética militante no campo dos direitos humanos, com vistas à consolidação dos direitos de cidadania dos usuários do hospital, de seus familiares e dos próprios trabalhadores da saúde. (MARTINELLI, 2007, p. 28).

CAPÍTULO II

3 ESTADO CAPITALISTA, CONTRARREFORMA E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

3.1 Caminhos metodológicos da pesquisa

A pesquisa “POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: O trabalho profissional dos/das Assistentes Sociais nos hospitais estaduais de Miracema do Tocantins, Paraíso do Tocantins, Guaraí e Pedro Afonso” visou revelar a realidade concreta estabelecida no trabalho profissional dos/das assistentes sociais inseridos na área da saúde, especificamente nos hospitais sobre a responsabilidade do Governo do Estado do Tocantins, nos municípios de Miracema do Tocantins, Paraíso, Guaraí e Pedro Afonso. A princípio a pesquisa seria executada em cinco hospitais, porém, em um deles o público-alvo não aceitou participar, desta forma, houve a necessidade de retirada, o que possibilita a percepção da desvalorização, ou não reconhecimento da importância da pesquisa como análise da realidade e permissão de suspensão do cotidiano, pois nem todos profissionais aceitaram participar. Realidade essa que por meio da reflexão poderia ser alterada, mudada, transformada para melhor desempenho e planejamento do trabalho profissional.

O referido estudo teve como problema de pesquisa: “Como se desenvolveu o trabalho profissional dos/das Assistentes Sociais dos Hospitais de Miracema do Tocantins, Paraíso, Guaraí e Pedro Afonso?”. Tendo como objetivo principal “Analisar o trabalho dos/das assistentes sociais dos hospitais de Miracema, Paraíso, Guaraí e Pedro Afonso no ano de 2017” por meio da análise das respostas dadas aos questionários pelos assistentes sociais e comparando-as com os Parâmetros de atuação de assistentes sociais na política de saúde do conjunto CFESS-CRESS.

Os objetivos específicos elencados para a pesquisa foram: Investigar quais atribuições/atividades foram executadas no atendimento direto aos/as usuários/as – ações socioassistenciais, ações socioeducativas e de articulação com a equipe; Levantar quais atividades foram efetivadas pelos profissionais no sentido de: mobilização, participação e controle social; Identificar as ações que foram desenvolvidas com relação a: investigação, planejamento e gestão; Destacar quais atividades foram realizadas que dizem respeito a: assessoria, qualificação e formação profissional; Averiguar as competências e habilidades dos/as assistentes sociais nos hospitais do Estado do Tocantins de acordo com as orientações

do conjunto CEFESS/CRESS e Avultar as condições de trabalho dos/das assistentes sociais nessas unidades hospitalares.

Assim, realizou-se junto aos assistentes sociais que trabalharam nos hospitais de Miracema do Tocantins, Paraíso, Guaraí e Pedro Afonso e empregou como método de análise o materialismo histórico dialético, visando verificar como os sujeitos que compõem esse espaço atuaram nele. Partimos da premissa que os sujeitos da pesquisa são:

[...] indivíduos determinados, que, como produtores, atuam de uma maneira também determinada, estabelecem entre si relações sociais e políticas determinadas. É preciso que, em cada caso, a observação empírica põe em relevo – de modo empírico e sem qualquer especulação e mistificação – o nexos existente entre a estrutura social e política e a produção. A estrutura social e o Estado nascem continuamente do processo vital de indivíduos determinados, porém desses indivíduos não como podem parecer na imaginação própria ou dos outros, mas tal e qual como realmente são, isto é, tal como atuam e produzem materialmente e portanto, tal como desenvolvem suas atividades sob determinadas limitações pressupostos e condições materiais, independente de sua vontade. (MARX; ENGELS, 2007, pp. 50-51).

Utilizou-se para fazer a apreensão da realidade, o método Materialismo Histórico Dialético; método esse que vai além da aparência do fato (fato empírico) através do movimento da abstração, buscando-se as determinações do real (os elementos do concreto) por meio de sucessivas aproximações que condicionaram aquilo que realmente existe, voltando-se ao fato com a essência do mesmo, ou seja, com o conhecimento “aproximado” da realidade concreta. Sendo assim, o método contribui para ultrapassar a aparência fenomênica com vistas à construção do concreto pensado por meio de contínuas avaliações.

Desse modo, o método proporcionou a possibilidade de evidenciar as situações que estão intrínsecas na realidade do trabalho dos/das assistentes sociais dos hospitais de Miracema, Paraíso, Guaraí e Pedro Afonso.

A pesquisa foi desenvolvida de forma qualitativa, isto é, pensando-a como aquela que se ocupa,

[...] nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. (MINAYO, GOMES; DESLANDES, 2010, p. 21).

E também, com formato quantitativo, portanto será executada de maneira qualitativa, ou seja, qualitativa e quantitativa ao mesmo tempo. Dessa forma, de acordo com Chizzotti (2008, p. 29) “[...] com características específicas: criam e atribuem significados às

coisas e às pessoas nas interações sociais e estas podem ser descritas e analisadas, prescindindo de quantificações estatísticas”.

Utilizou-se como técnica para alcançar os objetivos da pesquisa o questionário. Esse foi encaminhado junto com o TCLE do e-mail da pesquisadora para os e-mails particulares de cada participante, e os/as mesmos/as responderam e encaminharam de volta para a pesquisadora.

Destaca-se como pontos positivos durante o processo da pesquisa a agilidade e eficiência para dar andamento a pesquisa por parte da equipe do NEP – Núcleo Estratégico de Pesquisa da SES – Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Assim, como a aceitação de 4 (quatro) dos 5 (cinco) hospitais que foram contactados. E, a disponibilidade e aceitação dos/das profissionais em participarem da pesquisa, totalizando 19 (dezenove) Assistentes Sociais que participaram da mesma. Isso significa mais de 75% do total de profissionais dos 4 (quatro) hospitais pesquisados.

Como todo processo de pesquisa não é linear, e apresentam-se momentos de dificuldades, nesse trabalho elenca-se a dificuldade de inserir o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, tendo em vista que esta ficou um tempo sem funcionar e quando voltou travava e perdia a conexão o tempo todo. Além da burocracia e morosidade do processo de inserção dos documentos solicitados pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa e também, para a análise e parecer do mesmo liberando a pesquisa. O processo de aceite da pesquisa por meio dos representantes dos hospitais escolhidos foi demorado e demandou vários contatos e mediações com as instâncias necessárias para a liberação e autorização da pesquisa. No processo da coleta de dados, também houve problemas quanto ao tempo estimado para os/as participantes responderem o questionário e encaminhar a pesquisadora, situação entendida diante das demandas cotidianas apresentadas aos profissionais, todavia, a insistência da pesquisadora, e as várias mediações e argumentações estimularam que os/as sujeitos/as da pesquisa respondessem, se faz necessário aqui agradecer cada profissional envolvido, pois sem as respostas não seria possível a finalização desse trabalho.

3.2 Apresentando os dados da pesquisa

Ao longo deste estudo, falou-se muito em “trabalho”, portanto, faz-se necessário, antes de apresentar de fato os dados da pesquisa, explicar que a palavra “trabalho” que foi empregada no decorrer do texto, como uma categoria marxista. Sendo assim, será apresentada

uma breve conceituação dessa categoria, trazendo algumas discussões para melhor entendimento. Para Marx o trabalho é:

[...] é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio. [...]. (MARX, 2004, p.29-30).

Por conseguinte,

[...] o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que todos os homens devem estar em condições de viver para poder “fazer história”. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter moradia, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro fato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam que haja a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato esse é um ato histórico, uma exigência fundamental de toda a história, que tanto hoje como há milênios deve ser cumprido cotidianamente e a toda hora, para manter os homens com vida. [...]. (MARX; ENGELS, 1932, p. 53).

Contudo, para a teoria marxista o ser humano se diferencia dos outros animais pelo fato de conseguir unir razão e mais sentidos, em que, razão trata-se da capacidade que o homem tem de estabelecer relações lógicas para com as coisas e seus sentidos como: visão, audição, olfato, paladar e tato. O resultado dessa união é a consciência, ou seja, o homem³² tem a habilidade de antecipar na mente o resultado de suas ideais. E para concretizar um objetivo, tem várias alternativas, ele consegue imaginar o resultado de cada uma, com isso, consegue escolher a melhor entre elas. Isso é denominado de pré-ideação, e o resultado do objetivo é a objetivação³³.

Nesse sentido, o trabalho é considerado como fundante do ser social, tendo em vista que,

[...] O trabalho é uma atividade fundamental do homem, pois mediatiza a satisfação de suas necessidades diante da natureza e de outros homens. Pelo trabalho o homem se afirma como um ser social e, portanto, distinto da natureza. O trabalho é a

³² Ressalta-se que utiliza no texto o termo “homem” não como uma distinção e/ou supervalorização de gênero, mas sim como um termo ontológico de definição da espécie humana.

³³ Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colméias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador e, portanto, idealmente. (MARX, 1985a, p.149-150).

atividade própria do ser humano, seja ela material, intelectual ou artística. É por meio do trabalho que o homem se afirma como *um ser que dá respostas prático-conscientes aos seus carecimentos, às suas necessidades*. O trabalho é, pois, o selo distintivo da atividade humana. Primeiro, porque o homem é o único ser que, ao realizar trabalho, é capaz de projetar, antecipadamente, na sua mente o resultado a ser obtido. Em outros termos, no trabalho tem-se uma antecipação e projeção de resultados, isto porque dispõe de uma dimensão teleológica. Mas o homem também é o único ser que é capaz de criar meios e instrumentos de trabalho, afirmando essa atividade caracteristicamente humana. É pelo trabalho que as necessidades humanas são satisfeitas, ao mesmo tempo em que o trabalho cria outras necessidades. (IAMAMOTO, 2009, p. 60).

Enfim, o homem por meio do trabalho modifica a natureza para atender a uma dada necessidade, com isso, ele não somente transforma a natureza como a si mesmo. Atendendo a uma necessidade, criam-se novas necessidades e com o conhecimento adquirido o homem também tem novas possibilidades de criar e efetivar outras objetivações por meio de novas prévias-ideações. Portanto, o trabalho é uma atividade vital consciente e livre, que determina o ser social, pois reproduz as condições materiais da existência humana. Com ele o homem constrói, transforma a natureza, a sociedade e si mesmo, com isso, faz história.

Entretanto, para a teoria marxista, a categoria trabalho, no capitalismo não possui essas mesmas características e nem a mesma essência. Ou seja, não cria o ser social, não transforma o homem e a sociedade, por meio da transformação da natureza. Isso porque o trabalho no sistema capitalista é alienado, ou seja, submisso ao capital³⁴. O trabalhador que não possui os meios de produção precisa vender a sua força de trabalho para poder garantir a sua sobrevivência, isto é, a reprodução de sua força de trabalho, sendo explorado pelo capitalista que lhe emprega. Com isso, o trabalhador se coisifica, a força de trabalho é considerada uma mercadoria, o que Marx chamou de coisificação do ser humano. O trabalhador produz mais do que o necessário para pagar a sua manutenção, com o chamado salário, que o capitalista lhe paga, porém, com isso cria a mais valia que é o valor excedente e que dá lucro ao capitalista, e para que fique claro: esse excedente trata-se de trabalho não pago. O trabalho é alienado e estranhado pelo trabalhador, porque esse não se reconhece no que produz e na maioria das vezes não consegue consumir o que produziu. Isto é, a mercadoria produzida se sobressai ao seu criador, ela ganha “vida”, enquanto o trabalhador se torna uma mera mercadoria para o capital e não consegue perceber que ajudou a construí-la.

³⁴ [...] se podemos considerar o trabalho como um momento fundante da sociabilidade humana, como ponto de partida do processo de seu processo de humanização, também é verdade que na sociedade capitalista, o trabalho torna-se assalariado, assumindo a forma de trabalho alienado, fetichizado e abstrato. Ou seja, ao mesmo tempo em que ele é imprescindível para o capital, ele é um elemento central de sujeição, subordinação, estranhamento e reificação. O trabalho se converte em mero meio de subsistência, tornando-se uma mercadoria especial, a força de trabalho, cuja finalidade precípua é valorizar o capital. (ANTUNES, 2010, p. 10).

O trabalho também perde o sentido de transformar o homem e a sociedade porque não se produz uma mercadoria para atender uma real necessidade dos homens, mas para atender às necessidades do capital, que visa sempre o lucro. As pessoas passam a consumir o que não necessitam, mas o que o capital lhe impõe como uma “necessidade”. No capitalismo o trabalho não produz mais valor de uso, mas sim valor de troca, visando sempre o lucro. Sendo assim, o trabalho concreto que gera valor de uso³⁵, dá lugar ao trabalho abstrato que gera valor de troca³⁶, sendo esse o topo de trabalho que se evidencia na sociedade capitalista.

Nesse sentido, o trabalho na sociedade capitalista assume outras formas, tem outra essência e outras características e definições. O trabalhador que é desprovido dos meios de produção, possuidor apenas de sua força de trabalho, que para sobreviver, vende-a para o capitalista, em troca de um salário, e nessa condição de assalariado, torna-se um trabalhador alienado e coisificado. E o trabalho perde a sua essência de criador de valores de uso e de transformar o seu produtor, haja visto que, o trabalhador não se reconhece no que produz. Nesse sentido, onde o homem tem a necessidade de vender sua força de trabalho para garantir a sua sobrevivência, para Antunes (1999) os trabalhadores da atualidade se definem como sendo a “classe-que-vive-do trabalho”. Na sociedade capitalista, o trabalho assume duas características principais, de trabalho produtivo e trabalho improdutivo. Surgindo assim, duas categorias os trabalhadores produtivos e os trabalhadores improdutivos:

[...] a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores produtivos [...]. Ela não se restringe, portanto, ao trabalhador manual direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado [...] engloba também os trabalhadores improdutivos, aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviços [...] e que não se constituem como elemento vivo ao processo de valorização do capital e de criação de mais-valia. (ANTUNES, 1999, p. 102).

Portanto, não se pode considerar como trabalho, apenas aqueles que produzem uma mercadoria, um produto, que gera mais-valia, mas também, aqueles que se materializam como serviços, que nem sempre produzem mais-valia, mas tem sua utilidade para o capitalismo. E um exemplo de trabalho materializado em forma de serviços, é o trabalho do

³⁵Todo trabalho é, por um lado, dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico, e nessa qualidade de trabalho humano igual ou trabalho humano abstrato gera o valor das mercadorias. Todo trabalho é, por outro lado, dispêndio de força de trabalho do homem sob forma especificamente adequada a um fim, e nessa qualidade de trabalho concreto útil, produz valores de uso (MARX, 1983, p.53).

³⁶“O trabalho de qualquer indivíduo, enquanto se apresenta em valores de troca, possui este caráter social de igualdade, e só se apresenta no valor de troca enquanto se relacione como igual com o trabalho de todos os outros indivíduos.” (MARX, 1974, p. 144-145).

assistente social. Que também é um trabalhador assalariado³⁷, que para garantir sua sobrevivência vende sua força de trabalho intelectual, em maior proporção ao serviço público, mas também, ao privado³⁸.

O trabalho do assistente social possui uma contradição que embora a direção política e social da profissão se dá no âmbito de garantias de direitos sociais da classe trabalhadora o desenvolvimento do trabalho nas políticas sociais também é de suma importância para o capitalismo, pois, intervém na reprodução da força de trabalho, visto que, através das políticas sociais, como, saúde, educação, habitação, dentre outras, possibilita aos/as trabalhadores/as e suas famílias a manutenção de suas vidas, que com somente os seus salários não seriam suficientes. Nesse sentido, o trabalho do assistente social tem relevância e utilidade não somente para os/as trabalhadores/as, mas também, para os capitalistas, pois,

[...] os serviços sociais têm para *os capitalistas um caráter complementar* à reprodução da força de trabalho a menor custo, para *os trabalhadores assalariados tais serviços são também complementares na sua reprodução física, intelectual, e espiritual e de sua família*, já que a base de sua sobrevivência depende da venda de sua força de trabalho. [...](IAMAMOTO, CARVALHO, 2014, p. 110).

Diante do que foi exposto acima, o trabalho do assistente social é considerado trabalho abstrato [...] “– mero coaduno de tempo de trabalho social médio -, possibilitando que esse trabalho privado adquira um caráter social”. (IAMAMOTO, 2008, p. 421), que tem sua utilidade para o sistema capitalista, o que permite a reprodução da própria profissão e possui valor de troca, ou seja, pode ser quantificado e igualado a qualquer outro trabalho especializado. Como salienta Iamamoto (2008),

³⁷ [...] O assistente social, ao ingressar no mercado de trabalho – condição para que possa exercer a sua profissão como trabalhador assalariado – vende sua força de trabalho: uma mercadoria que tem valor de uso, porque responde a uma necessidade social e um valor de troca expresso no salário. O dinheiro que ele recebe expressa a equivalência do valor de sua força de trabalho com todas as outras mercadorias necessárias à sua sobrevivência material e espiritual, que podem ser adquiridas no mercado até o limite quantitativo de seu equivalente – o salário ou proventos -, que corresponde a um trabalho complexo que requer formação universitária. É por meio dessa relação mercantil que se dá a objetivação do valor de uso dessa força de trabalho, expresso no trabalho concreto exercido pelo assistente social, dotado de uma qualidade determinada, fruto de sua especialização no concerto da divisão do trabalho. (IAMAMOTO, 2008, p. 217- 218).

³⁸ [...] Ora o Serviço Social reproduz-se como um trabalho especializado na sociedade por ser socialmente necessário: produz serviços que atendem às necessidades sociais, isto é, tem valor de uso, uma utilidade social. Por outro lado, os assistentes sociais também participam, como trabalhadores assalariados, do processo de produção e/ou de redistribuição da riqueza social. Seu trabalho não resulta apenas em serviços úteis, mas ele tem um efeito na produção e/ou na redistribuição do valor e da mais-valia. Assim, por exemplo, na empresa, o assistente social pode participar do processo de reprodução da força de trabalho e/ou da criação da riqueza social, como parte de um trabalho coletivo, produtivo de mais-valia. Já na esfera do Estado, no campo da prestação de serviços sociais, pode participar do processo de redistribuição da mais-valia, via fundo público. Aí o seu trabalho se inscreve, também, no campo da defesa e/ou realização de direitos sociais de cidadania, na gestão da coisa pública. [...] (IAMAMOTO, 2009, p. 24).

[...] o fato de ser *trabalho social médio*, isto é, trabalho abstrato, considerando, portanto, sua inserção no universo do valor. É nesse universo que se estabelece o valor de troca dessa força de trabalho especializada – o salário do assistente social – parte do trabalho social médio, pensado na sua *quantidade*, medido pelo tempo de trabalho socialmente necessário. Lembre-se que a força só tem valor de uso para eu possuidor quando é valor de troca, isto é, quando é passível de ser trocada por dinheiro para satisfação de suas necessidades. (IAMAMOTO, 2008, p. 257).

Resumidamente, pode-se dizer que:

[...] que o Serviço Social não é uma profissão que se inscreva, predominantemente, entre as atividades diretamente vinculadas ao processo de criação de produtos e de valor. Embora não ocupe uma posição na produção *stricto sensu*, como o que ocorre com outras profissões de caráter técnico, isto não significa seu alijamento da produção social em sentido amplo. Ora, o alvo predominante do exercício profissional é o trabalhador e sua família, elemento mais vital e significativo do processo de produção. É dele ou, mais precisamente, de sua força de trabalho em ação, que depende não apenas a transferência do valor contido nos meios de produção ao produto, mas a criação de novos valores, os quais são realizados por intermédio da venda das mercadorias. Mais explicitamente: a força de trabalho em ação é a fonte de toda riqueza social. Uma vez que o exercício do Serviço Social está circunscrito dentro do contexto referente às condições e situação de vida da classe trabalhadora, encontra-se integrado ao processo de criação de condições indispensáveis ao funcionamento da força de trabalho, à extração da mais-valia. Embora a profissão não se dedique, preferencialmente, ao desempenho de funções diretamente produtivas, podendo ser, em geral, caracterizada como um trabalho improdutivo, figurando entre os falsos custos de produção, participa, ao lado de outras profissões, da tarefa de implementação de condições necessárias ao processo de reprodução no seu conjunto, integrada como está à divisão social e técnica do trabalho. A produção e reprodução capitalista inclui, também, uma gama de atividades, que, não sendo diretamente produtivas, são indispensáveis ou facilitadoras do movimento do capital. [...] (IAMAMOTO, CARVALHO, 2014, p. 92- 93).

Finalmente, pode-se afirmar que o trabalho do assistente social na sociedade capitalista, como trabalhador intelectual/especializado,

[...] dependendo de sua opção política, pode configurar-se como mediador dos interesses do capital ou do trabalho, ambos presentes, em confronto, nas condições em que se efetiva a prática profissional. Pode tornar-se intelectual orgânico a serviço da burguesia ou das forças populares emergentes; pode orientar a sua atuação reforçando a legitimação da situação vigente ou reforçando um projeto político alternativo, apoiando e assessorando a organização dos trabalhadores, colocando-se a serviço de suas propostas e objetivos. [...]. (IAMAMOTO, CARVALHO, 2014, p. 103).

E essa “opção política” do assistente social, está relacionada ao projeto ético-político ao qual o profissional está vinculado, ou seja, se for o projeto ético-político hegemônico da profissão, estará a serviço dos trabalhadores, pois, esse projeto defende a luta geral dos trabalhadores. No entanto, dependendo das escolhas que fizer na efetivação de seu trabalho poderá servir aos interesses do capital.

Após a exposição do conceito da categoria trabalho, pode-se passar a expor os dados da pesquisa. Para apresentação dos mesmos, foram criados três eixos temáticos, abaixo relacionados.

3.2.1 Explicitando os eixos temáticos para análise da pesquisa e apresentando os dados:

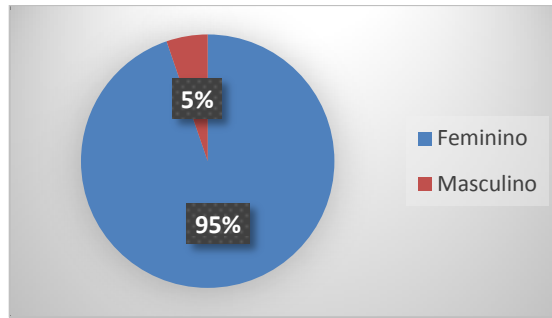
Com o intuito de sintetizar os dados coletados e a fim de facilitar a compreensão dos mesmos – foram elaborados três eixos temáticos. Quais sejam: Perfil dos (as) Assistentes Sociais dos Hospitais de Miracema do Tocantins, Guaraí, Paraíso e Pedro Afonso; Ações e/ou atividades executadas pelos/pelas Assistentes Sociais nos hospitais estaduais e, As condições de trabalho dos/das Assistentes Sociais nas unidades hospitalares do Tocantins.

Com a intenção de garantir o anonimato dos/das participantes dessa pesquisa, na exposição dos dados foi atribuído nomes de pedras preciosas (Ágata, Amononita, Alexandrita, Ametista, Aquamarine, Esmeralda, Jade, Opala, Turmalina, Pérolas, Rubi, Safira, Espinela, Tanzanite, Topázio, Turquesa, Zirnônia, Morganite e Fluorita) a cada participante, a escolha se deu de forma aleatória. Garantindo o anonimato e a não revelação da identidade dos sujeitos dessa pesquisa.

Eixo 1: Perfil dos (as) Assistentes Sociais dos Hospitais de Miracema do Tocantins, Guaraí, Paraíso e Pedro Afonso

Neste eixo apresenta-se o perfil dos/das assistentes sociais que participaram da pesquisa. Para alcançar tal objetivo perguntou-se aos/as participantes os seguintes aspectos: sexo, idade, se tinham filhos e quantos, estado civil, cor/raça/etnia, religião, escolaridade, tempo de serviço público, tempo que atua na área da saúde e o tipo de vínculo empregatício com o Estado do Tocantins. Para melhor apresentação e visualização dos dados, eles serão expostos em gráficos de modelo pizza. Cada aspecto será apresentado em um gráfico, para melhor visualização, análise e entendimento.

Gráfico I – Sexo



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico acima nos retrata que apesar do tempo histórico, o perfil dos assistentes sociais continua semelhante ao de sua origem no Brasil, ou seja, majoritariamente constituído pelo sexo feminino. E isso apresenta implicações a essa profissão, como demonstra, Iamamoto (2009),

[...] Trata-se de uma profissão atravessada por *relações de gênero* enquanto tem composição social predominantemente *feminina*, o que afeta sua imagem na sociedade e as expectativas sociais vigentes diante da mesma. Este *recorte de gênero* explica, em parte, *os traços de subalternidade* que a profissão carrega diante de outras de maior prestígio e reconhecimento social e acadêmico. [...]. (IAMAMOTO, 2009, p. 64).

Por ser uma profissão que está ligada à reprodução da força de trabalho, que historicamente, atividades e profissões desse cunho foram atribuídas às mulheres, como se fossem estereotipadas, isto é,

[...] As atividades consideradas femininas estão sempre associadas com a função de reprodução, em geral, são as atividades que estão relacionadas ao espaço privado da família e à produção de valores de uso para o consumo familiar. Já as atividades destinadas à produção social e que são desenvolvidas no espaço público são tidas como uma atribuição masculina. (FRANÇA; SCHIMANSKI, 2009, p. 71).

A partir da década de 1970, as mulheres ganham espaço no mercado de trabalho e passam a disputar com os homens as vagas de emprego, porém, essa disputa sempre se deu de forma desigual e injusta, visto que, as mulheres historicamente ganham salários menores que os homens e ainda acumulam responsabilidades. Elas saíram da exclusividade do âmbito doméstico, no entanto, as tarefas domésticas e cuidados com os filhos (família) não foram tiradas de sua responsabilidade, tampouco, foram divididas igualmente com os homens³⁹.

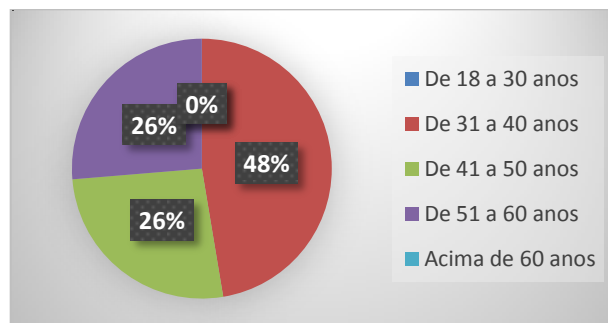
³⁹ Logo, a realização das tarefas domésticas torna-se uma responsabilidade atribuída quase que exclusivamente às mulheres, que, somadas ao trabalho assalariado e muitas vezes aos estudos, caracterizam a dupla/tripla jornada de trabalho. (COSTA, 2018, p. 442).

E devido a esse excesso de trabalho e responsabilidades [...] “as mulheres sentem-se muito culpadas e cansadas, uma vez que, por buscarem um espaço fora do lar e não terem com quem dividir as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos, a sobrecarga e acúmulo das funções é evidente”. (SANTOS, 2012 apud COSTA, 2018, p. 445-446). Contudo,

[...] o estresse emocional supera o esgotamento físico, pois provoca um sentimento de culpa duradouro. Esse sentimento de culpa nas mulheres se dá principalmente pelo fato de que os modelos de família ainda seguem a estrutura patriarcal, em que as mulheres devem desempenhar os vários papéis sociais sem se abster de nenhum deles, com o risco de comprometerem a saúde tanto física quanto emocional pelo estresse gerado nessa dinâmica. (COSTA, 2018, p. 446).

Por não quererem retroceder ao universo exclusivamente doméstico, a mulheres até os dias de hoje, têm que se submeter a esse acúmulo de trabalho e responsabilidades, que na maioria das vezes, causam-lhe adoecimento físico e psíquico. Apesar de terem tido ao longo dos anos significativos avanços no âmbito profissional e doméstico, mas ainda precisam avançar mais, para tirar essa sobrecarga de trabalho de suas responsabilidades.

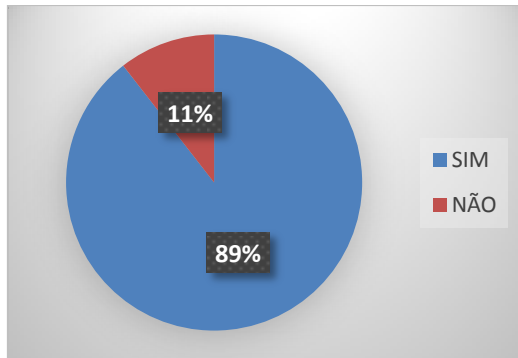
Gráfico II – Idade



Fonte: BRITO, 2019

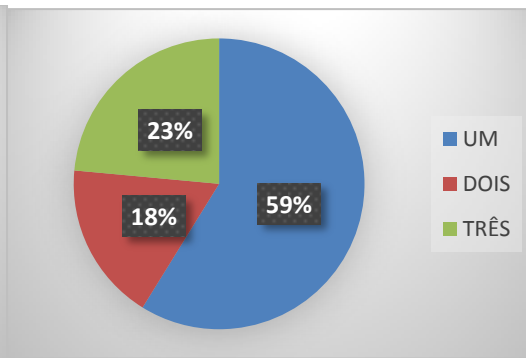
O gráfico 2 evidencia que a grande maioria dos/das assistentes sociais participantes da pesquisa são relativamente jovens, isso leva a acreditar que tem uma formação recente, portanto, permite levantar a hipótese de que o trabalho profissional coaduna com o Projeto Profissional e na direção das dimensões da profissão determinadas pós Movimento de Reconceituação. O que se coloca a necessidade de sempre refletir cotidianamente sobre a atuação profissional, ou seja, analisar o direcionamento que têm dado a profissão, mediante suas escolhas profissionais. As implicações que elas tomam na vida profissional e o perfil que está construindo diante da sociedade e empregadores.

Gráfico III – Possuem filhos



Fonte: BRITO, 2019

Gráfico IV – Quantidade de filhos



Fonte: BRITO, 2019

O resultado dos gráficos 3 e 4 revela que quase 90 por cento dos/das participantes da pesquisa possuem filhos, que reafirma o que já foi mencionado anteriormente, que como a maioria são mulheres, que por sua vez acumulam funções e responsabilidades, que em pleno século XXI, essa realidade ainda não se alterou. Ou seja, a herança da sociedade marcada pelo patriarcado⁴⁰ permanece até a atualidade. O que significa dizer que:

Desde o início da história da civilização, a dominação masculina era predominante, tanto dentro quanto fora do lar, relegando-se à mulher o lugar de submissa e dominada. A principal característica desse regime patriarcal é que ao homem cabia o domínio público, as relações sociais diversas, a política e os negócios; à mulher, por sua vez, era reservado o domínio privado, ou seja, a casa e o círculo familiar. (RAGO, 1985 apud COSTA, 2018, p. 435).

Mesmo as mulheres tendo conquistado o direito de ingressar no mercado de trabalho e vêm galgando conquistas significativas na vida profissional⁴¹, não lhes reverteu, por completo, a condição de submissão, desigualdade⁴² e acúmulo de funções perante os homens, que é uma característica da essência da família patriarcal. Ou seja, as mulheres trabalham mais tempo que os homens e em mais funções. E com relação ao trabalho doméstico e o cuidado com os filhos, idosos, etc., caracteriza um trabalho não pago, isto é,

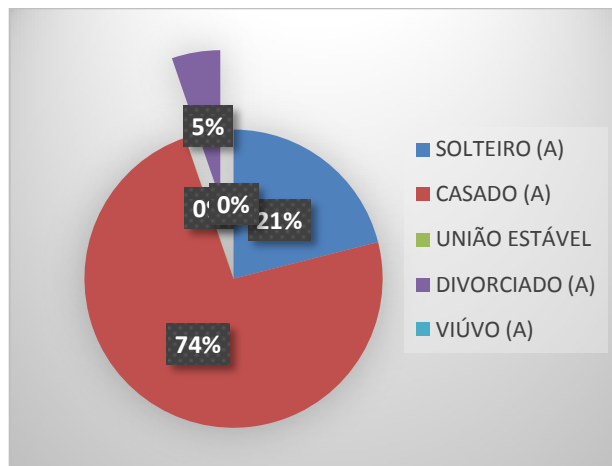
⁴⁰ **Patriarcado** organização sexual hierárquica da sociedade tão necessária ao domínio político. Alimenta-se do domínio masculino na estrutura familiar (esfera privada) e na lógica organizacional das instituições políticas (esfera pública) construída a partir de um modelo masculino de dominação (arquetipo viril). (COSTA, 2008, p.4).

⁴¹ Na sociedade capitalista, bem como o era na sociedade patriarcal, o homem tem como vocação garantir o sustento fora do lar, enquanto a mulher cuida da administração da casa, estando ela ativa no processo produtivo ou não. Na década de 70, há uma acentuação na luta das mulheres pelos seus direitos, luta pelo trabalho, por salários iguais, e uma reivindicação da divisão igualitária do trabalho doméstico. Desde então, as mulheres vêm traçando uma história de lutas e conquistas. (COSTA, 2018, p. 440).

⁴² As lutas pela igualdade tiveram início principalmente nas décadas de 70 e 80, mas ainda hoje persistem algumas desigualdades na relação social entre os sexos. [...] Além disso, quando conseguem uma vaga, a desigualdade permanece na segregação ocupacional e principalmente pela remuneração inferior em comparação aos homens. (COSTA, 2018, p. 440).

mão-de-obra gratuita. Esse acúmulo de trabalho muitas vezes acarreta as mulheres sofrimento físico e emocional, principalmente, relacionado ao cuidado com os filhos, pois, se sentem culpadas por não terem tanto tempo para estar com eles e acompanhar os seus desenvolvimentos e crescimento. E é por isso, que a família é considerada como a maior preocupação das mulheres. No entanto, elas não querem retroceder aos ao espaço do lar e terem que abandonar o trabalho e estudo, querem a todo custo darem conta de todos os trabalhos. (COSTA, 2018.) Por isso que, o “[...] trabalho profissional, os afazeres domésticos, a dedicação matrimonial e maternal, em muitos casos, impossibilitam a mulher dos cuidados pessoais. [...]” (FRANÇA; SCHIMANSKI, 2009, p. 4).

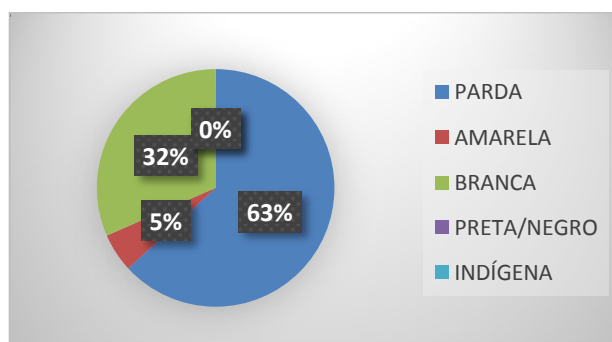
Gráfico V – Estado Civil



Fonte: BRITO, 2019

Pelo resultado desse gráfico, que mostra que mais de 70% por cento dos/das assistentes sociais são casados (as), que remete a discussão anterior sobre o acúmulo de funções das mulheres, que possuem a difícil missão de conciliar o trabalho profissional, com o trabalho do lar, com o cuidado com os filhos e ainda, com a relação conjugal.

Gráfico VI – Cor/Raça/Etnia

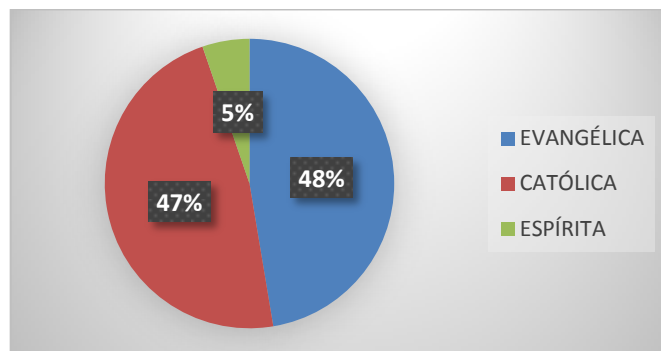


Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 6, retrata a realidade brasileira com relação a discriminação da população afro descendente a respeito do mercado de trabalho. A grande maioria da população afro descendente quando conseguem se inserir no mercado de trabalho, visto que, o contingente populacional afro descendente desempregado é muito superior aos da população considerada branca, geralmente estão inseridos em trabalhos precários, com baixa remuneração, com extensas jornadas de trabalho, e na maioria das vezes sem proteção social⁴³. [...] “Este padrão de inserção produz efeitos significativos sobre as práticas discriminatórias retroalimentando imagens e estereótipos na manutenção de guetos ocupacionais para essa população”. (VIEIRA, 2017, p. 16). E essa realidade se agrava ainda mais para as mulheres negras que sofrem uma dupla discriminação, ou seja, são discriminadas pela cor de sua pele e pelo gênero. Conforme Soares, (2000) “[...] existe um grupo padrão – os homens brancos – que estabelecem a norma no mercado de trabalho [...]”. E os demais grupos, homens negros, mulheres brancas e mulheres negras sofrem a discriminação pelo fato de não serem homens brancos. (p.07)

Enfim, para que haja a desconstrução do preconceito racial, antes é preciso que se faça um estudo da origem do negro, de sua história na humanidade e de sua cultura. Ou seja, necessita-se que tenha não só um conhecimento destes aspectos como também um reconhecimento da importância da população afro descendente para a história da humanidade, e em especial para história do Brasil.

Gráfico VII – Religião



Fonte: BRITO, 2019

⁴³A condição de vulnerabilidade social da mulher negra (aqui entendida como um conjunto de indicadores que expressam posições desvantajosas de acesso a direitos sociais fundamentais, os quais expõem mais frequentemente a parcela da população negra e feminina a trabalhos degradantes e com baixo prestígio social) remonta ao período escravista e ao processo de substituição da força de trabalho escravizada pela assalariada. A formação social, política e econômica do Brasil se alicerçou em um processo excludente de emergência de uma sociedade de classes baseada em valores patriarcais e racistas que nortearam princípios fundamentais para a elaboração das normas e leis. (VIEIRA, 2017, p. 1- 2).

O resultado exposto no gráfico 7, mostra que 100% dos/das assistentes sociais possuem uma religião. A esse respeito pode-se fazer alguns questionamentos e observações, como por exemplo, a religião interfere no trabalho profissional? Tem como distanciar-se dos princípios e valores morais e religiosos no exercício profissional? Existe total neutralidade no desenvolvimento do trabalho?

Pois bem, para poder entender e tentar responder essas questões, primeiramente, faz-se necessário compreender o que é religião e o que é alienação religiosa e suas implicações no trabalho. Então, o que é religião:

[...] a religião pode ser compreendida como uma perspectiva ideológica, ou seja, ela é tida como um mecanismo de controle e alienação dos sujeitos, que por meio do imaginário religioso são induzidos a aceitar as adversidades sociais de forma pacífica acreditando que serão recompensados futuramente numa outra esfera espiritual, ou então, entende o sofrimento como uma forma de punição dos pecados cometidos. (SILVA; OLIVEIRA, SANTOS, 2013, p. 6).

Para Marx, a religião é

[...] apenas o reconhecimento do homem de maneira indireta; quer dizer, através de um *intermediário*. O Estado é o intermediário entre o homem e a liberdade humana. Assim como Cristo é o mediador a quem o homem atribui toda a sua divindade e todo o seu constrangimento *religioso*, assim o Estado constitui o intermediário ao qual o homem confia toda a sua não divindade, toda a sua *liberdade humana*. (MARX, 1844, p. 20).

Significa dizer que “Deus é tudo que o homem deseja ser e não é”. (FEUERBACH, 2007, p. 7). Dessa forma “[...] todo ser é ao contrário em si e por si infinito, tem o seu Deus, a sua mais elevada essência em si mesmo. Toda limitação de um ser existe somente para outro ser além e acima dele [...]” (FEUERBACH, 2007, p. 40). E, ainda, pode-se dizer que:

[...] Deus é – ainda que de forma invertida – a consciência que o homem tem de si mesmo. Deus é o ser ideal que encarna as perfeições próprias do gênero que o indivíduo não pode atingir. Em Deus, em suma, está o próprio homem. Mas essa concentração das perfeições no objeto religioso realizada pelo homem real não deixa de ter consequências negativas para ele. Deus não apenas se apresenta como algo estranho – já que o homem não é consciente de que está diante de um produto seu – e não só não se reconhece nele, como também se empobrece como ser humano na medida em que seu objeto se enriquece com as perfeições que ele lhe deu. Desse modo, cumprem-se as três condições características de toda alienação:

- a) o sujeito é ativo e com sua atividade cria o objeto;
- b) o objeto é um produto seu e, no entanto, o sujeito não se reconhece nele; lhe é estranho, alheio; e
- c) o objeto obtém um poder que por si não tem e se volta contra o sujeito, domina-o, convertendo-o em predicado seu. (VÁZQUEZ, 2007, p. 90).

A respeito da alienação religiosa pode-se dizer que:

A alienação religiosa se produz na consciência, e nela há de cancelar-se quando o sujeito – o homem real – for consciente de sua verdadeira natureza, de sua condição de sujeito, e reconhecer em si mesmo os atributos que transferiu ao objeto criado por ele. [...]. (VÁZQUEZ, 2007, p. 90).

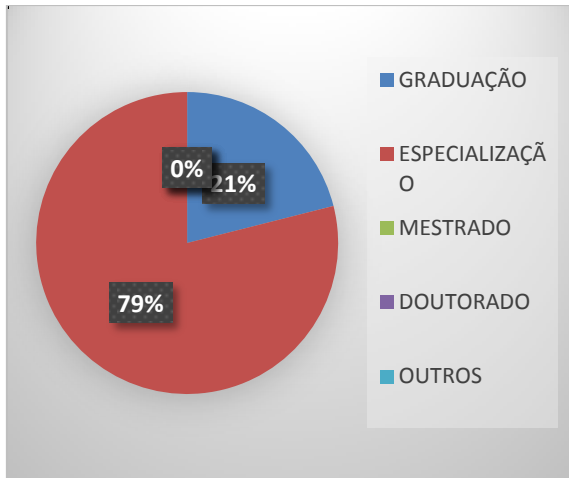
Portanto, conclui-se que “[...] o homem não se emancipou da religião, mas sim recebeu a liberdade religiosa” [...] (MARX, 1844, p. 36). E [...] “a alienação se dará sempre que o trabalhador esteja subjetiva e objetivamente em uma relação de exterioridade com seus produtos e com sua atividade” (VÁZQUEZ, 2007, p. 420).

Diante de tudo que foi exposto, concorda-se que [...] “identificar os valores religiosos dos profissionais com a profissão não se constitui essencialmente em um problema, mas sim, saber lidar com esses valores na prática sem torná-la uma convenção religiosa”. (SILVA; OLIVEIRA, SANTOS, 2013, p. 10). Visto que, ter neutralidade no trabalho profissional é muito difícil, quase impossível não haver interferências e/ou influências das concepções, valores e princípios morais no desenvolvimento do trabalho. No entanto, [...] “como forma de possibilitar um distanciamento desses valores na prática profissional, existe a ética que se incube de refletir os valores e a moral e que deve estar presente em qualquer tomada de decisão”. (SANTOS, 2010 apud SILVA; OLIVEIRA, SANTOS, 2013, p. 11). Até porque, o Código de Ética do Assistente Social é bem claro em seu artigo 5º e alínea b, onde diz que:

Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as:
b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código. (CFESS, 2012, p. 29).

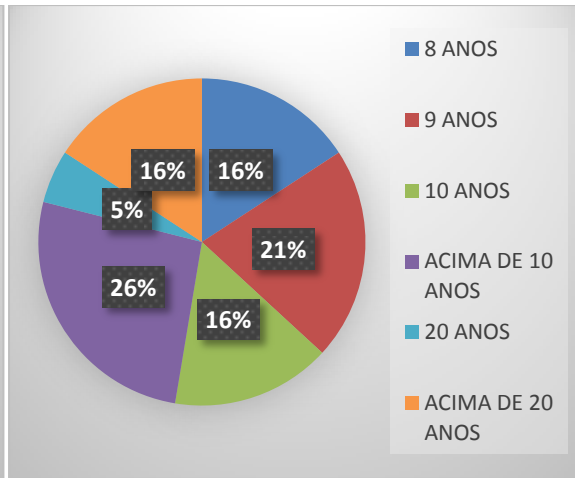
Portanto, não é uma escolha, mas um dever profissional em não utilizar-se de seus valores e crenças no desenvolvimento de seu trabalho profissional.

Gráfico VIII – Escolaridade



Fonte: BRITO, 2019

Gráfico IX – Tempo de Formação



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 8 revela que quase 80% dos/das assistentes sociais possuem especialização, portanto, optaram por não continuar na carreira acadêmica. E o gráfico 9 mostra que 63% dos/das participantes possuem mais de 10 anos de formação, ou seja, uma boa porcentagem possuem um tempo considerável de formação, no entanto, apesar disso, ainda tem uma parcela importante de profissionais que só possuem graduação. Entretanto, considerando que grande parte dos/das participantes são mulheres e sabendo dos papéis que são historicamente atribuídos as mesmas, volta-se a discussão do acúmulo de trabalho que elas são responsabilizadas em dar conta, ou seja, a “sobrecarga pode aumentar quando as mulheres seguem a vida acadêmica, o que configura a tripla jornada, e acoplam à rotina mais uma difícil tarefa, que exige dedicação, concentração e uma grande habilidade em conciliar esses três segmentos”. (COSTA, 2018, p. 446). Dados mostram que “o acesso das mulheres ao campo educacional vem se fortalecendo, e as mesmas possuem maior índice de inserção, permanência e conclusão dos anos de estudo do que os homens”. (COSTA, 2018, p. 442). Embora, apesar de se capacitarem, de estarem aptas a concorrerem com igualdade entre os homens, as mulheres ainda sofrem a discriminação de gênero no mercado de trabalho, tanto na questão salarial quanto nas áreas de atuação, pois ainda existem áreas que são dominadas pelos homens. E com relação as áreas de inserção das mulheres “dados apresentados pelo Portal Brasil em relação à inserção das mulheres nas universidades brasileiras retratam que a forte presença feminina está mais atrelada aos cursos de humanas, ao passo que na área de ciências exatas e da terra a grande maioria é de homens” (COSTA, 2018, p. 448).

Ter que desempenhar diariamente uma tríplice jornada de trabalho não é tarefa simples. Para as mulheres que vivenciam essa realidade, a rotina diária é um corre-

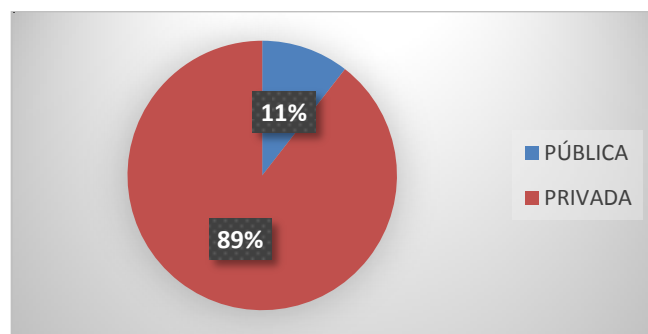
corre frenético para tentar dar conta de todos os segmentos de trabalho. Para grande parte das mulheres, a habilidade de separar e definir limites para os diferentes tempos/espacos é um grande desafio. Conciliar os três segmentos de trabalho é uma fonte de estresse, ansiedade e pressão constantes. Isso as torna emocionalmente vulneráveis. (ÁVILA, PORTES, 2012, p. 815).

Tendo que dar conta de todas as responsabilidades que lhes são incumbidas, as mulheres acabam adoecendo e causando grande sofrimento as mesmas,

[...] Pois, na medida em que o tempo é praticamente cronometrado para cada tarefa, os familiares muitas vezes exercem cobranças de atenção e carinho, gerando sentimento de culpa e incapacidade nas mulheres, que, apesar de saberem que não podem exercer todas as funções com excelência, buscam realizá-las da melhor maneira que podem, mas, quando se deparam com tais exigências, a frustração é iminente. (COSTA, 2018, p. 446).

Enfim, os vários papéis que as mulheres acumulam e que devem executar ao mesmo tempo, não as proporcionam a cumpri-las com excelência. Não ter com quem dividi-las e ainda sofrer cobranças da tradicional sociedade burguesa, por deixar várias funções reportadas as mulheres, a de ser mulher, mãe, esposa, dona de casa, trabalhadora assalariada, o que exige das mulheres um dispêndio de energia física e mental, que requer muita habilidade e estabilidade emocional, que muitas vezes resulta em situações de estresse, adoecimento físico e mental. Isso pode ser uma realidade a ser alterada quando o patriarcado e o machismo forem superados. Diante de tudo que foi exposto, acredita-se que sejam as possíveis causas da não continuidade dos estudos desses/dessas profissionais.

Gráfico X – Instituição que se formaram



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico acima mostra que quase 90% dos/das profissionais se formaram em universidades privadas, o que retrata o cenário brasileiro quanto as universidades, e isso, pode-se afirmar que em grande porcentagem tem a ver com a ascensão das Universidades EAD.

O debate acerca do crescimento do ensino de graduação a distância no Brasil pode ser localizado a partir do processo histórico que ensejou na contrarreforma do Estado brasileiro e da Política de Educação Superior num cenário marcado pela mundialização do capital e pela reestruturação produtiva. Dessa maneira, o ensino a distância se associará diretamente com a dinâmica atual do capital que necessita expandir seus mercados e, na particularidade brasileira, se adensará a redução do Estado na execução das políticas sociais, ao desfinanciamento, às parcerias público-privada, a medida que impulsionam a privatização no interior das universidades públicas, ao aprofundamento do empresariamento da Educação Superior e à lógica dominante de aligeiramento e massificação da formação. Esses processos atravessaram os governos FHC, bem como os governos petistas (Lula e Dilma), que inclusive diversificaram e consolidaram o Ensino de Graduação a Distância em todo país. (MELIM, 2016, p. 169).

Isso traz algumas implicações para os/as profissionais e para a categoria, ou seja,

A pulverização e massificação da formação universitária voltada à sua adequação às “demandas flexíveis do mercado” estimulam o reforço de mecanismos ideológicos direcionados à submissão dos profissionais às “normas do mercado”, parte da estratégia do grande capital na contenção das contradições sociais e políticas condensadas na *questão social*. Os desdobramentos envolvem um processo de despolitização da categoria, decorrentes, ainda, isolamento do processo de ensino envolvido no EAD e falta de experiências estudantis coletivas na vida universitária. Mas a questão central não é exclusivamente a modalidade de ensino à distância, que pode se mostrar como uma técnica eficaz em diferentes situações se tratada com qualidade acadêmica e direção intelectual e política. Assim não se trata simplesmente de uma recusa ingênua da tecnologia do ensino a distância, mas de compreendê-la no conjunto das diretrizes norteadoras da reforma do ensino superior, capitaneada pela sua privatização e pela lógica da lucratividade que redireciona os rumos da universidade brasileira. O estímulo ao EAD é um incentivo para a ampliação da lucratividade das empresas educacionais - este sim o seu objetivo maior - a que se subordina a qualidade do ensino e da formação universitária. É isto que permite vislumbrar, como faces de um mesmo processo, a precarização do ensino e do trabalho profissional. (IAMAMOTO, 2008, p. 441).

Esse crescimento acelerado das universidades privadas que têm como meta principal a acumulação de capital, em detrimento da qualidade do ensino superior, acarretam várias consequências, como por exemplo, [...] “gera o desfinanciamento do ensino público superior, desvaloriza e desqualifica a docência universitária ante as cumulativas perdas salariais e elimina a pesquisa e a extensão das funções precípuas da universidade”. (IAMAMOTO, 2008, p. 436 e 437). Além disso, proporciona o crescimento acelerado e desordenado de profissionais formados e que são lançados no mercado de trabalho, o que significa que:

O crescimento exponencial do contingente profissional, a curto prazo, traz sérias implicações para o exercício profissional e para as relações de trabalho e condições salariais por meio das quais ele se realiza. Pode-se antever um *crescimento acelerado do desemprego nessa área*, pois dificilmente a oferta de postos de trabalho poderá acompanhar, no mesmo ritmo, o crescimento do contingente profissional, pressionando *o piso salarial, a precarização das condições de trabalho e aumentando a insegurança do trabalho*. A hipótese que se pode aventar é que o

crescimento do contingente profissional, ao tempo em que eleva a lucratividade nos negócios educacionais -, um curso barato, voltado predominantemente ao público feminino -, poderá desdobrar-se na criação de um *exército assistencial de reserva*. [...]. (IAMAMOTO, 2008, p. 440).

E a respeito do exército industrial de reserva pode-se afirmar que:

[...] à medida que estabelece uma maior competição entre os próprios trabalhadores, contribui para a redução dos salários, ao fazer a oferta de mão de obra crescer em relação à demanda. Assim, as medidas assistenciais voltadas para auxiliar a reprodução dessa parcela da classe trabalhadora, alijada do mercado de trabalho, vem responder a interesses substanciais da classe capitalista, no sentido de garantir uma oferta abundante e permanente de força de trabalho a baixo custo. [...]. (IAMAMOTO, CARVALHO, 2014, p. 109-110).

E sobre o crescimento acelerado e desordenado do ensino a distância, pode-se dizer que “entre os cursos com maior oferta de vagas na modalidade a distância o curso de Serviço Social ocupa o terceiro lugar, perdendo apenas para a Pedagogia e a Administração” (INEP, 2011). (MELIM, 2016, p. 170). Isso porque,

[...] o curso de Serviço Social requer parcos investimentos para a sua criação e manutenção o que certamente despertou o interesse do empresariado e, conseqüentemente, dos estudantes, já que estes cursos, pelo pouco investimento que requerem, também podem ser oferecidos com mensalidades em valores inferiores no mercado. (MELIM, 2016, p. 170).

O ensino a distância é uma [...] “modalidade de ensino mais suscetível a uma formação deteriorada, dada a prevalência da sua ocorrência em ambientes despolitizados, que privam os alunos não só do acesso à pesquisa e à extensão, mas também da vivência do debate acadêmico universitário”. (BRAZ, RODRIGUES, 2013, p.272). O que significa dizer que,

[...] uma formação deficitária irá produzir um contexto no qual o assistente social não se verá capaz de fazer a devida leitura da realidade que lhe é colocada e da qual faz parte, o que se contrapõe à necessidade de pensar criticamente o tipo de inserção desejada pelo profissional e pela categoria profissional dos assistentes sociais. (TINTI, 2015, p. 84).

Essa discussão não se trata de qualificar ou desqualificar nenhuma instituição seja pública ou privada, mas de estabelecer elementos para reflexão acerca da importância da universidade para a formação de profissionais críticos e comprometidos com o projeto ético-político da profissão⁴⁴. Ou seja,

⁴⁴A universidade que se defende é aquela que cultiva razão crítica e o compromisso com valores universais, coerente com sua função pública, não limitada e submetida a interesses particulares de determinadas classes ou frações de classes; uma instituição a serviço da coletividade, que incorpore os dilemas regionais como matéria da

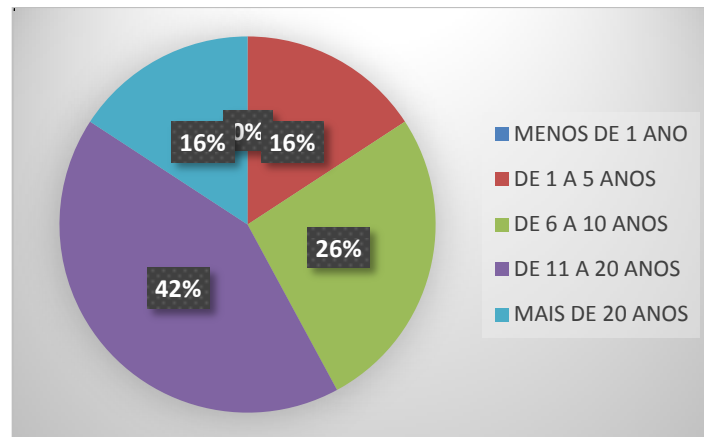
Se pensarmos que o assistente social tem a possibilidade de imprimir uma direção social ao seu exercício profissional, que advém da relativa autonomia que ele possui, respaldada na regulamentação da profissão, na formação universitária especializada e no código de ética (Iamamoto, 2008), podemos considerar que, com uma formação de qualidade, existe a real possibilidade de esse profissional se constituir como um agente autor do seu tempo, visualizando as dificuldades que o exercício profissional lhe impõe e os caminhos que poderá trilhar para uma atuação crítica. (TINTI, 2015, p. 96).

No entanto,

A formação profissional que se afirma progressista não pode virar as costas para a realidade dos campos ocupacionais do assistente social. O conhecimento crítico, tão necessário para o enfrentamento das racionalidades conservadoras, não pode tornar-se sinônimo apenas de denunciamento, mas precisa capacitar o futuro profissional para o exercício das atribuições e competências profissionais definidas pela legislação de regulamentação profissional, mediadas também pelas requisições socioinstitucionais. (PORTES; PORTES, 2017, p. 225).

Enfim, o propósito dessa discussão é salientar a formação deficitária que o ensino a distância proporciona, acarretando alguns danos e deficiências para os/as profissionais que se formaram nessa modalidade, pois durante a formação esses profissionais não tiveram a oportunidade de vivenciarem o debate crítico, de materializarem a pesquisa e extensão que aliadas ao ensino são bases das diretrizes curriculares defendidas pelas entidades representantes da categoria. Porém, é importante destacar que não se trata de julgar ou criticar qualquer profissional ou ainda, defender qualquer Universidade, mas sim enfatizar que esse tipo de ensino voltado para os interesses do capital, provoca sérios danos a formação dos/das assistentes sociais, onde esses/essas terão certas dificuldades em fazer análise totalidade e de lidar com a realidade social. O que não significa que os/as profissionais que se formaram em universidades com modalidade de ensino presencial não terão essas ou outras dificuldades. Mas que os/as profissionais formados em ensino a distância terão que esforçar ainda mais para sanar essas dificuldades.

Gráfico XI – Tempo de serviço público



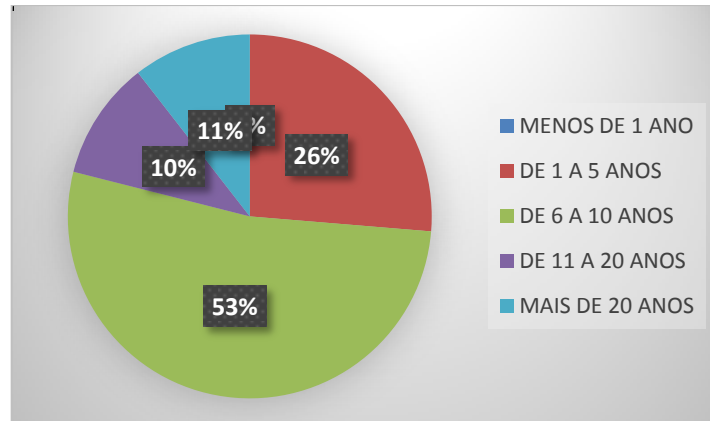
Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 11 evidencia que mais de 50% dos/das assistentes sociais participantes da pesquisa possuem mais de 11 (onze) anos de serviço público. E, esse dado retrata o contexto histórico da profissão na sociedade brasileira. O que quer dizer que, dentre “as organizações institucionais que mediatizam o exercício profissional, cabe ao Estado uma posição de destaque, por ser, tradicionalmente, um dos maiores empregadores de Assistentes Sociais no Brasil”. [...] (IAMAMOTO, 2014, p. 87). Ou seja,

O setor público tem sido o maior empregador de assistentes sociais, sendo a administração direta a que mais emprega, especialmente nas esferas estadual, seguida da municipal. Constata-se uma clara tendência à interiorização da demanda, o que coloca a necessidade de maior atenção à questão regional e ao poder local. (IAMAMOTO, 2009, p.123).

Enfim, historicamente, o Estado foi e continua sendo o maior empregador de assistentes sociais, atuando na prestação de serviços sociais, por meio das políticas públicas e sociais. Cabe aqui uma reflexão sobre a condição de trabalhador (a) assalariada que o/a assistente social vivencia, retomando a discussão feita no item 3.1 do capítulo II desse estudo. Ou seja, apesar de muitos assistentes sociais não se reconhecerem como classe trabalhadora, mas à medida que não possuem os meios para desenvolver seu trabalho e tendo que vender sua força de trabalho para sua sobrevivência, faz desse/dessa profissional um/uma trabalhador (a) assalariado (a), e, portanto, pertencente a classe trabalhadora. E nessa condição de trabalhador (a) assalariado (a) também está condicionado a precarização das condições de trabalho, que ao longo desse texto será mais enfatizado.

Gráfico XII – Tempo de atuação na saúde (Hospital)

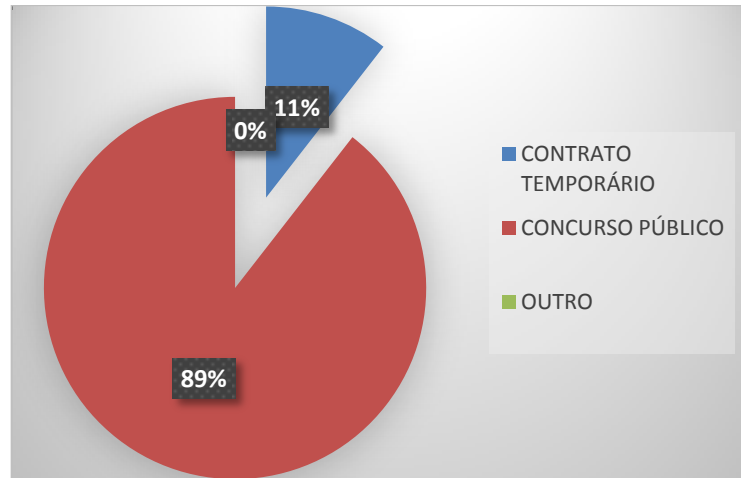


Fonte: BRITO, 2019

Com relação ao tempo de serviço na área da saúde, o gráfico 12 retrata que mais de 50% dos/das assistentes sociais, têm tempo de atuação entre 6 (seis) a 10 (dez) anos, o que significa que essa proporção advém do último concurso que teve na área da saúde no Estado, que foi no ano de 2009, mas que devido a uma ação judicial, a qual os candidatos ganharam a causa e o Estado teve que chamar mais candidatos aprovados nesse concurso. Todavia, isso não significa que o quadro de profissionais são suficientes para o atendimento da demanda e tão pouco não se faz necessário ainda a chamada de novos concursos.

Como foi abordada no decorrer deste trabalho, a relação do Serviço Social com a área da saúde é histórica, visto que, desde os primórdios da profissão no Brasil, a área da saúde absorveu um número significativo de assistentes sociais, na década de 1940, com o novo modelo de saúde implantado no país, centrado nos hospitais. (MARTINELLI, 2002). E, essa relação permanece até os dias atuais, pois os Estados empregam muitos assistentes sociais para trabalharem nos hospitais estaduais, tendo em vista que, a realidade do Estado do Tocantins, que tem um número significativo de assistentes sociais lotados nos hospitais, em maior proporção nos hospitais de alta complexidade. No entanto, acredita-se que há necessidade de o Estado realizar novo concurso público na área da saúde, visto que, o último ocorreu em 2009, o que quer dizer que 10 (dez) anos se passaram, e provavelmente muitos profissionais se aposentaram ou se desligaram por outros motivos.

Gráfico XIII – Vínculo empregatício com o estado



Fonte: BRITO, 2019

Esse gráfico revela que quase 90% dos/das assistentes sociais que participaram da pesquisa são concursados/as. O que permite analisar que mesmo com a precarização do trabalho dos/das assistentes sociais, nesse campo de análise e pesquisa os/as profissionais possuem seus direitos assegurados, enquanto, trabalhadores/as assalariados, pelo menos no que diz respeito ao vínculo empregatício, visto que, sabe-se que os/as que trabalham por meio de contrato temporário, são alijados de seus direitos.

E enquanto, trabalhadores/as assalariados os/as assistentes sociais não estão imunes a flexibilização e/ou precarização das condições de trabalho, ou seja,

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

Esse processo causa sérias consequências para os/as profissionais, pois, o/a assistente social enquanto trabalhador/a assalariado/a está imerso a processos de alienação, se submetem a intensificação do trabalho, trabalhos esses que muitas vezes não condizem que sua formação, desqualificando a profissão, pois os/as trabalhadores/as não se reconhecem no produto de seu trabalho. E ainda, causa a diminuição de sua autonomia técnica, que já é considerada relativa, pelo fato, do/da assistente social não possuir os meios de desenvolver seu trabalho, sendo dependente de seu empregador, para tal (RAICHELIS, 2011).

Porém, os/as profissionais pesquisados/as em sua maioria são concursados, o que lhes garante mais autonomia em seu trabalho, podendo se impor diante de seu empregador (Estado) na defesa de suas atribuições profissionais e não se submetendo a desenvolver ações/atividades incompatíveis com sua formação profissional e/ou cargo de assistente social. Diferentemente de um/uma profissional com regime de contrato temporário, que não possui tanta autonomia por causa de sua condição empregatícia, no entanto, tem-se o Código de Ética do Assistente Social, Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social e o Conselho Regional de Serviço Social para dar respaldo e defesa da profissão e atribuições.

Eixo 2: Ações e/ou atividades executadas pelos/pelas Assistentes Sociais nos hospitais estaduais

Nesse eixo será evidenciado as atividades/ações que os/as assistentes sociais executam em seu cotidiano profissional, ações com relação aos atendimentos diretos aos/as usuários/as, ações socioeducativas, ações de articulação com a equipe, ações que dizem respeito a mobilização, participação e controle social, ações de investigação, planejamento e gestão e ações de assessoria, qualificação e formação profissional. Serão evidenciado tanto as ações/atividades que são atribuições do Serviço Social quanto as que não são na perspectiva dos/das profissionais e serão articuladas com os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde, documento produzido pelo conjunto CFESS-CRESS, que serve como norteador do trabalho dos/das assistentes sociais na área da saúde.

Foi solicitado aos/as assistentes sociais que marcassem as atividades/ações que executaram em seu cotidiano profissional, com relação aos atendimentos diretos aos/as usuários/as, mais especificamente as ações socioassistenciais. Veja a seguir o resultado na tabela 1. Observação: na coluna 1 relaciona as ações e na coluna 2 demonstra a quantidade de participantes que marcaram cada alternativa.

Tabela I – Ações Socioassistenciais

AÇÕES	QUANTITATIVO
- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;	17
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a	7

possibilita a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;	
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;	12
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;	15
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;	7
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;	15
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;	12
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;	13
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;	14
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;	19
- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;	12

Fonte: BRITO, 2019

A tabela 1 revela que quanto às ações socioassistenciais os/as assistentes sociais que participaram da pesquisa, desenvolveram-nas com certa frequência. As ações executadas no atendimento direto aos/às usuários/as, além, das ações socioassistenciais, têm as ações de

articulação com a equipe ou interdisciplinar e as ações socioeducativas. E “essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis” (CFESS, 2010, p. 40).

Em seu cotidiano, o profissional assistente social,

[...] precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental. (CFESS, 2010, p. 41).

E ainda,

O Código de Ética nos indica um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional. O desafio é a materialização dos princípios éticos na cotidianidade do trabalho, evitando que se transformem em indicativos abstratos, descolados do processo social. Afirma, *como valor ético central*, o compromisso com a nossa parceira inseparável, a *liberdade*. Implica a autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, o que tem repercussões efetivas nas formas de realização do trabalho profissional e nos rumos a ele impressos. (IAMAMOTO, 2009, p. 77).

Significa que se exige um/a profissional com habilidades, compreensão e articulação das competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política capaz de enfrentar os desafios impostos no cotidiano profissional e conseguir materializar o projeto ético-político do Serviço Social, conseguindo atender as demandas dos/das usuários/as, primando pelos princípios da autonomia, emancipação e plena expansão dos mesmos. O que não é uma tarefa fácil, tendo em vista que, a atual conjuntura da sociedade, que vivencia a desconstrução de direitos, e o/a assistente social, como trabalhador/a assalariado/a não está imune a essa realidade. São tempos difíceis que exigem profissionais cada vez mais engajados e comprometidos com a luta geral dos trabalhadores, com o intuito de não perder ainda mais direitos, que foram duramente conquistados, como o direito a saúde pública e gratuita, que foi uma conquista da classe trabalhadora.

Perguntou-se aos/as assistentes sociais as ações socioeducativas que desenvolveram com os/as usuários/as. A tabela 2 revela os dados.

Tabela II – Ações Socioeducativas

AÇÕES	QUANTITATIVO
- Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e	9

prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;	
- Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;	4
- Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;	6
- Realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;	9
- Democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;	12
- Socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;	6
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;	11
- Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;	7
- Realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.	4

Fonte: BRITO, 2019

A tabela 2 evidencia que os/as assistentes sociais executaram ações socioeducativas, porém, em menor proporção que as ações socioassistenciais. As ações socioeducativas “consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população [...]” (CFESS, 2010, p. 52). É importante destacar que essas ações não são menos e nem mais importantes que as demais, ou seja, como foi mencionado anteriormente, elas estão interligadas entre si, ou seja, para desenvolver um bom trabalho é necessário articulá-las e executá-las no cotidiano profissional. E ainda,

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Dessa forma, tem-se por objetivo a consciência sanitária, conceito fundamental da Reforma Sanitária. Para Berlinguer (1978, p. 5), consciência sanitária é concebida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um direito da comunidade. Como esse direito é sufocado e esse interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo. As forças

sindicais e políticas podem ter, dependendo da orientação e dos instrumentos, um papel relevante na formação da consciência sanitária. (CFESS, 2010, p. 53).

Afinal, essas ações bem desenvolvidas pelos/pelas profissionais podem causar um importante impacto na vida da população, no sentido de levar o conhecimento/informação até os/as usuários/as, sensibilizando-os a não somente conhecer o contexto o qual estão inseridos, mas também os incentivando a participar ativamente dos processos decisórios que envolvem tanto as políticas sociais, como também, com relação à sua saúde. É claro que nesse espaço sócio ocupacional, que as demandas são de caráter urgente e devendo os/as profissionais apresentarem respostas as mesmas de forma imediata, fica um tanto quanto difícil conciliar outros tipos de ações no cotidiano profissional, acredita-se que seja esse o motivo de terem respondido que executaram com mais frequência as ações socioassistenciais do que as ações socioeducativas e ainda, pelo fato de executarem ações que não são de suas competências, como veremos no decorrer da apresentação dos dados⁴⁵.

Pediu-se aos/as participantes que marcassem as alternativas referentes as ações de articulação com a equipe que executaram. Resultado exposto na tabela 3.

Tabela III – Ações de articulação com a equipe

AÇÕES	QUANTITATIVO
- Esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;	17
- Elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;	3
- Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária;	9
- Garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento	16

⁴⁵ [...] a dinâmica cotidiana, marcada pelo atual movimento do capital e sua interferência no campo da política social, nem sempre garante o tempo necessário para que os profissionais possam estudar e refletir tendo como finalidade desenvolver projetos de coletivização das demandas e organização política dos usuários. (MELIM, 2016, p. 167).

construídas com a participação da equipe de saúde;	
- Identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;	12
- Realizar em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros), o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre – DPVAT), bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;	18
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;	7
- Avaliar as questões sócio familiares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe;	12
- Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;	9
- Realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, às autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do assistente social.	15

Fonte: BRITO, 2019

A tabela 3 mostra que os/as profissionais efetivaram muitas ações de articulação com a equipe, no entanto, tem algumas ações que poderiam ser mais executadas, a fim de dar melhores respostas as demandas e poder desenvolver um trabalho em equipe diferenciado, mais eficiente. Tendo em vista que,

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS, 2010, p. 44).

E ainda,

Importa ressaltar que o assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um *trabalho combinado* ou de um *trabalho coletivo* que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas ou instituições governamentais (IAMAMOTO, 2009, p. 63 - 64).

No trabalho de articulação com a equipe é imperioso que o/a assistente social esclareça e defenda suas atribuições, pois,

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. (CFESS, 2010, p. 44).

Finalmente, é necessário que os/as assistentes sociais não só conheçam suas atribuições profissionais como também as defenda perante seus empregadores e com a equipe da instituição. Se impondo enquanto profissionais e não aceitar executar atividades/ações que não são compatíveis com sua formação.

Questionou-se e solicitou aos/as assistentes sociais que marcassem as alternativas sobre as ações que desenvolveram a respeito da mobilização, participação e controle social. Veja abaixo o resultado na tabela 4.

Tabela IV – Ações de mobilização, participação e controle social

AÇÕES	QUANTITATIVO
- Estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;	14
- Mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;	2

- Contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;	3
- Articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;	4
- Participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva;	2
- Participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;	7
- Contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;	5
- Estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;	5
- Estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;	1
- Incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal;	4
- Participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);	2
- Democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências	1

de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos;	
- Socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos;	2
- Estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais;	2
- Identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde.	2

Fonte: BRITO, 2019

A tabela 4 revela que no que diz mobilização, participação e controle social os/as assistentes sociais estão deixando a desejar na execução dessas ações. Tendo em vista que, essas [...] “atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde”. (CFESS, 2010, p. 55). E ainda, [...] “envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulação com movimentos sociais”. (CFESS, 2010, p. 55). Assistentes sociais não devem negligenciar essas ações em seus cotidianos profissionais, visto que, a atual conjuntura que a classe trabalhadora vivência, de desconstrução e retrocessos de direitos. Mais do que nunca se torna de suma importância e relevância mobilizar a classe trabalhadora para que não só conheçam, mas reivindiquem seus direitos, participem da gestão e do controle social das políticas públicas. Ou seja,

Na conjuntura dos grandes desafios a serem enfrentados no mundo do trabalho profissional, mantém-se a perspectiva de avançar na luta coletiva a partir de uma multiplicidade de espaços que possam forjar sujeitos coletivos capazes de fortalecer os espaços de enfrentamento e resistência diante das diferentes formas de o capital subjugar o trabalho vivo a seus particularistas de acumulação e centralização crescentes. (RAICHELIS, 2011, p. 435).

E ainda,

Reafirma-se, portanto, o desafio de tornar os *espaços de trabalho do assistente social, espaços de fato públicos, alargando os canais de interferência da população na coisa pública, permitindo maior controle, por parte da sociedade, nas decisões que lhes dizem respeito*. Isso é viabilizado pela socialização de informações; ampliação do conhecimento de direitos e interesses em jogo; acesso às regras que conduzem a negociação dos interesses atribuindo-lhes transparência; abertura e/ou alargamento de canais que permitem o acompanhamento da implementação de decisões por parte da coletividade; ampliação de fóruns de debate e de representação etc. (IAMAMOTO, 2009, p. 143).

Enfim, essas ações não só podem como devem ser incorporadas na rotina profissional dos/das assistentes sociais, talvez não seja possível executar todas devido ao ambiente frenético de demandas urgentes e imediatas como em hospitais de urgência e emergência, mas algumas dessas acredita-se que podem e devem ser executadas sem problemas. No entanto, são ações que tem certa complexidade na execução pela exigência de tempo, dedicação e habilidade com o trabalho coletivo. São ações que demandam que os profissionais saiam do automático, que reflitam sobre o cenário que se encontra a sociedade e sobre as políticas sociais em contexto macro e micro. E façam essas mesmas reflexões com a população usuária, instigando os/as usuários a serem protagonistas nessa sociedade, ou seja, se tornarem agentes de contestações e conseqüentemente, agentes transformadores, nem que seja de suas próprias vidas.

Solicitou-se aos/as assistentes sociais que marcassem as ações de investigação, planejamento e gestão que executaram. Na tabela 5 apresenta os dados.

Tabela V – Ações de investigação, planejamento e gestão

AÇÕES	QUANTITATIVO
- Elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe;	13
- Contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;	6
- Participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;	4
- Elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação;	4
- Identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros;	9
- Realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados;	3
- Participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e	5

adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;	
- Realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;	1
- Participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual;	1
- Fortalecer o potencial político dos espaços de controle social por meio de estudos em relação aos mesmos a fim de subsidiá-los com relação às questões enfrentadas pelos conselhos na atualidade;	0
- Participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;	2
- Realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional;	1
- Fornecer subsídios para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas;	2
- Criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo, fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais;	12
- Integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético-político profissional;	0
- Sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação.	12

Fonte: BRITO, 2019

A tabela 5 apresenta resultado não muito diferente da anterior, as ações desse eixo foram pouco executadas pelos/pelas assistentes sociais. Talvez seja por causa da rotina acelerada, com demandas imediatas, urgentes, como mencionado anteriormente, que dificulta o desenvolvimento dessas ações que demandam disponibilidade de tempo. E, pelo fato dos/das assistentes sociais estarem executando atividades que não são de suas competências e/ou atribuições, o que inviabiliza a efetivação das atividades que realmente são.

As ações desse eixo,

[...] envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos

usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. (CFESS, 2010, p. 58).

Consequentemente,

[...]As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, consideradas como transversal ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais. (CFESS, 2010, p. 26).

Isto é, não somente não são assumidas, como também, os/as profissionais não se reconhecem nelas, principalmente, com relação a gestão, que apesar de ser uma atribuição do/da assistente social, muitas das vezes há um certo estranhamento.

Outra ação que muitas das vezes é deixada de lado é o planejamento. Contudo, mesmo em meio a essa rotina frenética com demandas urgentes, é importante que os/ assistentes sociais, encontrem tempo para planejar as suas ações, monitorar e avaliar o resultado delas, sendo que,

[...] o planejamento refere-se, ao mesmo tempo, à seleção das atividades necessárias para atender questões determinadas e a otimização de seu inter-relacionamento, levando em conta os condicionantes impostos a cada caso (recursos, prazos e outros); diz respeito, também, à decisão sobre os caminhos a serem percorridos pela ação e às providências necessárias à sua adoção, ao acompanhamento da execução, ao controle, à avaliação e à redefinição da ação. (BAPTISTA, 2007, p.15).

Ou seja, o processo de planejamento exige que o/a profissional faça um processo de reflexão → decisão → ação → retomada da reflexão, isto é, como um processo dialético em constante transformação, o planejamento, se efetiva a partir de tomadas de decisões de forma contínua. (BAPTISTA, 2007). Assim como a realidade é mutável, perpassando por constantes mudanças, apresentando demandas que também, passam por esse mesmo processo, se faz imperioso que os/as profissionais ainda, atualizem as suas intervenções, para isso é necessário que façam o planejamento de suas ações, monitorando-as para depois avaliar se foram capazes de alcançar os seus objetivos, fazendo as adequações que forem necessárias.

Enfim, torna-se de extrema necessidade que os/as profissionais repensem suas ações, reflitam sobre seu trabalho, sobre o seu papel na instituição e se unam para defenderem suas atribuições perante a equipe e gestores. Para isso [...] “exige-se um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade” [...] (IAMAMOTO, 2009, p. 49).

Pediu-se aos/as participantes que marcassem as ações de assessoria, qualificação e formação profissional que executaram. Na tabela 6 têm-se os dados, veja abaixo.

Tabela VI – Ações de assessoria, qualificação e formação profissional

AÇÕES	QUANTITATIVO
- Fortalecer o controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis;	0
- Formular estratégias coletivas para a política de saúde da instituição, bem como para outras esferas por meio da organização e coordenação de seminários e outros eventos;	2
- Criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;	4
- Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;	15
- Participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação/implementação da NOB RH/SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional;	3
- Qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada;	4
- Elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participar, em conjunto com os demais trabalhadores da saúde, da proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição;	5
- Criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, bem como espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da unidade;	1
- Assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.	0

Fonte: BRITO, 2019

Dentre todos os outros eixos, esse foi o que os/as assistentes sociais menos desenvolveram suas ações, como mostra a tabela 6. Acredita-se que com exceção da assessoria, os demais itens desse eixo não são tão inalcançáveis pelos/pelas profissionais dessas unidades hospitalares. Desde que compreendam sua importância e relevância, e desde que tenham disponibilidade de tempo para executá-las; que a gestão conheça e respeite suas atribuições, não lhes imputando atividades que não são suas competências profissionais e que desvirtuam e descaracterizam a profissão. Atividades burocráticas e administrativas podem ser executadas por qualquer profissional de nível médio, não devem ser atribuídas aos

profissionais de nível superior, subtraindo seu tempo, distanciando-os de seus objetivos profissionais e da população usuária.

A respeito dos quatro eixos de atuação dos/das assistentes sociais,

[...] é importante ressaltar que os quatro eixos de atuação profissional explicitados: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional envolvem um conjunto de ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais, ressaltando a capacidade propositiva dos profissionais, com ênfase na investigação da realidade, nas ações socioeducativas, nas demandas reais e potenciais, na participação social, na ampliação da atuação profissional, mediando a ação direta com os usuários com as atividades de planejamento, gestão, mobilização e participação social, bem como com as ações voltadas para a assessoria, formação e educação permanente. (CFESS, 2010, p. 63).

Diante de tudo que foi discutido no decorrer desse estudo, é importante reafirmar que,

Orientar o trabalho profissional nos rumos aludidos requisita *um profissional culto e atendo às possibilidades descortinadas pelo mundo contemporâneo, capaz de formular, avaliar e recriar propostas ao nível das políticas sociais e da organização das forças da sociedade civil. Um profissional informado, crítico e propositivo, que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais. Mas também um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de realizar as ações profissionais, aos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladoras da participação dos usuários na formulação, gestão e avaliação de programas e serviços sociais de qualidade.* (IAMAMOTO, 2009, p. 144).

Finalmente, pode-se afirmar que para que se tenha um profissional propositivo e antenado com as transformações societárias,

[...] requer um profissional de *novo tipo, comprometido com sua atualização permanente, capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças que presidem o cenário social contemporâneo em que “tudo que é sólido, desmancha do ar”. Profissional que também seja um pesquisador, que invista em sua formação intelectual e cultural e no acompanhamento histórico-conjuntural dos processos sociais para deles extrair possibilidades – transformando-as em alternativas profissionais.* (IAMAMOTO, 2009, p. 145).

Ou seja, profissionais que desliguem o automático e repensem suas ações, com o intuito de materializar o projeto ético-político da profissão, deixando de ser meros executores de ações burocráticas.

Demandou-se aos/as participantes que marcassem as ações que rotineiramente desenvolveram em seus cotidianos profissionais. Veja na tabela 7 quais foram essas ações e o resultado obtido.

Tabela VII – Ações rotineiras do cotidiano profissional

AÇÕES	QUANTITATIVO
- Marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;	17
- Solicitação e regulação de ambulância para remoção de usuários/as;	16
- Requerimento de transporte aos municípios de origens dos/das usuários/as em situação de alta hospitalar;	19
- Realização de busca de profissional técnico de enfermagem e motorista para remoção de usuários/as;	13
- Efetivação e montagem do processo de laqueadura tubária e vasectomia de usuários/as;	1
- Identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;	19
- Efetivação de ações de regulação de vagas em outras unidades hospitalares;	14
- Convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;	12
- Comunicação de óbitos;	6
- Efetivação de ligações para usuários/as;	19
- Autorização de visitas e trocas de acompanhante fora do horário;	13
- Emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;	7
- Preenchimento de Declaração de óbito e Declaração de Nascido Vivo;	1
- Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD).	11

Fonte: BRITO, 2019

A tabela 7 retrata a real situação dos/das assistentes sociais nas unidades hospitalares do Tocantins, que em seus cotidianos profissionais desenvolvem atividades meramente burocráticas, que não dizem respeito às atribuições e competências do/da assistente social. Como já foi mencionado anteriormente, por falta de conhecimento por parte da equipe e dos empregadores quanto às atribuições dos/das assistentes sociais, que acabam sendo os “faz tudo” da instituição, principalmente, com relação às atividades burocráticas. No trecho abaixo, dos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde, evidencia bem essa afirmativa:

A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos, a saber:

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

Estão sendo aqui consideradas como não atribuições dos assistentes sociais aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais. (CFESS, 2010, p. 44 - 45).

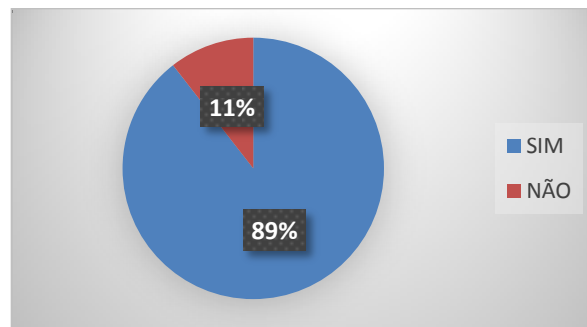
Ainda sobre essas ações burocráticas, pode-se dizer que:

Também é possível constatar o crescimento de um tipo de demanda dirigida aos assistentes sociais em diferentes áreas, que afasta o profissional do trabalho direto com a população usuária, pois são atividades que dificultam o estabelecimento de relações continuadas, que exigem acompanhamento próximo e sistemático. A título de exemplo, pode-se citar o preenchimento de formulários e a realização de cadastramentos da população, quando assumidos de forma burocrática e repetitiva, que não agrega conhecimento e reflexão sobre os dados e o trabalho realizado (RAICHELIS, 2011, p. 433).

Enfim, com exceção da ação “efetivação de ligações para usuários/as”, que apesar de não ser uma atribuição do/da assistente social, mas é uma forma de facilitar o acesso dos/das usuários/as a sua rede sócio familiar e assistencial, todas as outras não dizem respeito ao trabalho do/da assistente social, são ações burocráticas que são condizentes com a área administrativa e com outras profissões, menos com o Serviço Social. Historicamente, foram direcionando esse tipo de atividades aos profissionais do Serviço Social, que foram acatando e desenvolvendo-as, porém, o que é imperioso refletir sobre esse situação é que se continuarem a desenvolver esse tipo de ações vão se afastar cada vez mais de sua profissão e acabarão se tornando meramente assistentes administrativos, e para isso não precisam de formação superior.

Indagou-se aos/as participantes se desempenharam ações que considerariam que não são de competência profissional do Serviço Social, mas que dizem respeito a outra área técnica profissional. Veja no gráfico 14 o resultado.

Gráfico XIV - Ações que não são atribuições do Assistente Social, mas de outras áreas técnicas



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 14 retrata uma realidade vivenciada pela maioria das unidades de saúde do Estado, tanto que quase 90% responderam que fazem esse tipo de atividades. O que quer dizer que, “de um modo geral, o Assistente Social deve ter clareza quanto a especificidade de sua profissão, seu compromisso ético político, e a capacidade de realizar uma leitura crítica da realidade”. (GOMES, 2016, p.9 e 10). E ainda, “o Assistente Social deve comunicar-se, fazer-se conhecer, esclarecer, orientar, não apenas os usuários do serviço social, mas também aos colegas de trabalho, à chefia, à comunidade, enfim, a quem não conheça o papel Serviço Social”. (GOMES, 2016, p.10). A respeito dessa questão alguns/algumas participantes fizeram algumas observações, elencadas a abaixo:

Aquamarine respondeu que sim e exemplificou com: “Marcação de exames, bem como solicitação de autorizações para tais procedimentos aos setores competentes (ainda faz) e emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento foi realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social (já fizemos, não mais)”.

Ametista disse sim e explicou: “Solicitações de exames, bem como solicitação para tais procedimentos aos setores competentes (ainda faz) e emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento foi realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social (já fizemos, não mais)”.

Amazonita respondeu sim e deu como exemplo: “Tais como, contato em busca de profissionais, motoristas, técnicos de enfermagem. Viabilização e busca de transporte (ambulâncias) em municípios circunvizinhos, para transporte de usuários referenciados a outra Unidade Hospitalar. Preenchimento de requisição de abastecimento, dentre outros”.

Jade deu resposta positiva a questão e exemplificou com: “Solicitação de ambulância em outro órgão para remoção de paciente para tratamento em outra unidade”.

Pérolas disse sim e mencionou como exemplo: “Tais como, contato em busca de profissionais, motoristas, técnicos de enfermagem. Viabilização e busca de transporte (ambulâncias) em municípios circunvizinhos, para transporte de usuários referenciados a outra Unidade Hospitalar. Preenchimento de requisição de abastecimento, dentre outros”.

Topázio também responde sim e argumentou que: “Em todas as áreas o Serviço Social está sujeito a isto, porém, na área da saúde o caso tem mais gravidade, ações do tipo: marcar exame para “usuário” externo, organizar TFD para “usuário” externo, ir atrás de médico para realizar atendimento, etc.”

Diante do que foi mencionado, pode-se afirmar que,

O trabalho profissional, na perspectiva do projeto ético-político, exige um sujeito profissional qualificado capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência para propor, negociar com os empregadores privados ou públicos, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais. (RAICHELIS, 2011, p. 427-428).

Enfim, o profissional crítico, que tenha clareza de seu papel e de suas atribuições, será capaz de defender suas atribuições, sua autonomia técnica, defender a ampliação dos direitos da classe trabalhadora e ainda, terá condições de propor e negociar com os seus empregadores, tanto no que diz respeito a suas atribuições quanto com relação aos direitos dos/das usuários/as do SUS. Vale ressaltar ainda que, todo/toda assistente social tem um Código de Ética a ser seguido, e que se infringir qualquer artigo do mesmo, quem será penalizado será o profissional e não os/as gestores das instituições empregadores, por isso, a necessidade e importância dos/das assistentes sociais se imporem e não aceitem tudo que lhes são impostos por seus superiores. Para tanto, veja abaixo o que diz o artigo 2º em suas alíneas a, b e h, e o artigo 4º, alíneas a e f:

Art. 2º Constituem direitos do/a assistente social:

- a- garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b- livre exercício das atividades inerentes à Profissão;
- h- ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;

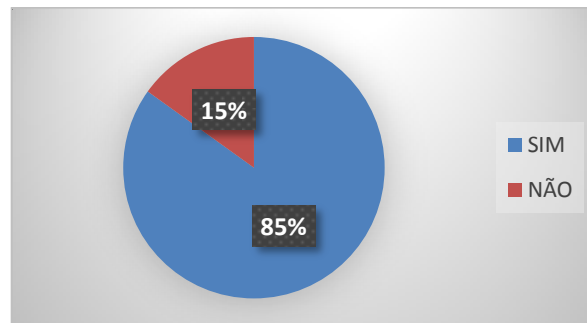
Art. 4º É vedado ao/à assistente social:

- a- acatar determinação institucional que fira os princípios e diretrizes deste Código;
- f- assumir responsabilidade por atividade para as quais não esteja capacitado/a pessoal e tecnicamente. (CFESS, 1993, p. 26).

É sempre bom e necessário a leitura e reflexão do Código de Ética, principalmente nos momentos de dúvida ou ainda, quando se quer argumentar e defender seu trabalho, suas atribuições e seu compromisso profissional.

Por fim, perguntou-se aos/as assistentes sociais se executaram ações que consideram ser de caráter administrativo, que poderiam ser efetivadas por profissionais da área administrativa. No gráfico 15 revela os dados obtidos.

Gráfico XV - Ações de cunho administrativo



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 15 apresenta um resultado bem semelhante ao gráfico 14. Infelizmente, por desconhecimento das atribuições e do papel dos/das assistentes sociais na instituição, os empregadores acabam desqualificando a profissão, com atividades que não lhes dizem respeito, isto é, “[...] |o Assistente Social acaba sendo o “faz tudo” na instituição, tendo sua profissão interpretada como um “assistente geral” (GOMES, 2016, p.9). E isso, fica bem claro na observação dos/das seguintes participantes:

Esmeralda respondeu que sim a pergunta e exemplificou com: “Marcação de exames e solicitação de vaga em UTI, emissão de declaração de acompanhante”.

Opala também respondeu que sim e deu como exemplo: “Localizar transporte em outros municípios para transferências dos pacientes para Hospitais de Alta complexidade”.

No entanto, se os/as profissionais não reconhecerem suas atividades privativas e qual o papel profissional dos/as mesmos/as dentro da instituição acaba aceitando todas as funções que são direcionadas aos/as profissionais o que pode resultar em desvio de função e exercerem o papel do assistente administrativo. E não irão se reconhecer como profissional do Serviço Social, pois executam atividades que qualquer profissional de nível médio poderia fazer qual sentido da profissão nessa instituição? Para realizar atividades de cunho administrativos, precisa ter formação superior? São indagações essas que os profissionais devem fazer para si e para seus gestores, a fim de, não ocorrer o que foi mencionado. A

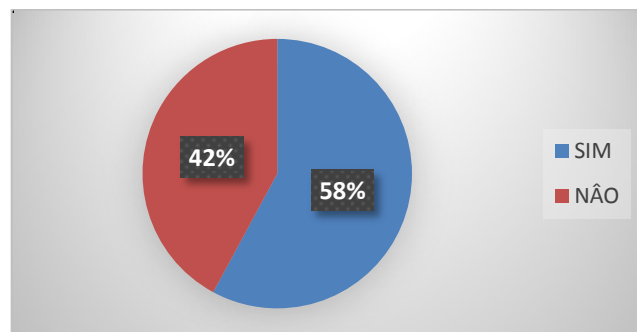
respeito dessa questão vale a pena refletir e analisar os mesmos artigos e alíneas citados na questão anterior, ou seja, o artigo 2º em suas alíneas a, b e h, e o artigo 4º, alíneas a e f.

Eixo 3: As condições de trabalho dos/das Assistentes Sociais nas unidades hospitalares do Tocantins

Nesse eixo será exibido a visão dos/das participantes quanto as suas condições de trabalho nas referidas unidades hospitalares, para isso, será mencionado as perguntas que foram direcionadas aos/as mesmos/as e as respectivas respostas dadas por eles/elas. E ainda, serão exposto algumas observações que colocaram a respeito das perguntas.

Perguntou-se aos participantes se o setor de Serviço Social teve sala adequada para atendimento individual e que garantia o sigilo no atendimento, conforme estabelece a Lei de Regulamentação e Código de Ética da profissão, tinha SIM e Não como opções de respostas. E o resultado foi:

Gráfico XVI - Sala e sigilo nos atendimentos



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 16 revela que mais da metade dos/das participantes acreditam que tinham uma sala adequada para atendimento, que garantisse o sigilo profissional, no entanto, veja abaixo as observações de alguns/algumas profissionais:

Esmeralda respondeu sim para essa questão, acrescentou que: “A Sala destinada ao Serviço Social é compartilhada com a Nutrição”.

Turmalina que deu resposta negativa a questão, relatou que: “Espaço físico é inadequado para a equipe executar suas ações no atendimento aos usuários”.

Espinela respondeu que não possuíam sala adequada, mencionou que: “Sala para atendimento Social se localiza no P.S. do Hospital, usuários adentram no setor enquanto há atendimentos”.

Turquesa que deu resposta positiva a essa questão, acrescentou que: “Possuímos sala, apesar da sala não ser a ideal, devido à falta de espaço físico na unidade hospitalar”.

Topázio respondeu que possuíam sala adequada, explicou que: “Porém, sem respeito dos colegas que descaracterizam os preceitos éticos, desrespeitando profissional e usuários, entrando na sala sem utilizar da educação necessária”.

A respeito dessa questão quase 60% dos/das participantes responderam que possuem sala adequada que garante o sigilo das informações obtidas nos atendimentos aos/as usuários/as.

Entretanto, antes de qualquer coisa faz-se imperioso o entendimento do que vem a ser realmente o sigilo profissional, ou seja, [...] “trata de uma informação a ser protegida, impõe uma relação entre privacidade e publicidade, cujo dever profissional se estabelece desde a se ater ao estritamente necessário ao cumprimento de seu trabalho, a não informar a matéria sigilosa”. (SAMPAIO RODRIGUES, 2014, p. 86). E ainda, pode-se refletir e analisar o capítulo V do Código de Ética do Assistente Social, que trata do sigilo profissional em seus artigos 15, 16, 17 e 18⁴⁶.

A respeito do que Topázio mencionou em sua resposta, esses/essas colegas não só deixam de lado os bons modos de educação, mas também, violaram princípios do Código de Ética do assistente social, no artigo 11 que reporta o que é vedado ao/à assistente social, nas alíneas a e d. Veja:

- a- intervir na prestação de serviços que estejam sendo efetuados por outro/a profissional, salvo a pedido desse/a profissional; em caso de urgência, seguido da imediata comunicação ao/à profissional; ou quando se tratar de trabalho multiprofissional e a intervenção fizer parte da metodologia adotada;
- d- prejudicar deliberadamente o trabalho e a reputação de outro/a profissional. (CFESS, 2012, p. 33).

⁴⁶ Art. 15 Constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional.

Art. 16 O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.

Parágrafo único Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

Art. 17 É vedado ao/à assistente social revelar sigilo profissional.

Art. 18 A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade.

Parágrafo único A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento. (BRASIL, 2012, p. 35 e 36)

E no que diz respeito ao que Esmeralda respondeu, abre-se o precedente para fazer algumas indagações e reflexões. Até que ponto é interessante o Serviço Social dividir sala com a nutrição? Essas duas profissões se conversam, tem direcionamento ético-político semelhantes? Partilham dos mesmos princípios éticos? Suas atividades são congruentes? Partilham dos mesmos objetivos profissionais? - É importante analisar que:

[...] o assistente social trabalha com profissionais de outras áreas, que ainda que tenham o sigilo profissional circunscrito em seus códigos, não estão sujeitos às mesmas obrigações, apresentam objetivos diferentes e, ainda, lógicas e prioridades distintas das do Serviço Social. O assistente social atua em circuitos em que as informações devem ser partilhadas e, ao mesmo tempo, em que a confidencialidade é, legalmente, autorizada. (SAMPAIO; RODRIGUES, 2014, p. 87).

Por conseguinte, após esses questionamentos, e com o intuito de trazer elementos para reflexão sobre esse assunto, parte-se para a discussão sobre o trabalho multiprofissional e interdisciplinar⁴⁷.

No que diz respeito ao trabalho interdisciplinar⁴⁸ pode-se dizer que:

[...] é uma necessidade dado o caráter dialético da realidade social, que é ao mesmo tempo, singular e variável e devido a natureza intersubjetiva com que essa realidade é apreendida e interpretada pelos sujeitos que se propõem a investigá-la, bem como, nela intervir. O trabalho interdisciplinar é também um problema, devido a complexidade e o caráter histórico de uma determinada realidade e as limitações dos indivíduos que buscam construir o conhecimento acerca dessa realidade (GOMES, 2016, p.4 - 5).

No entanto,

A relação entre diferentes profissões requer uma prática que possibilita o exercício de Interdisciplinaridade no espaço de trabalho e que proporcione aos seus sujeitos profissionais apreenderem que são sujeitos trabalhadores, que exercem suas profissões numa divisão social e técnica do trabalho numa sociedade de relações capitalistas, e que ao se apropriarem da perspectiva de Interdisciplinaridade na sua práxis profissional buscam uma forma de emancipação para as necessidades de outros sujeitos, público de seu exercício de trabalho. (JORGE; PONTES, 2017, p. 180).

⁴⁷O Serviço Social é uma profissão que caminha para a interdisciplinaridade desde a sua formação. Diferente de outras profissões essencialmente disciplinares, o Serviço Social abarca em sua formação a interlocução com diversas disciplinas tais como Antropologia, Ciência Política, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Direito, dentre outras. O Serviço Social não tem uma teoria própria e por isso mesmo, não busca explicar e/ou responder as demandas pertinentes a sua área, baseado nesta ou aquela teoria. É uma profissão que se constrói e reconstrói historicamente acompanhando a dinâmica social e se ressignifica a cada espaço sócio ocupacional por ele ocupado. (GOMES, 2016, p.8).

⁴⁸[...] o termo interdisciplinaridade tem por significação a ação concreta de juntar, articular diferentes conhecimentos e experiências práticas. (SILVA; LIMA, 2012, p. 118).

Acima de qualquer coisa, é importante ressaltar que mesmo que tenha profissionais de áreas diferentes para atuarem num mesmo espaço, isso não significa que a interdisciplinaridade seja ao certo efetivada, pois,

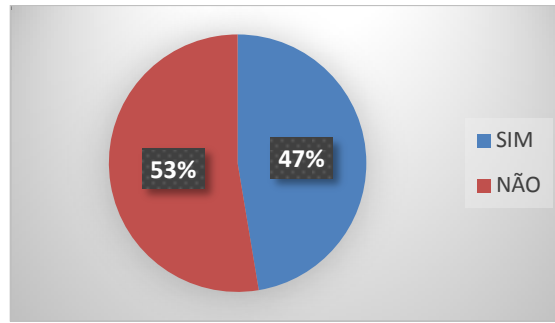
Minayo (2010), alerta para a confusão entre o trabalho multidisciplinar, onde diversos profissionais trabalham em parceria resolvendo problemas ou executando programas e o trabalho interdisciplinar, onde um tema complexo é focado sobre o olhar de várias disciplinas, na busca de uma interpretação ou de uma resposta menos parcial do que a dada por uma área específica. (MINAYO, 2010 apud GOMES, 2016, p.5).

Portanto, primeiro passo para refletir sobre esse tema e chegar à conclusão de que seu espaço sócio-ocupacional exige trabalho multiprofissional ou interdisciplinar, é entender o contexto o qual o/a profissional está inserido, ou seja, qual a intencionalidade de seu trabalho e quais os objetivos de sua atuação, os mesmos podem ser partilhados e as demandas apresentadas pelos/as usuários/as da instituição, podem ser resolvidas em parceria com outras profissões, mas de forma singular ou todos/todas profissionais devem juntos dar uma mesma resposta para tais demandas.

Partindo do que foi mencionado sobre sigilo profissional e trabalho multiprofissional e interdisciplinar, chega-se à conclusão que o Serviço Social pela complexidade de suas demandas e intervenções, deve ter um espaço/sala adequada e própria para trabalhar essas demandas e assim, garantir o sigilo profissional. Visto que, hospitais de urgência e emergência não possibilitam que haja condições e nem tempo de desenvolver um trabalho interdisciplinar, tendo em vista que, os/as profissionais têm que darem respostas rápidas/imediatas as demandas dos/das usuários/as, mas podem sim, trabalhar em parceria, discutir as demandas e propor formas de resolvê-las juntos, ou seja, desempenhar o trabalho multidisciplinar.

Questionou-se aos/as assistentes sociais se o setor de Serviço Social possuiu todos os instrumentos/recursos materiais de trabalho, necessários para que os profissionais executassem suas atividades, como por exemplo: mesas, cadeiras, computador, linha e aparelho telefônico, arquivos e/ou armários, impressora multifuncional (impressora, copiadora e scanner), obteve-se o seguinte resultado:

Gráfico XVII - Instrumentos/Recursos de trabalho



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 17 mostra que se chega a um percentual de mais de 50% dos/das participantes que deram resposta negativa quanto aos instrumentos/recursos de trabalho, os quais fazem uso e são indispensáveis aos seus trabalhos. E essa realidade não tem como não interferir na qualidade do trabalho desses/as profissionais, até porque ter as condições necessárias para desenvolver seus trabalhos é um direito do/da profissional assistente social, estabelecido em seu Código de ética no artigo 7º e alínea a⁴⁹. E ainda, além de ser direito, no artigo 13 e alínea a do referido código, consta que é dever do/da assistente social “denunciar ao Conselho Regional as instituições públicas ou privadas, onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar os/as usuários/as ou profissionais”. (CFESS, 2012, p.34). Veja abaixo as observações citadas pelos/pelas participantes:

Aquamarine, Esmeralda, Ametista, Espinela e Topázio relataram que “Falta impressora multifuncional (impressora, copiadora e scanner)”. Topázio acrescentou que “os demais itens foram comprados com recursos próprios”.

Turquesa mencionou que “Como dito anteriormente possuímos sala e alguns instrumentos/recursos materiais para a execução de nossas atividades diárias, contudo não são suficientes. Ressalto que alguns instrumentos são comprados ou de propriedade particular dos profissionais”.

Em meio a esse contexto de contrarreforma que as políticas sociais vêm sofrendo desde a década de 1990, com o desfinanciamento, seletividade e ações focalistas, ou seja, com políticas pobres para pobres, isso afeta diretamente o trabalho e as condições de trabalho dos/das assistentes sociais, que tem as políticas sociais como sua matéria-prima de trabalho. O que quer dizer que na prática

⁴⁹Art. 7º Constituem direitos do/a assistente social:

a- dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional; (BRASIL, 2012, p. 30 e 31).

[...] convive-se com salas sem condições de sigilo, móveis antigos, ausência de equipamentos e de condições de registro, falta de manutenção, material de consumo e de investimento em bens de capital e equipamentos. Ao lado disso, tem-se a tendência de redefinição do próprio trabalho profissional, reduzido ao plantão de emergência, à ambulância que tenta salvar as vítimas do ajuste e ao monitoramento da terceirização do trabalho desprofissionalizado, realizado junto aos usuários por ONGs e congêneres. (BEHRING, 2009, p. 317).

Falar em instrumentos e/ou recursos de trabalho refere-se propriamente, as condições de trabalho, e, a ausência dessas condições e dos meios de trabalho, estão relacionadas a precarização do trabalho que,

[...] não se restringe às determinações imediatas do local de trabalho e do estatuto salarial propriamente dito. Precarização do trabalho implica determinações mediatas da vida cotidiana, direta ou indiretamente ligadas ao mundo do trabalho e que estão enredadas na vida pessoal de cada um. (ALVES, 2009, p. 145).

Ou seja, para que o/a assistente social desenvolva seu trabalho é necessário que se tenha disponível os recursos materiais, humanos, financeiros, que são disponibilizados pelos empregadores, visto que, o/a assistente social não é proprietário desses, já que é trabalhador/a assalariado, ou seja, só possui sua força de trabalho para vender ao empregador. Portanto, se não lançar mão desses recursos e instrumentos de trabalho não terá como desenvolver seu trabalho com qualidade e excelência. No entanto,

Ao mesmo tempo e no mesmo processo, contraditoriamente, aprofunda-se a precarização, aberta ou velada, das condições em que esse trabalho se realiza, considerando o estatuto de trabalhador assalariado do assistente social, subordinando a processos de alienação, restrição de sua autonomia técnica e intensificação do trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores assalariados em seu conjunto. (RAICHELIS, 2011, p. 434).

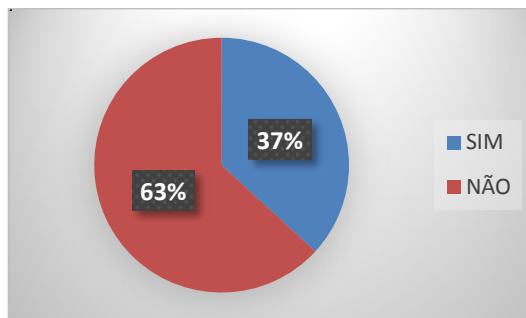
E essa afirmação se confirma na fala de Topázio e Turquesa que disseram que muitos dos instrumentos e recursos foram comprados pelos/as assistentes sociais. Isso revela a omissão e desrespeito do Estado frente às condições de trabalho desses/dessas profissionais, que praticamente, têm que pagar para trabalhar, tendo em vista que, se não comprarem o que necessitam para desenvolver seus trabalhos, comprometerão os mesmos. Isso também evidencia o compromisso que esses/essas profissionais têm com seu trabalho.

Em seguida foi solicitado aos participantes que marcassem X nas opções de instrumentos/recursos materiais que tinham disponível no setor, como: mesas e cadeiras suficientes para os/as profissionais e usuários/as; computador; linha e aparelho telefônico; arquivos e/ou armários; impressora multifuncional e outros. Treze participantes responderam

que não possuíam impressora multifuncional, quatro disseram que não possuíam mesas e cadeiras suficientes. E cinco responderam que tinham todos os itens.

Foi questionado aos/as participantes se o Serviço Social teve autonomia para executar seu trabalho, sem interferências de outros profissionais e/ou gestores, no sentido de dizerem o que os profissionais deveriam ou não fazer, obteve-se o seguinte resultado:

Gráfico XVIII - Autonomia Profissional



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 18 evidencia que a grande maioria dos/das profissionais responderam que não possuem autonomia profissional para desenvolver seu trabalho. E como foi mencionado anteriormente, o/a assistente social necessita que seu empregador lhe disponibilize os meios e recursos para desenvolver o seu trabalho, e é exatamente, por não possuí-los que sua autonomia se estabelece como autonomia relativa. Ou seja,

Ainda que dispondo de *relativa autonomia* na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na *organização da atividade*, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para a sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional. Ora, se assim é, a *instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social*. Ela *organiza* o processo de trabalho do qual ele participa. (p. IAMAMOTO, 2009, p. 63).

Diante disto, pode-se afirmar que as:

[...] implicações desse processo são profundas e incidem na *autonomia relativa* desse profissional, que não possui, como vimos, o poder de definir as prioridades nem o modo pelo qual pretende desenvolver o *trabalho socialmente necessário*, coletivo, combinado e cooperado com os demais trabalhadores sociais nos diferentes espaços sócio-ocupacionais que demandam essa capacidade de trabalho especializada. (RAICHELIS, 2011, p. 425).

No entanto, mesmo dependendo dos seus empregadores para desenvolver seus trabalhos, os/as assistentes sociais,

[...]assegurados pelos artigos 4º e 5º da Lei 8662/93, a relativa autonomia profissional deve ser potencializada através da defesa de suas competências e atribuições privativas na condução de seu trabalho, ainda que subordinados em suas tarefas gerais, ao poder diretivo dos órgãos públicos, empresas ou entidades sem fins lucrativos. (SOMÕES, 2012 apud MORAES; et al, 2017, p. 1).

Ainda sobre essa condição de trabalhador/a assalariado, que vende sua força de trabalho para garantir a sua sobrevivência, o/a assistente social é submetido a todas as condições e exigências de seus empregadores, que interferem, limitam e delimitam seu trabalho no espaço sócio-ocupacional o qual está inserido. Isto é,

[...] Os empregadores determinam as necessidades sociais que o trabalho do assistente social deve responder; delimitam a matéria sobre a qual incide esse trabalho; interferem nas condições em que se operam os atendimentos assim como os seus efeitos na reprodução das relações sociais. Eles impõem, ainda, exigências trabalhistas e ocupacionais aos seus empregados especializados e mediam as relações com o trabalho coletivo por eles articulado. É nesta condição de trabalhador assalariado que o assistente social se integra na organização do conjunto de trabalhadores afins, por meio de suas entidades representativas, e com a coletividade da classe trabalhadora. (IAMAMOTO, 2008, p. 215).

Consequentemente, pode-se dizer que são vários os fatores que interferem na autonomia dos/das assistentes sociais, no entanto, sua autonomia relativa deve ser direcionada na defesa de suas competências e atribuições privativas (artigos 4º e 5º da Lei 8662/93), na execução de seu trabalho, mesmo que suas ações gerais sejam direcionadas por seus empregadores. Por conseguinte, [...] “Vasconcelos (2009) destaca que a autonomia pode ser observada pela aceitação ou recusa de demandas, pela priorização ou não de determinadas ações, mediante as justificativas de suas prioridades perante a chefia de sua unidade”. (VASCONCELOS, 2009 apud MORAES; MARTINS; GONÇALVES; SOUZA, 2017, p.7). Nesse sentido,

[...] o assistente social tem como base social de sustentação de sua relativa autonomia -, e com ela a possibilidade de redirecionar o seu trabalho para rumos sociais distintos daqueles esperados pelos seus empregadores -, o próprio caráter contraditório das relações sociais. [...] (IAMAMOTO, 2008, p. 422).

Sobre a questão da autonomia profissional, Turquesa escreveu:

A falta de conhecimento do fazer profissional e a excessiva demanda nas unidades hospitalares desencadeiam opiniões e interferências na execução do trabalho do assistente social das unidades hospitalares. Em análise a esses questionamentos

observamos que falta, por parte dos profissionais, o esclarecimento/divulgação do fazer profissional do assistente social, bem como a articulação com as demais categorias de saúde.

Ainda sobre a questão da autonomia, Topázio mencionou que “Vivemos no HRP tempos assombrosos nesse ano de 2016 a 2019 quanto a autonomia profissional”.

No entanto, [...] “exige-se um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade”. [...] (IAMAMOTO, 2009, p. 49). Ou seja,

Neste contexto e fundamentados pelo projeto ético político, cabe ao assistente social na construção do trabalho, ter segurança de seus princípios (por meio da qualificação permanente) e competência para negociar com os empregadores e propor projetos que ampliem os direitos dos usuários. Além de ser elementar a defesa de “sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais” (RAICHELIS, 2011, p.428). Neste sentido, o Assistente social deve, a partir de uma visão crítica sobre a realidade em que atua, extrapolar as rotinas institucionais e o cumprimento de atividades burocráticas. (MORAES; et al, 2017, p.7).

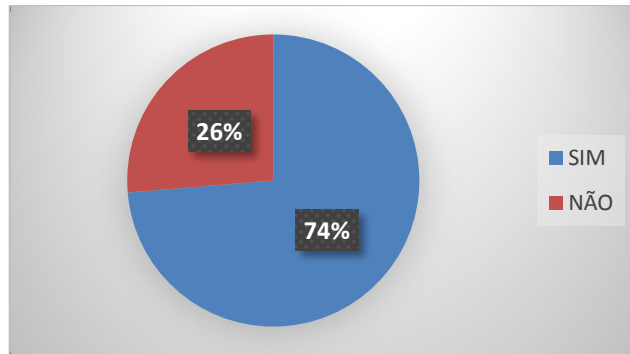
Porém, para ampliar a autonomia do/da assistente social em seus vários campos de trabalho,

[...] é fundamental o respaldo coletivo da categoria para a definição de um perfil da profissão: valores que a orientam, competências teórico-metodológicas e técnico-operativas e prerrogativas legais necessárias a sua implementação, entre outras dimensões, que materializam um projeto profissional associado às forças sociais comprometidas com a democratização da vida em sociedade. Este respaldo político-profissional mostra-se, no cotidiano, como uma importante estratégia de alargamento da relativa autonomia do assistente social, contra a alienação do trabalho assalariado. (IAMAMOTO, 2008, p. 422).

Enfim, na defesa de sua autonomia, os/as assistentes sociais precisam se impor enquanto, profissionais especializados, para isso, devem estar qualificados/capacitados, pois quanto mais qualificados mais capacidade argumentativa terão. E, necessitam de se articularem com os conselhos e sindicatos da categoria para reforçarem e defenderem suas competências e atribuições e valores ético-políticos da profissão. De maneira que, não se subjuguem aos ditames do capital.

Perguntou-se aos/as pesquisados se o setor de Serviço Social teve como garantir o sigilo das informações de seus produtos de trabalho (documentos produzidos através dos atendimentos aos/às usuários/as) com arquivos para arquivar os documentos e pela inviolabilidade do local de trabalho, obteve-se como resultado:

Gráfico XIX - Sigilo e inviolabilidade do local de trabalho



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 19 releva que uma expressiva porcentagem (74%) dos/das participantes afirmam que não tiveram como garantir o sigilo das informações coletadas em seu trabalho e inviolabilidade do local de trabalho. E essa realidade, retoma a discussão elucidada sobre o sigilo profissional, referente aos dados do gráfico 16. Veja abaixo as observações de duas/dois participantes sobre essa questão:

Turquesa descreveu que:

Infelizmente a questão do sigilo nas unidades hospitalares é bastante precária. Um exemplo triste, quando uma vítima de violência sexual chega ao Serviço Social, praticamente todo hospital já sabe do ocorrido. Outro problema são colegas que usam o relato referente a outros profissionais (amigos) e divulgam.

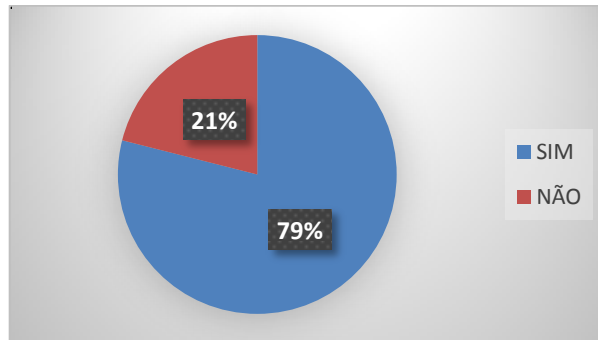
Topázio contou que “Tivemos situações de que nossos livros de registros foram por 2x xerocados”.

Somente para complementar essa questão, pode-se destacar que no Código de Ética do Assistente Social no artigo 2º, e especificamente, na alínea d, traz que é direito do/a assistente social a: “inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional”. (CFESS, 2012, p. 26)

Partindo de todas as informações e/ou dados apresentados nesse trabalho, pode-se afirmar que é bem complexa a questão do sigilo e inviolabilidade do local de trabalho, tendo em vista, que o Serviço Social nesses hospitais dividem sala com outros profissionais, não tem o respeito nem dos/das próprios/as profissionais, quiçá dos/das outros colegas de trabalho, que entram e saem do setor, interrompem os atendimentos, divulgam os relatos do livro de registro do Serviço Social, dentre outros fatores. Porém, cabe a cada profissional a postura ética de se impor em defesa do sigilo profissional e da inviolabilidade do seu local de trabalho. Visto que, o/a assistente social tem um Código de ética a ser seguido e que também lhe dá respaldo para se posicionar.

Foi interrogado aos/as participantes se Serviço Social funcionou 24 (vinte quatro horas), obteve-se como resultado:

Gráfico XX - Funcionamento do Serviço Social (24 Horas?)



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 20 releva que quase 80% dos/das profissionais responderam que o setor de Serviço Social funcionou 24 horas, mesmo com as precarizações em relação às condições de trabalho. E nos hospitais onde não funcionou foi por falta de profissionais, como mostra as falar abaixo:

Fluorita mencionou que “Não, por não ter o número de profissionais suficientes. (Assistentes Sociais)”.

Aquamarine citou que “No ano de 2017 tínhamos 04 (quatro) assistentes sociais, devendo ter no mínimo 06 (seis). Hoje temos somente 03 (três)”.

Esmeralda respondeu que SIM, porém, ressaltou que “Já funcionou completamente, havendo necessidade da realização de plantões extras. Hoje, devido a redução do número de servidores (apenas 3 Assistente Sociais) não é possível cobrir todos os plantões, mesmo com os plantões extras”.

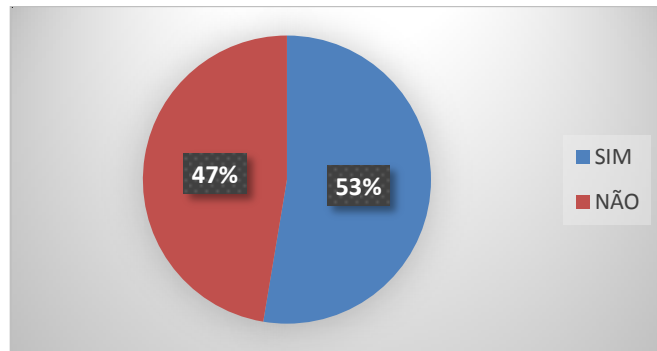
Ametista expôs que “No ano de 2017 tínhamos 04 (quatro) assistentes sociais, devendo ter no mínimo 06 (seis). Hoje temos somente 03 (três)”.

Essas falas remetem a questão da desvalorização do trabalho dos/das assistentes sociais, que mesmo sendo considerado/a o/a “faz tudo” na instituição, ainda assim, o Estado não disponibiliza um número suficiente de profissionais para estes setores, o que retoma a discussão da precarização do trabalho do/da assistente social, pois têm que desenvolverem suas atividades e mais as ações que lhes são impostas por seus superiores, com um número extremamente reduzido de servidores. Ou seja, demonstra que o órgão empregador não está

preocupado com a qualidade do trabalho desenvolvimento e muito menos com as condições de trabalho desses profissionais.

Dando continuidade a essa questão, foi perguntado aos/as profissionais se em horário noturno tinham repouso próprio para horário de descanso, responderam:

Gráfico XXI - Repouso para descanso



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 21 evidencia que mais da metade dos/das participantes da pesquisa responderam que tinham repouso para descanso em horário noturno. No entanto, as observações de 3 (três) participantes mostram as condições desse repouso:

Turmalina respondeu que SIM, e acrescentou “Depois de muita luta conseguimos um local para repouso”.

Turquesa esclareceu que “O descanso é feito na própria sala, nos intervalos dos atendimentos”.

Topázio informou que “Repouso é um sofá-cama adquirido com recurso próprio dentro da própria sala de atendimento”.

Essas observações, assim como, da questão anterior fazem eclodir à condição de trabalhadores/as assalariados/as e demonstra ainda que,

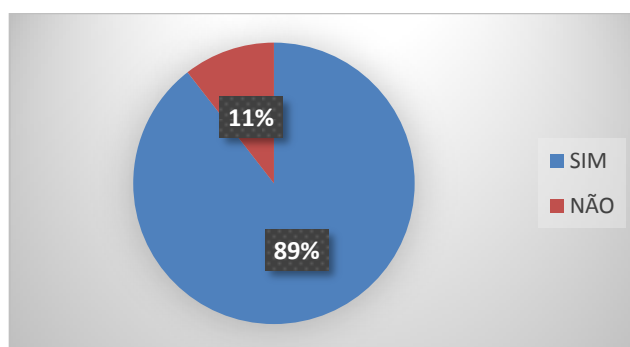
[...] aprofunda-se a precarização, aberta ou velada, das condições em que esse trabalho se realiza, considerando o estatuto de trabalhador assalariado do assistente social, subordinando a processos de alienação, restrição de sua autonomia técnica e intensificação do trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores assalariados em seu conjunto. (RAICHELIS, 2011, p. 434).

Enfim, os gráficos 20 e 21, evidenciaram que a desvalorização da profissão e a precarização das condições de trabalho desses/dessas profissionais são gritantes. Tendo em vista que, por não ter um número suficiente de profissionais para executar o trabalho, tendo que darem “conta” de todas as demandas do setor e mais as demandas impostas que não são

suas atribuições e/ou competências, ainda tem a questão da precarização das condições de trabalho, enquanto, trabalhador/a assalariado/a, tendo em vista que, além de terem que trabalhar em um número reduzido, e ainda, boa parte dos/das assistentes sociais não possuem um repouso adequado para descanso noturno, como lhe é devido, tendo que “comprar” sofá-cama para repousar, isto é, para terem um mínimo conforto para descansar no intervalo das demandas.

Questionou-se aos/as participante se o setor de Serviço Social tinha construído algum protocolo, plano ou projeto de suas atividades para nortear seu trabalho, chegou ao seguinte resultado:

Gráfico XXII - Protocolo, Plano, Projeto



Fonte: BRITO, 2019

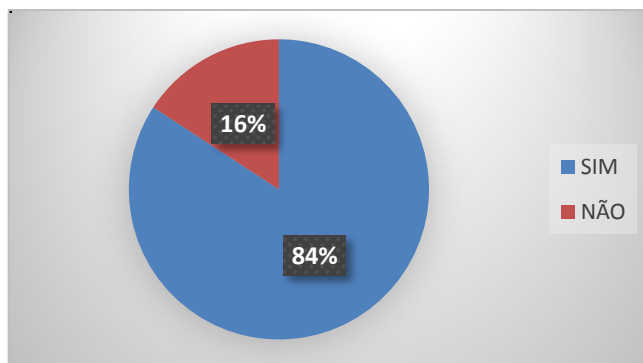
O gráfico 22 apresenta que quase 90% dos/das participantes responderam que construíram algum tipo de protocolo, plano ou projeto de trabalho. Veja abaixo o que 3 (três) responderam:

Opala, Turmalina e Jade ressaltaram que tinham elaborado o POP – protocolo operacional padrão.

Diante de uma realidade marcada por desconhecimento das atribuições do/da assistente social nas unidades hospitalares, a construção de protocolos que normatizam as atividades/ações do Serviço Social, torna-se de extrema relevância, primeiro por ser uma construção coletiva dos/das profissionais do setor e segundo porque além de nortear o trabalho dos/das assistentes sociais esses/essas ainda podem divulgar essa construção com a equipe e gestores, e se respaldarem também nele para não aceitarem ações incompatíveis com sua profissão.

Dando continuidade a questão anterior, foi perguntado aos/as participantes se acreditavam que esses documentos ajudaram ou ajudariam a melhorar o trabalho dos profissionais, responderam:

Gráfico XXIII - Protocolo, Plano, Projeto e o Desenvolvimento do Trabalho



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 22 evidencia que quase 90% dos/das profissionais disseram que elaboram tais documentos, porém, no gráfico 23 apesar da maioria ter revelado que os mesmos ajudaram no desenvolvimento do trabalho, mas teve profissionais que questionaram a relevância deles. Veja abaixo falas de duas participantes a respeito dessa questão:

Turmalina respondeu que SIM e acrescentou que “Deve ser aprimorado de acordo com as demandas apresentadas”.

Ágata respondeu que NÃO e justificou que “Existe um protocolo, temos no setor esse POP que se fosse seguido ajudaria bastante. Porém, não ajudou devido a falta de conhecimento das atribuições dos Assistentes Sociais pelos profissionais em geral da unidade e pela flexibilidade da gestão do hospital”.

No entanto, o que se pode afirmar é que somente um documento não faz mudanças/transformações, mas sim o posicionamento dos/das profissionais que o elaborou e que devem fazer o possível para dar-lhe publicidade e colocá-lo em prática. É importante refletir que:

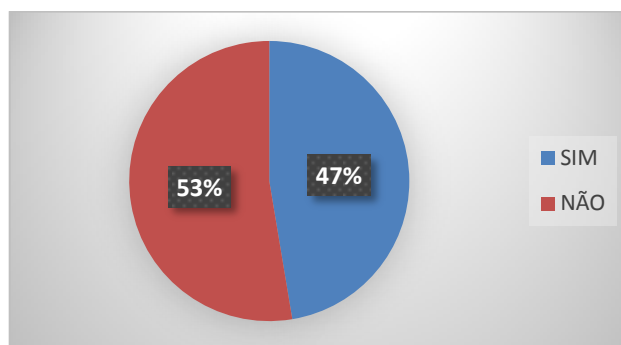
[...] os projetos de trabalho elaborados estejam calçados em dados e estatísticas disponíveis, munidos de informações atualizadas e fidedignas, que respaldem a capacidade de argumentação e negociação dos profissionais na defesa de suas propostas de trabalho junto às instancias demandatárias ou competentes. A pesquisa é ainda um recurso importante no acompanhamento da implementação e avaliação de políticas, subsidiando a (re) formulação de propostas de trabalho capazes de ampliar o espaço ocupacional dos profissionais envolvidos. A consolidação acadêmica da área supõe o reforço da produção acadêmica, do investimento na

pesquisa, e estímulos à população acadêmica, do investimento na pesquisa, e estímulos à publicação dos resultados alcançados. (IAMAMOTO, 2009, p. 146).

Pensar em protocolos, planos e projetos, é dizer que o trabalho está sistematizado, como pode dizer que isso não facilita e/ou contribui para o desenvolvimento do trabalho? O que não quer dizer que esses documentos irão sozinhos desconstruir o perfil dos/das assistentes sociais, que historicamente, foi construído dentro da instituição que trabalha, mas poderão contribuir dependendo do posicionamento e direcionamento dos/das profissionais.

Foi perguntado aos/as Assistentes Sociais se conseguiram se reunir ao menos uma vez por mês para discutir sobre o trabalho desenvolvido pelo setor, dificuldades encontradas, melhorias a serem efetivadas, etc., obteve-se o resultado abaixo:

Gráfico XXIV - Reunião



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 24 mostra que esses/essas profissionais não costumam se reunir com frequência, não possuem uma rotina estabelecida, com datas fixas para essa finalidade. Veja as observações de alguns/algumas participantes:

Fluorita respondeu que não e justificou:

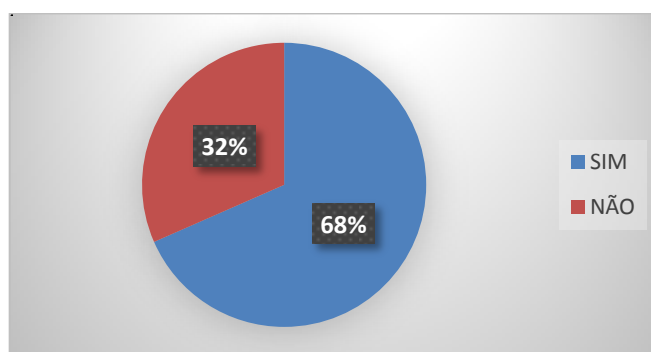
Não, as reuniões não eram realizadas no setor. As mesmas eram realizadas mensalmente junto aos gestores, com a participação do coordenador de todos os setores, para discutir sobre o trabalho desenvolvido de cada setor, as dificuldades encontradas e sugestões para melhorar essas dificuldades. Mensalmente também eram entregues aos gestores, relatórios com o mesmo objetivo, informar as atividades desenvolvidas no setor e as dificuldades encontradas para efetivar as mesmas.

Turmalina também respondeu que não e ressaltou que “Não temos uma data prevista para nos reunir. As reuniões acontecem de acordo com as necessidades apresentadas”.

A respeito desse fato, instiga-se a refletir sobre alguns quesitos, como se pode construir um plano de trabalho, um protocolo, um projeto ou criar outras estratégias de intervenção da realidade, sem se reunir, sem discutir com a equipe, sem trocar ideias para tal finalidade? Como propor mudanças na rotina de trabalho? Como socializar e discutir com a equipe situações vivenciadas no cotidiano, relatando experiências e sanando dúvidas, sem reunir a equipe de trabalho? Como refletir e analisar a objetivação do trabalho, sem discutir com os/as membros da equipe? Afinal, equipe é um conjunto de profissionais executando um trabalho, com mesmos objetivos, mesma finalidade. Que equipe pode ser construída com profissionais que não se interagem, não dialogam entre si, não pensam, não propõem juntos o desenvolvimento de seus trabalhos? A reunião pode sim ser importante para materializar todas essas ações. No entanto, reunir por reunir, sem ter objetivos claros, sem ter uma proposta definida, sem ter o aceite da equipe, não é interessante. A reunião pode se tornar um momento/espço de “reflexão sobre o trabalho desenvolvido, o debate sobre as concepções que orientam as práticas e os efeitos por elas produzidos nas condições de vida dos usuários, é parte da luta pela melhoria das relações de trabalho e direito da população de acesso a serviços sociais de qualidade”. (RAICHELIS, 2011, p. 436)

Foi indagado aos/as profissionais se tiveram uma boa relação profissional com a gestão hospitalar, no sentido de conseguirem dialogar e expor situações que interferiam em seus trabalhos, responderam:

Gráfico XXV - Relação profissional com a gestão



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 25 evidenciou que quase 70% dos/das assistentes sociais responderam que tiveram boa relação com a gestão, no entanto, relataram que tiveram algumas dificuldades e situações que não foram resolvidas, como por exemplo, situações relacionadas as condições

de trabalho e sobre as atribuições profissionais. Apresentam-se algumas falas dos/das participantes a respeito dessa questão:

Alexandrita respondeu que SIM, porém, ressaltou que “Em algumas situações tivemos êxito, em outras não”.

Aquamarine disse que SIM a esse questionamento, mas destacou que: “Porém, temos alguns entraves que não foram resolvidos (impressora, ar condicionado para o repouso, falta de conhecimento da profissão)”.

Esmeralda também respondeu SIM, mas observou que “Há certa dificuldade, principalmente quanto às atribuições do Serviço Social”.

Ametista disse que SIM, e enfatizou: “Porém, temos alguns entraves que não foram resolvidos (impressora, ar condicionado para o repouso, falta de conhecimento da profissão)”.

Turmalina disse que: “nas últimas gestões sim”.

Turquesa respondeu que SIM e relatou: “Eu tive, contudo, alguns profissionais que não. As questões pessoais interferiram na execução do trabalho”.

Em todos os espaços ocupacionais os/as profissionais vão sofrer em algum momento, as consequências da correlação de forças existentes na relação entre o empregado e empregador, no entanto, “quanto mais qualificados os trabalhadores sociais, menos sujeitos a manipulação e mais preparados para enfrentar o assédio moral no trabalho, os jogos de pressão política e de cooptação nos espaços institucionais”. (RAICHELIS, 2011, p. 436). Profissionais qualificados estarão preparados para defender suas competências e atribuições, seu espaço de trabalho, sua autonomia profissional e principalmente, os direitos da população usuária de seus serviços.

O/a assistente social, através de seu conhecimento e da socialização do mesmo, tem o importante papel de mudar a realidade de seus/suas usuários/as, nem que seja somente no âmbito individual. Ou seja,

[...] na orientação de seu cotidiano de acordo com a correlação de forças existentes, para facilitar o acesso da população ao *saber* sobre elas mesmas, aos *recursos* disponíveis e ao *poder* de decisão. A relação de saber produz um efeito ideológico de desocultação (oposto à camuflagem), enquanto o acesso aos recursos facilita a reapropriação dos excedentes retirados da população e ao acesso ao poder produz efeitos políticos de auto organização. (FALEIROS, 1987b, p. 55; grifos do autor).

Nas instituições, correlação de forças e/ou embate entre trabalhadores e gestores de uma forma ou de outra sempre vai existir, em menor ou maior grau, intensidade e proporção, porém, “torna-se imprescindível fortalecer a resistência ao mero *produtivismo*

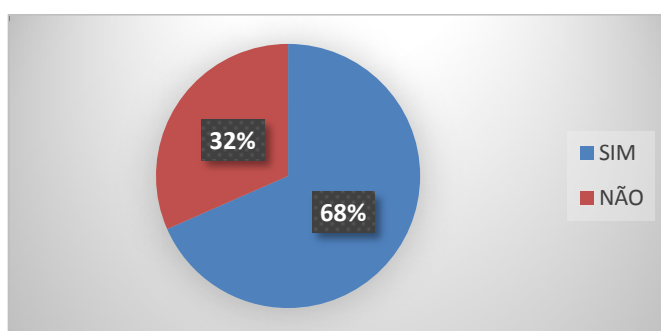
quantitativo, medido por número de reuniões, de visitas domiciliares, de atendimentos, sem ter a clareza do sentido e da direção social ético-política do trabalho coletivo”. (RAICHELIS, 2011, p. 435). Isto é, absorver demandas e realizar quantitativos de atividades/ações sem ter clareza do direcionamento ético-político que se pretende alcançar, ou seja, [...] “o Assistente social deve, a partir de uma visão crítica sobre a realidade em que atua extrapolar as rotinas institucionais e o cumprimento de atividades burocráticas”. (MORAES; MARTINS; GONÇALVES; SOUZA, 2017, p.7). Mais que isso, é necessário que,

O Assistente Social também deve ser capaz de compreender que não pode ser capaz de resolver as questões sociais sozinho, e que depende da instituição, de outras profissões, de políticas, da ação do usuário do serviço social, dentre outras questões, para realizar seu trabalho. Tendo consciência de sua profissão, sua competência, seu compromisso social, o Assistente Social deve comunicar-se, fazer-se conhecer, esclarecer, orientar, não apenas os usuários do serviço social, mas também aos colegas de trabalho, à chefia, à comunidade, enfim, a quem não conheça o papel Serviço Social. (GOMES, 2016, p.10).

Caso o que foi mencionado não ocorra, trará adoecimento para os/as trabalhadores sociais, por executarem ações que não se identificam, enquanto profissional especializado e por não conseguirem exercer sua ética profissional.

Também foi perguntado aos/as participantes se no decorrer do ano de 2017 tiveram situações conflitantes e que dificultaram ou impediram o desenvolvimento dos trabalhos, obteve-se o seguinte resultado:

Gráfico XXVI - Situações conflituosas



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 26 apresentou um percentual de quase 70% dos/das participantes, responderam que tiveram situações conflitantes que dificultaram seus trabalhos, principalmente, em relação ao desconhecimento de suas atribuições e ainda, por falta das

condições de trabalho necessárias para efetivarem da melhor forma suas ações⁵⁰. Abaixo expõe-se algumas observações dos/das participantes sobre esse questionamento:

Fluorita disse que SIM e argumentou que:

Como o hospital não possui a quantidade suficiente de ambulância, muitas vezes não se consegue efetivar em tempo ágil a transferência de usuários/pacientes para outras unidades de saúde em caráter de urgência, causando a nós profissionais conflitos com familiares desses usuários e até mesmos com enfermeiros e médicos.

Aquamarine respondeu que SIM, e explicitou que: “Citadas na questão 8 e no item 11”.

Esmeralda também responde positivamente a questão e acrescentou: “Dificuldades relacionadas as atribuições”.

Ametista disse SIM a questão e ressaltou que: “Citadas na questão 8 e no item 11”.

Amazonita respondeu SIM, e justificou: “Citadas na questão 8”.

Pérolas disse SIM, e também mencionou que: “Citadas na questão 8”.

Turquesa marcou SIM para a questão e relatou: “Como dito anteriormente, as questões pessoais geraram dificuldades para a execução do trabalho, contudo não impediram o desenvolvimento do mesmo”.

Situações conflitantes, inevitavelmente, haverá, em todos os locais de trabalho, seja com os/as gestores, com os/as usuários/as, entre colegas de trabalho, enfim, não tem como fugir, porém, profissionais críticos, comprometidos com sua capacitação permanente, tende a ter mais habilidade de lidar com essas situações. Nesse sentido,

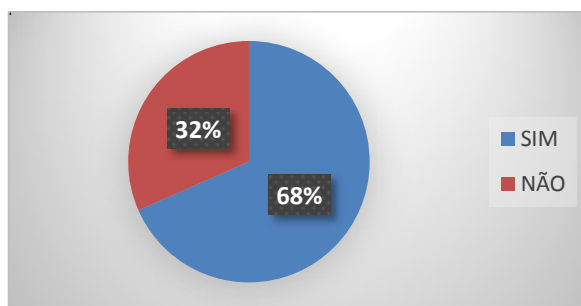
[...] Exige romper tanto com o teorismo estéril, quanto com o pragmatismo, aprisionados no fazer pelo fazer, em alvos e interesses imediatos. Demanda competência, mas não a competência autorizada e permitida, a competência da organização, que dilui o poder como se ele não fosse exercido por ninguém, mas derivasse das “normas” da instituição, da burocracia. O requisito é, ao inverso, uma *competência crítica* capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e as estratégias de ação para enfrentá-las. Supõe *competência teórica e fidelidade ao movimento da realidade; competência técnica e ética-política* que subordine o “como fazer” ao “o que fazer” e, este ao “dever ser”, sem perder de vista seu enraizamento no processo social. (IAMAMOTO, 2009, p. 79-80).

⁵⁰ Os assistentes sociais funcionários públicos vêm sofrendo os efeitos deletérios da Reforma do Estado no campo do emprego e da precarização das relações de trabalho, tais como a redução dos concursos públicos, demissão dos funcionários não estáveis, contenção salarial, corrida à aposentadoria, falta de incentivo à carreira, terceirização acompanhada de contratação precária, temporária, com perda de direitos etc. (IAMAMOTO, 2009, p. 123-124).

Finalmente, para sanar conflitos no trabalho exige muita habilidade, competência e poder de argumentação, que somente um/uma profissional bem preparado/a, capacitado/a e/ou qualificado/a terá tais requisitos.

E por fim, foi questionado se tinha algum/alguma assistente social do Setor de Serviço Social que fazia 40 horas semanais e que não tem o direito de 30 horas garantido, o resultado foi:

Gráfico XXVII - 40 Horas X 30 Horas



Fonte: BRITO, 2019

O gráfico 27 relewa que quase 70% dos/das participantes responderam que nas unidades hospitalares que trabalham, tiveram colegas que não tinham direito a fornada de trabalho de 30 horas semanais. Duas participantes fizeram observações sobre isso, veja:

Turmalina respondeu que SIM e acrescentou que: “Temos duas colegas que são contrato. Elas agora estão fazendo dois plantões a mais de quem tem 30 horas. Portanto, não sei como é a situação contratual das mesmas”.

Turquesa também respondeu que SIM e argumentou que: “São duas colegas que têm contrato temporário”.

Mesmo com a aprovação da Lei 12.317, de 26 de agosto de 2010, que estabelece a duração da jornada de trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais, sem redução salarial, percebe-se que muitos Estados, municípios e até mesmo o governo federal não vêm garantindo esse direito a categoria.

A luta pela conquista das trinta horas é um movimento político dos mais relevantes, que está pautando inclusive a mobilização de outros profissionais, como os psicólogos. Mesmo diante de uma conjuntura adversa à ampliação dos direitos do trabalho, os assistentes sociais conseguiram uma significativa vitória com a aprovação da jornada de trabalho de trinta horas de trabalho sem redução salarial. Talvez este seja o movimento coletivo mais importante desses últimos anos em defesa de direitos do assistente social como trabalhador assalariado, mas que, como era de esperar, está sendo objeto de desconstrução por parte dos empregadores, exigindo da categoria profissional e de suas entidades políticas a adoção de

diferentes estratégias coletivas para fazer valer esse direito para todos(as) os(as) profissionais do país. (RAICHELIS, 2011, p. 434).

Tratando-se em especial do Estado do Tocantins, esse vem se utilizando de artifícios para burlar o direito a jornada de trabalho de 30 horas dos/das assistentes sociais, como exemplo, e que foi mencionado na fala de alguns/algumas participantes, tem-se a relação de subordinação que mantém com os/as profissionais em regime de contrato temporário, sendo que, esses são tolhidos de quase todos os direitos trabalhistas, inclusive da jornada de trabalho 30 horas. Outra forma que o Estado se utiliza para não garantir o direito das 30 horas semanais de trabalho para os/as assistentes sociais, é com a criação de “cargos genéricos”⁵¹ para essa categoria, como por exemplo, Analista em Desenvolvimento Social, Analista em Defesa Social, Extensionista Rural, dentre outros, que exigem formação em Serviço Social, no entanto, não considera esses/essas profissionais como assistentes sociais e, portanto, não lhes garantem esse direito. E, a prova disso são os últimos editais dos concursos do Estado, onde todos são elaborados com essas nomenclaturas para os cargos ocupados por assistentes sociais, exceto, os concursos da área da saúde. E por isso, como a área da saúde é a única que os editais dos concursos mantiveram o cargo de “assistentes sociais”, também, é a única que garante a essa categoria o direito a jornada de trabalho de 30 horas semanais. Sobre essa questão, pode-se retomar algumas das discussões que foram debatidas ao longo desse estudo, como por exemplo, a precarização das condições de trabalho do/da assistente social, e o descumprimento do direito as 30 horas pode ser considerado uma das várias formas de precarização, tendo em vista que, como foi mencionado, a profissão é composta majoritariamente por mulheres, que nessa sociedade vivencia até os dias atuais uma condição de acúmulo de funções, ou seja, de jornadas duplas, triplas e até mais de trabalho. Também, por esse motivo, a categoria sofre com a desvalorização profissional, frente a outras profissões que historicamente são consideradas “masculinas”, o que retoma a discussão do machismo e do patriarcado na sociedade brasileira. Portanto, a concessão do direito a jornada de trabalho de 30 horas semanais para os/as assistentes sociais, seria somente uma forma de compensação das horas a mais que as mulheres trabalham, em relação aos homens. E também, por se tratar de uma profissão que pode ser considerada de risco, visto que, o/a assistente social para desenvolver seu trabalho lida com várias mazelas sociais e adentram a locais acatados como perigosos.

⁵¹ A resolução do CFESS N° 572, de 25 de maio de 2010, dispõe sobre os cargos genéricos e sobre a obrigatoriedade do registro no Conselhos Regionais de Serviço Social, para quem exerça atribuições de assistentes sociais, inclusive, sendo obrigatório o pagamento da anuidade do CRESS – Conselho Regional de Serviço Social.

Enfim, são muitos os fatores que podem ser elencados na condição de precarização do trabalho dos/das assistentes sociais, mas a respeito da não efetivação do direito a jornada de trabalho de 30 horas semanais, pode-se elencar indagações a serem refletidas, tais como: “É justo dividir uma categoria dessa maneira, onde contratados não possuem os mesmos direitos do que os efetivos? Onde uma área é privilegiada com relação as demais, mantendo a nomenclatura correta do profissional “assistente social” e por isso, garantindo-lhe os seus direitos, em detrimento das demais áreas, que por terem nomenclaturas diferentes, são surrupados de seus direitos? Se o Estado reconhece e garante o direito a jornada de trabalho de 30 horas semanais a outras categorias que também, possuem lei federal, porque não garantir aos/as assistentes sociais?”

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim desse trabalho tem-se a clareza de que as reflexões aqui apresentadas são apenas contribuições introdutórias a respeito das particularidades e especificidades da materialização do trabalho dos/das assistentes sociais nos 4 (quatro) hospitais estaduais. Em nenhum momento este trabalho teve a aspiração de esgotar a temática, até porque existem poucas produções nesse sentido, necessitando dos/das profissionais explorarem mais essa temática, afinal, as pesquisas ao revelar a realidade possibilitam aos/as envolvidos/as refletirem sobre a mesma, que muitas vezes pela rotina acelerada do dia a dia acabam por não fazer essas reflexões. Acredita-se que esse estudo possa contribuir com novos dados acerca da realidade vivenciada pelos/pelas assistentes sociais em ambiente hospitalar, dados esses que talvez já tivessem consciência e clareza deles em seus locais de trabalho, mas não que fossem comuns aos outros hospitais.

Refletir sobre o trabalho dos/das atores envolvidos/as torna-se necessário como forma de contribuição adiantada ao amadurecimento do referido processo, ou seja, idear e materializar esse trabalho no cotidiano profissional. Afinal, para pensar no trabalho desses/dessas profissionais é de extrema necessidade refletir sobre o direcionamento dado pelos órgãos representantes da categoria e pelo projeto ético-político o qual é defendido pela categoria, ou seja, um trabalho crítico, comprometido com a luta geral dos trabalhadores, pelo alargamento dos direitos sociais, civis e trabalhistas, lutar pela defesa dos princípios da reforma sanitária, pela ampliação do financiamento das políticas públicas, afim de minimizar as mazelas sociais decorrentes desse modelo de produção capitalista. E, mais além, lutar por uma nova ordem societária, sem exploração e dominação de uma classe sobre a outra. Entretanto, em tempos sombrios, com avanços neoliberais, ajustes fiscais, ou seja, com a contrarreforma do Estado é imprescindível que a categoria se una a luta geral dos trabalhadores para que não percam ainda mais seus direitos, que desde a década de 1990 vêm sendo duramente atacados; pressionando o Estado a atender os seus interesses, visto que, o que se tem vivenciado é a defesa dos interesses do capital em detrimento do trabalho. Enfim, um trabalho repousado na reflexão do concreto pensado e alheio as práticas desconexas com o real.

No primeiro capítulo viu-se a discussão sobre o Estado no sistema capitalista, que a priori Marx, Engels e Lenin defendia ser um comitê executivo da burguesia. Depois veio Gramsci defender um Estado ampliado, que por meio de pressões da classe trabalhadora teve que ceder e atender algumas reivindicações dessa, para legitimar a ordem societária. E

Boschetti defende a ideia de um Estado social, isso porque um país como o Brasil marcado por longos períodos de ditaduras, nunca existiu um Estado de Bem-Estar Social, visto que, não se vivenciou a plena efetivação de direitos sociais, mas sim, concessões do Estado devido a pressão da classe trabalhadora e/ou para legitimação dos governos e da ordem societária vigente. A partir dessas concepções e entendimentos sobre o Estado trouxe a luz o debate sobre as políticas sociais, sua origem e desdobramentos com a contrarreforma. Assim, como a discussão especificamente sobre a política de saúde na contrarreforma ou avanços neoliberais. E finalmente, pôs se em debate o Serviço Social e sua relação histórica com a política de saúde e relacionando também com a contrarreforma. Todo esse debate se faz necessário para compreensão de todo contexto histórico que a sociedade brasileira percorreu, pois para entendermos as políticas sociais em geral e a política de saúde em particular na atualidade é imperioso percorrer toda a sua trajetória histórica. E, ainda, entender como se deu a inserção e intervenção do Serviço Social em cada momento histórico, afinal, para intervir na realidade antes é preciso conhecê-la.

Analisar o processo histórico de construção da política de saúde no Brasil é afirmar que foi uma árdua luta, que mobilizou vários atores sociais, tais como: profissionais da saúde (principais sujeitos dessa luta, ou mesmo, os pioneiros), intelectuais, movimentos populares, sindicalistas, partidos de oposição e militantes dos mais variados e distintos movimentos sociais. Isto é, esse grupo de pessoas lideraram o movimento da reforma sanitária que defendiam uma saúde pública, universal, gratuita para todos e todas. Esse movimento conseguiu valiosas conquistas, efetivando-se na Constituição Federal de 1988, no entanto, muitas de suas propostas não foram atendidas, pois, apesar dessas preciosas conquistas, em 1990 o Brasil viu entrar em cena os ajustes neoliberais, e com estes, veio a derrocada do movimento popular e de suas conquistas; assistiu-se o SUS sendo desregulamentado, colocando a política de saúde numa condição de precarização. Houve uma mudança de estrutura pondo em evidência uma política pobre para pobres. Isso prejudicou mais ainda a vida daqueles que não tem opção, que não podem pagar e/ou contar com um plano de saúde privado. Pelo não cumprimento da Lei fundamental e suprema do Estado brasileiro no que diz respeito ao acesso universal, com qualidade à saúde, as pessoas são compelidas e submetidas aos desmandos desse mesmo Estado que prima pelos interesses do capital. E é nesse contexto de precarização e sucateamento das políticas sociais que se encontra o/a assistente social, intervindo nas mazelas sociais, que devido à restrição do Estado, com políticas focais e seletivas, fica cada vez mais difícil intervenção nessa realidade. E é por isso que se defende a inserção da categoria dos/das assistentes sociais na luta pelos direitos sociais e ampliação da

cobertura das políticas sociais, para garantir um mínimo de dignidade à classe trabalhadora que é subtraída de todas as formas pelo capital. Pois sendo “classe que vive do trabalho”, ou seja, que sua única mercadoria para vender é a sua força de trabalho, tem que ter garantido os mínimos essenciais para a manutenção de sua vida.

No segundo capítulo antes da apresentação dos dados da pesquisa trouxe o debate acerca da categoria trabalho, pois como o estudo tinha como propósito a discussão sobre o trabalho dos/das assistentes sociais nos hospitais estaduais, seria de suma relevância, entender mais sobre essa categoria. Entender ainda que o/a assistente social é um/uma trabalhador/a assalariado/a que vende a sua força de trabalho intelectual para garantir a sua sobrevivência, e se vendo como classe trabalhadora, compreender o contexto social o qual todos e todas trabalhadores/as estão submetidos nessa sociedade cruel, excludente e exploradora. E assim, se unirem contra esse sistema perverso. E, depois, enfim, expor os resultados da pesquisa.

Com relação ao perfil desses profissionais pode-se observar que a maioria são mulheres, casadas, mães, jovens; maioria pardos/pardas; todos e todas possuíam um tipo de religião, onde a predominante foi a evangélica e seguido da católica; a maior parte possuíam especialização, mas tinha uma boa parcela que só possuem graduação; grande quantia tinha mais de 10 anos de formação e a maior parte se formaram em instituições privadas; boa parte tinham mais de 11 anos de serviço público; uma considerável parcela possuíam 6 a 10 anos atuando na área da saúde e a maioria disseram que são concursados/as. Das ações/atividades executadas por eles/elas com base nos “parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde”. As observações que se fez desse eixo foram: com relação às ações socioassistenciais executaram bem; as ações socioeducativas adimpliram mais ou menos; as ações de articulação com equipe também executaram mais ou menos, já as ações de mobilização, participação e controle social, as ações investigação, planejamento e gestão e as ações de assessoria, qualificação e formação profissional executaram bem pouco. No entanto, observou-se ainda, que eles/elas executaram muitas ações que não são atribuições e/ou competências de assistente social, e notou-se também que eles/elas tem consciência disso, ou seja, que essas ações não são de suas competências, porém, as fazem. Em relação as condições de trabalho desses/dessas assistentes sociais em seus espaços sócio ocupacional, pode-se destacar que de forma geral não possuíam boas condições de trabalho, pois mesmo quando respondiam a questões dizendo que tinham tal condição de trabalho, mas suas observações contradiziam com suas respostas afirmativas. Notou nas respostas que muitas vezes para poderem executar seus trabalhos da melhor forma possível ou para terem um mínimo de condição de trabalho tiveram que comprar os meios de trabalho. Também, ficou

revelado que sofrem com o desrespeito, com a desvalorização da profissão e principalmente, com a falta de conhecimento por parte da equipe e dos gestores com relação as suas atribuições e competências. E isso acarreta a descaracterização da profissão, reflete na autonomia profissional quando os gestores não respeito as suas atribuições e competências e lhes impõem ações e/ou atividades que não condizem que com sua profissão. Enfim, diante de tudo que foi exposto, de todos os dados coletados reflete-se que esses/essas profissionais precisam se unir e se articular em prol da defesa de suas atribuições e se imporem mais, diante de seus gestores, pois, a grande maioria são concursados/as, portanto, não precisam se submeter a autoritarismos. E se têm plena clareza de suas atribuições profissionais porque devem se submeter a executar as que não são. E mais, para além, da defesa das atribuições profissionais também devem lutar por melhores condições de trabalho, se ver e se entenderem como classe trabalhadora, que precisa pressionar/tencionar o Estado para oferecer melhores condições de trabalho, nesse espaço que a área médica se destaca como prioritária, no entanto, médicos sozinhos não conseguem executar todas as ações necessárias de um hospital, ou seja, cada profissional tem a sua importância dentro da instituição, e isso, tem que ser visto e valorizado pelos gestores.

A respeito do significado da investigação e estudo do assunto, foi de suma importância para a pesquisadora por ser uma área que a mesma atua, possibilitando o alargamento desse âmbito e possibilitado conhecer mais sobre o trabalho dos/das assistentes sociais nos hospitais, permitindo ainda, realizar reflexões acerca das semelhanças e diferenças entre essas 4 (quatro) unidades hospitalares de saúde. E, como já foi mencionado, ainda se tem poucos estudos a respeito desse tema, e por ser um assunto que tem muito a ser explorado, faz se necessário maior aprofundamento na temática mudando somente o direcionamento do estudo. Acredita-se que este trabalho terá relevante importância para os atuais e futuros assistentes sociais que atuaram, atuam e/ou atuarão nos hospitais estaduais, pois, assim como, possibilitou a pesquisadora realizar reflexões acerca de seu trabalho e analisar as suas condições de trabalho, também, proporcionará aos/as assistentes sociais as mesmas reflexões. E com esses dados, quem sabe poderá ajudá-los/las a traçar novos horizontes e/ou direcionamento para o desenvolvimento de seus trabalhos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. **A condição de proletariedade**: a precariedade do trabalho no capitalismo global. Londrina: Práxis, 2009.

ANDERY, Maria Amélia Pie Abid; SÉRIO, Tereza Maria de Azevedo Pires. A prática, a História e a construção do conhecimento: Karl Marx, p. 395. In: ANDERY, Maria Amélia Pie Abid. et al. **Para compreender a ciência**: uma perspectiva histórica. Rio de Janeiro: Garamond, 2012. 436 p.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: BoitempoEditoral, 1999.

_____. Trabalho uno ou omni: a dialética entre o trabalho concreto e o trabalho abstrato. **Argumentum**, Vitória, v. 2, n. 2, p. 09-15, jul./dez. 2010. In: periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/941, acesso em: 19 de junho de 2019.

ÁVILA, Rebeca C. PORTES, Élcio A. A tríplice jornada de mulheres pobres na universidade pública: trabalho doméstico, trabalho remunerado e estudos. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 20(3): 384, setembro-dezembro/2012 p. 809-832. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000300011 Acesso em 05 de Setembro, 2016.

BAPTISTA, Mirian Veras. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. – 2. ed. – São Paulo – Lisboa: Veras Editora – CPIHTS, 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história – 6 ed. – São Paulo: Cortez. 2009. – (Biblioteca básica de Serviço Social; v.2)

_____. Política social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço Social**: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, Ana Elizabete... [ET AL.], (organizadoras). **Serviço Social e saúde**. 3 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília< LDF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p.16-39.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016

BUCI-GLUCKMANN, Christinne. **Gramsci e o Estado**; tradução de Angelina Peralva. – 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980, 499 p. (Coleção Pensamento crítico; v. 39).

BRASIL. Título VIII: Da Ordem Social. Seção II: Da Saúde. Artigo 196 – 200. *In*: **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde, trabalho e democracia: a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 72 p.: il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos)

_____. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. 60 páginas

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012

_____. **Política de Saúde no Brasil**. *In*: MOTA, Ana Elizabete; et al (org). Serviço Social e saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília< LDF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p. 88-110.

_____. **Política de Saúde no Brasil**. *In*: MOTA, Ana Elizabete (org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006. P. 88 -110.

_____; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012

_____. & MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético – político do Serviço Social: elementos para o debate. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza... et

al,(organizadoras). Saúde e serviço social..4 ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008, p. 25-47.

_____;MENEZES, J, S. B. de. **Política de Saúde no Governo Lula**. In: BRAVO, Maria Inês Souza... et al, (organizadoras). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

_____; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W.As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr.2018. In: www.portaldepublicacoes.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218, acesso em 10 de dezembro de 2018.

_____.**A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: www.fnepas.org.br/pdf/servicosocial_saude/texto1-5.pdf, acesso em: 10 de setembro de 2012, 2001.

BRAZ, M; RODRIGUES, M. O ensino em Serviço Social da era neoliberal (1990 – 2010): avanços, retrocessos e enormes desafios. In: SILVA, J. F. S; SANT'ANA, R. S; LOURENÇO, E. A. S. (Orgs.). **Sociabilidade burguesa e Serviço Social**. 1 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

CARVALHO; Fabiana Aparecida; O Serviço Social e a interdisciplinaridade; **Revista Diálogos**, vol. 18; n.2; ano 2012. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RDL/article/viewArticle/3915> Acesso em janeiro de 2019.

CASSIN, Márcia Pereira da Silva. **As políticas sociais nos governos do PT e a consolidação da hegemonia burguesa no Brasil**. 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2016. In: cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/51/514a6740-1dd0-41f4-816c-dab246355b89.pdf, acesso em: 7 de janeiro de 2019.

CASTRO E CASTRO, M. M. Serviço Social e cuidado em saúde: uma articulação necessária. **Libertas**, Juiz de Fora, v.6, 7, n.1, 2, p. 128-148, jan-dez., 2007. Disponível em: <https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1769>, Acesso em: 19 julho 2017.

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

COSTA. M. D.H.. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 304-351.

COSTA, Nilson de Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda Para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

COSTA, M. D. H. **.O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais, 2009.** disponível em <www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7> acesso 24/08/2017.

COSTA, Ana Alice. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres.** 2008. Disponível em: www.reprolatina.institucional.ws/site/respositorio/materiais_apoio/textos_de_apoio/Genero_poder_e_empoderamento_das_mulheres.pdf, Acesso em: 19/06/2019.

COSTA, Fabiana Alves da. Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. In: **Pretextos** - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas v. 3, n. 6, jul./dez. 2018 – ISSN 2448-0738. Disponível em: periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15986, acesso em: 19 de junho de 2019.

COUTINHO, Carlos Nelson, 1943 – **Contra a corrente:** ensaios sobre democracia e socialismo – São Paulo: Cortez, 2000, 176 p.

_____. **Gramsci:** um estudo sobre seu pensamento político – 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992, 142 p.

_____. **Marxismo e política:** a dualidade de poderes e outros ensaios. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1996, 160 p.

_____. Notas sobre cidadania e modernidade. In: **Revista Ágora:** Políticas Públicas e Serviço Social, Ano 2, n° 3, dezembro de 2005 – ISSN – 1807-698X. Disponível em: <http://www.assistentesocial.com.br>. Acesso em 20 de março 2012.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do WelfareState. In: **Lua Nova**, Nº 24. São Paulo: CEDEC, Setembro de 1994.

FALEIROS, V. P. **O que é política social.** 5.ed. São Paulo: Brasiliense, 1991 (Primeiros Passos).

_____. **Saber profissional e poder institucional.** São Paulo: Cortez, 1987b.

_____. **O que é política social.** São Paulo: Brasiliense, 2006 (Primeiros passos, 168) - 2ª reimp. Da 5ª ed. de 1991.

_____. **A política social do estado capitalista:** as funções da previdência e assistências sociais. São Paulo: Cortez, 1980.

FRANÇA, Ana Letícia; SCHIMANSKI, Édina. Mulher, trabalho e família: uma análise sobre a dupla jornada feminina e seus reflexos no âmbito familiar. **Emancipação**, Ponta Grossa, UEPG, 2009(1): 65-78. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/687>>. Acesso em 12 de outubro, 2016.

FEUERBACH, Ludwig. **A essência do Cristianismo.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria.** São Paulo: Abrasco, 2011. p. 91.

GOMES, Nilvania Alves. **Serviço Social e Interdisciplinaridade:** confluências e desafios. 80 anos de serviço social TENDÊNCIAS E DESAFIOS. 4º SIMPÓSIO MUNIEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2016. In: cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/.../b05174b2-f299-4679-8d9a-70cdd43580ed, Acesso em: 12 de junho de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. – 16 ed. – São Paulo, Cortez, 2009.

_____, CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. **Serviço Social & Sociedade**, Nº. 128, p. 13-38, jan/abr.2017. São Paulo: Cortez. 2017.

JORGE, Ediane Moura; PONTES, Reginaldo Nobre. A Interdisciplinaridade e o Serviço Social: estudo das relações entre profissões. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 16, n. 1,

p. 175 - 187, jan./jul. 2017. Disponível em:
 revistasaletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/26444/15750
 Acesso em: 12 junho 2019.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>, Acesso em: 10 de maio de 2017.

_____. Serviço Social em Hospital – Escola: Um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Unicamp, 2002. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs>, Acesso em: 10 de maio de 2017.

_____. Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. **Revista Intervenção Social**, n° 28, 2003: 9-18. Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1060>, Acesso em: 10 de maio de 2017.

_____. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. **Revista Serviço & Social**. Campinas, v. 6 n° 6 maio 2007. Disponível em: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=46133, Acesso em: 10 de maio de 2017.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich; Editora Martin Claret, 2007. **A Ideologia Alemã**. título original: Die Deutsche Ideologie 1932.

_____. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v. 1, Livro Primeiro, tomo 1, p. 149-150.

_____. **O Capital**: crítica da economia política. Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1985a. Livro 1, v.1, t.1. (Os economistas).

_____. **Manuscrtos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. São Paulo: Abril Cultural, 1974. (Os Pensadores).

_____. O Capital - Crítica da Economia Política. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). **A Dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

_____. **Manuscrtos Econômicos – Filosóficos. (1844)**. Editora Martin Claret, 2006.

MELIM, Juliana Iglesias. A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA E A DISTÂNCIA DA EDUCAÇÃO: apontamentos para o debate sobre exercício e formação profissional em

Serviço Social. In: **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v.15, n. 2 (22), p. 155-178, jul./dez. 2016 ISSN 1676-6806. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/index.php/sss/article/download>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R.. Serviço Social e saúde – desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**, v. 11, n 25, p. 221-243, jul-dez. 2009.

MINAYO, Cecília de Souza; GOMES Romeu, DESLANDES Suely Ferreira; **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 25° ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MORAES, Carlos Antônio de Souza; MARTINS, Aline de Aquino; GONÇALVES, Carla Manguiera; SOUZA, Helton da Silva. A autonomia relativa do assistente social nos limites das tensões capital x trabalho. **Anais do I Colóquio Internacional IV Colóquio Nacional sobre o Trabalho do/a Assistente Social**, 2017. Disponível em: www.seer.ufal.br/index.php/coloquiocintas/article/download/3698/2626. Acesso em: 12 de junho de 2019.

PAULO NETTO, J. O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. In: NOGUEIRA, F. M. G.; RIZZOTTO, M. L. F. (orgs). **Estado e políticas sociais: Brasil – Paraná**. Cascavel: Edunioeste, 2003.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>> Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/vwc8g/pdf/piana-9788579830389.pdf>, Acesso em: 11 de fevereiro de 2019.

PORTES, Melissa Ferreira, PORTES, Lorena Ferreira. A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL. IN: **Em Pauta**, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2017 - n. 40, v. 15, p. 213 – 227 (Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/download>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

SALVADOR, Evilasio da Silva. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. In: **Serv. Soc.**, São Paulo, n.130, p. 426-446, set./dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.117>

SAMPAIO, Simone Sobral; RODRIGUES, Felipe Wingeter. Ética e sigilo profissional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 84-93, jan./mar. 2014. In: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n117/06.pdf>. Acesso em: 2 de setembro de 2019.

SANTOS, Wanderley Guilhermedos. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira, Rio de Janeiro, Ed. Campos, 1979, 138 p.

SILVA, Alaide Maria Morita Fernandes da; RODRIGUES, Maria Lucia. **Serviço Social e o cuidado em saúde**. *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP v.14, n.1(19), p. 39-56, jan./jun. 2015 ISSN 1676-6806. In: [periodicos.sbu.unicamp.br > ojs > index.php > sss > article > download](http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download). Acesso em: 10 de maio de 2017.

SILVA, Marta Maria da; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. Serviço Social e Interdisciplinaridade na Atenção Básica à Saúde. In: **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 113 - 132 jan./ jun. 2012 ISSN 1676 – 6806, Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/.../2883/>. Acesso em: 13 de junho de 2019.

SILVA, Fabiana Cristina da; OLIVEIRA, Lidiane Cristine de; SANTOS, Valéria Nazário da Silva. Apontamentos sobre a influência religiosa na escolha da profissão. **III Simpósio Mineiros de Assistentes Sociais**: Expressões socioculturais da crise do capital e as implicações para a garantia dos direitos sociais e para o Serviço Social (2013). Disponível em: <https://www.cressmg.org.br/arquivos/simposio/APONTAMENTOS%....pdf>. Acesso em 14 de junho de 2019.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. v. 10 n. 1 (2018): Reformas regressivas e política de saúde. In: periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496. Acesso: 10 de junho de 2019.

SOARES, Sergei. S. D. O perfil da discriminação no mercado de trabalho – homens negros, mulheres brancas e mulheres negras. (2000). **Texto para discussão do IPEA** n° 769.

TINTI, Éliidi Cristina. Formação profissional em Serviço Social no Brasil e trabalho profissional. In: **Capitalismo, trabalho e formação profissional**: dilemas do trabalho cotidiano dos assistentes sociais em Ribeirão Preto [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 7596. ISBN 978-85-7983-655-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da práxis**. 1ª ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO; São Paulo: Expressão Popular, Brasil, 2007.

VIEIRA, Bianca. Mulheres negras no mercado de trabalho brasileiro: um balanço das políticas públicas. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th **Women's WorldesCongress (Anais Eletrônicos)**, Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X. Disponível em: www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/.../1499353872_ARQUIVO_Mulheresnegras. Acesso em: 13 de junho de 2109.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Gostaríamos de convidá-lo (a) como voluntário (a) da pesquisa intitulada: **“Política de Saúde e Serviço Social: O trabalho profissional dos/das Assistentes Sociais nos hospitais estaduais de Miracema do Tocantins, Paraíso do Tocantins, Guaraí e Pedro Afonso no ano de 2017”**., que se refere a um projeto de Pesquisa para a construção do Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização – TCCE da aluna Fabiane Camargo Rodrigues Brito, vinculadas ao Curso de Pós – Graduação em Serviço Social e Política Social da **Universidade Federal do Tocantins - UFT**, orientada pela professora Dra. Rosemeire dos Santos. O objetivo deste estudo é: Analisar o trabalho dos/das assistentes sociais dos hospitais de Miracema, Paraíso, Guaraí e Pedro Afonso.

Esse tipo de pesquisa se faz imprescindível, pois proporciona a divulgação do agir profissional nesse âmbito de atuação que é ainda muito insipiente, ou seja, tem poucas produções a respeito. Além, de divulgar a percepção dos profissionais a respeito de suas atribuições. Essa pesquisa também se torna relevante por fazer os profissionais refletirem sobre suas ações/atividades cotidianas e suas condições de trabalho e possam ainda fazer adequações quanto as mesmas, caso achem necessário. E ainda, tem importância para que se possa ter clareza do trabalho profissional, entendendo que há a necessidade constante pela busca do conhecimento, se atualizando para que possam dar as melhores respostas as demandas colocadas no cotidiano profissional dos assistentes sociais. E assim, se reconhecerem e se identificarem enquanto assistentes sociais no que executam.

Durante a coleta de dados, o questionário será encaminhado através do e-mail particular da pesquisadora para o seu e-mail particular e individual, garantindo assim, o sigilo das informações e seu anonimato, visto que, somente a pesquisadora terá acesso às informações coletadas. E, por conseguinte, esses questionários serão respondidos no horário e local em que você achar melhor, sendo que, você terá um prazo de 7 (sete) dias para responder e enviar de volta para a pesquisadora. Com relação ao termo de consentimento livre e esclarecido, será assinado pela pesquisadora e sua orientadora e enviado por e-mail junto com o questionário, para que você possa ter uma garantia, caso seja violado qualquer critério ético e possa retirar seu consentimento.

Todos os dados coletados serão tratados com sigilo e confidencialidade. Seu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa o que garante seu anonimato.

Você não terá nenhum custo ao participar da pesquisa. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização. Com relação aos riscos da pesquisa que você possa a vim sofrer, pode-se destacar os seguintes: receio de revelar informações de seu trabalho, sentimento de estar sendo vigiado/a, medo de expor suas opiniões e sofrer retaliações e/ou perseguições. Os benefícios da pesquisa que você poderá usufruir se evidenciará no momento em que for responder os questionários, tendo em vista que, proporcionará que faça uma reflexão sobre suas atividades/ações profissionais cotidianas e sobre suas condições de trabalho, que devido ao cotidiano acelerado, tornar-se difícil realizar tal exercício. Quando tiver acesso ao TCC pronto, possibilitará que analise através dos resultados da pesquisa, as semelhanças e diferenças das ações desenvolvidas em cada unidade hospitalar pesquisada, assim como, as condições materiais de seu trabalho.

Sua participação é voluntária e você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou desconforto.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Em caso de dúvida(s) em relação ao projeto e a pesquisa poderá entrar em contato com o responsável principal, você terá acompanhamento e assistência durante todas as fases da pesquisa:

Fabiane Camargo Rodrigues Brito (aluna da especialização): pelo email: fabianecrodrigues@yahoo.com.br ou pelo fone: (63) – 98471-0950, endereço profissional: Hospital de Referência de Miracema do Tocantins, fone: (63) 3929-3055.

Também poderá entrar em contato com a Orientadora: Prof^ª. Dra. Rosemeire dos Santos, Professora da Universidade Federal do Tocantins - UFT pelo e-mail: rosemeire_santos@mail.uft.edu.br, endereço profissional: Universidade Federal do Tocantins – Campus de Miracema do Tocantins, fone: (11) 97045-3858.

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da

Universidade Federal do Tocantins pelo telefone 63 3229 4023, pelo e-mail: cep_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO 14, Prédio do Almojarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO. O (A) Sr. (a) pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O horário de atendimento do CEP é de segunda e terça das 14 às 17 horas e quarta e quinta das 9 às 12 horas

Ao aceitar participar, você deve assinar esse termo de consentimento, juntamente com a aluna pesquisadora e sua orientadora, o qual você terá posse de uma via. Agradeço por sua atenção.

CONSENTIMENTO

Confirmo que Fabiane Camargo Rodrigues Brito, explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este **Termo de Consentimento**, portanto, eu dou meu consentimento e concordo em participar como voluntário desta pesquisa.

Miracema do Tocantins, _____ de _____ de 2019.

Assinatura dos pesquisadores

Assinatura dos pesquisadores

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATU SENSU* EM SERVIÇO SOCIAL**

TEMA: Política de Saúde e Serviço Social

DELIMITAÇÃO DO TEMA: O trabalho profissional dos/das Assistentes Sociais nos hospitais estaduais de Miracema do Tocantins, Paraíso do Tocantins, Guaraí e Pedro Afonso no ano de 2017.

OBJETIVO GERAL: Analisar o trabalho dos/das assistentes sociais dos hospitais de Miracema, Paraíso e Guaraí, Pedro Afonso.

PESQUISADORA: Fabiane Camargo Rodrigues Brito, Assistente Social (CRESS 2009), formada pela Universidade Federal do Tocantins - UFT, em 2013, especializando em Serviço Social e Política Social, também pela UFT - atuando há 5 anos e alguns meses no Hospital de Referência de Miracema do Tocantins, Contato: (63) 984710950, E-mail: fabianecrodrigues@yahoo.com.br

Nome do(a) participante: _____

Fone para contato: _____

QUESTIONÁRIO

PARTE I

MARQUE UM X NAS ALTERNATIVAS CORRETAS:

1) Qual é o seu sexo?

() Feminino

() Masculino

2) Qual a sua idade?

- De 18 a 30 anos De 31 a 40 anos De 41 a 50 anos
 De 51 a 60 anos Acima de 60 anos

3) Tem filhos?

- Sim – Quanto(s)? _____ Não

4) Qual seu estado civil?

- Solteiro (a) Casado (a) União Estável
 Divorciado (a) Viúvo (a)

5) Qual sua cor/raça/etnia?

- Parda Amarela Branca
 Preta/Negro Indígena

6) Qual sua religião?

- Cristianismo/Católica Protestante/Evangélica
 Espírita Candomblé e Umbanda
 Budismo Nenhuma
 Outra: _____

7) Qual sua escolaridade?

- Graduação Especialização Mestrado Doutorado
Outros

Tempo de formação? _____

Qual instituição se formou? _____

8) Quanto tempo tem de serviço público?

- menos de 1 (um) ano De 1 a 5 anos De 6 a 10 anos
 De 10 a 20 anos Mais de 20 anos

9) Quanto tempo atua na área da saúde no âmbito hospitalar?

- menos de 1 (um) ano De 1 a 5 anos De 6 a 10 anos
 De 10 a 20 anos Mais de 20 anos

10) Qual é o seu vínculo empregatício com o Estado - TO?

Contrato temporário

Concurso Público

Outro – qual? _____

PARTE II

MARQUE COM UM X AS OPÇÕES VERDADEIRAS:

1) Quais dessas ações você executou no seu cotidiano profissional, com relação aos atendimentos diretos aos/as usuários/as, especificamente as ações socioassistenciais?

democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;

construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;

enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;

facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;

conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;

conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;

fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;

organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;

- () formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- () buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- () elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;

Observação: _____

2) Quais das ações socioeducativas abaixo listadas, você desenvolveu com os/as usuários/as?

- () sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- () democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- () realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- () realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- () democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- () socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- () elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;

- () mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- () realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

Observação: _____

3) Quais ações de articulação com a equipe foram efetivadas no atendimento direto aos/as usuários/as?

- () esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;
- () elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- () incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária.
- () garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde;
- () identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida
- () realizar em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros), o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do

trabalho (licença) e aos seguros sociais (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre – DPVAT), bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;

() planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;

() avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe;

() participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;

() realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, às autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do assistente social.

Observação: _____

4) Com relação a mobilização, participação e controle social, quais dessas ações você realizou em seu trabalho profissional?

() estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;

() mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;

() contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;

- () articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;
- () participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva;
- () participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- () contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;
- () estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- () estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático
- () incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal;
- () participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- () democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos;
- () socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos;
- () estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais;
- () identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde.

Observação: _____

5) No que diz respeito as ações de investigação, planejamento e gestão, quais dessas abaixo relacionadas você executou?

- elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe;
- contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;
- participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação;
- identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros;
- realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados;
- participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual;
- fortalecer o potencial político dos espaços de controle social por meio de estudos em relação aos mesmos a fim de subsidiá-los com relação às questões enfrentadas pelos conselhos na atualidade;

- () participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- () realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional.
- () fornecer subsídios para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas;
- () criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo, fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais;
- () integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético-político profissional;
- () sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação.

Observação: _____

6) Quais dessas ações de assessoria, qualificação e formação profissional você efetivou no seu dia-a-dia profissional?

- () fortalecer o controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis;
- () formular estratégias coletivas para a política de saúde da instituição, bem como para outras esferas por meio da organização e coordenação de seminários e outros eventos;
- () criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- () participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;

- () participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação/implementação da NOB RH/SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional;
- () qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada;
- () elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participar, em conjunto com os demais trabalhadores da saúde, da proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição;
- () criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, bem como espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da unidade;
- () assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.

Observação: _____

7) Abaixo estão relacionadas algumas ações que os assistentes sociais rotineiramente executam em seus cotidianos profissionais, nos hospitais estaduais. Quais delas você desenvolveu?

- () marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- () solicitação e regulação de ambulância para remoção de usuários/as;
- () requerimento de transporte aos municípios de origens dos/das usuários/as em situação de alta hospitalar;
- () realização de busca de profissional técnico de enfermagem e motorista para remoção de usuários/as;
- () efetivação e montagem do processo de laqueadura tubária e vasectomia de usuários/as;
- () identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- () efetivação de ações de regulação de vagas em outras unidades hospitalares;
- () convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;

- () comunicação de óbitos;
- () efetivação de ligações para usuários/as;
- () autorização de visitas e trocas de acompanhante fora do horário;
- () emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- () preenchimento de Declaração de óbito e Declaração de Nascido Vivo;
- () montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Observação: _____

8) Desempenhou ações que você considera que não são de competência profissional do Serviço Social, mas que dizem respeito a outra área técnica profissional?

- () Sim () Não

Observação: _____

9) Executou ações que considera ser de caráter administrativo, que poderiam ser efetivadas por profissionais da área administrativa?

- () Sim () Não

Observação: _____

Parte III

ASSINALE AS RESPOSTAS CORRETAS REFERENTES ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NAS UNIDADES HOSPITALARES

- 1) O setor de Serviço Social teve sala adequada para atendimento individual e que garantia o sigilo no atendimento, conforme estabelece a Lei de Regulamentação e Código de Ética da profissão? () Sim () Não

Observação: _____

- 2) O Setor de Serviço Social possuiu todos os instrumentos/recursos materiais de trabalho, necessários para que os profissionais executassem suas atividades, como por exemplo: mesas, cadeiras, computador, linha e aparelho telefônico, arquivos e/ou armários, impressora multifuncional (impressora, copiadora e scanner)?
() Sim () Não

Observação: _____

- 3) Dos itens relacionados abaixo, quais o Serviço Social tinha no setor?
() Mesas e cadeiras suficientes para os/as profissionais e usuários/as
() Computador

Linha e aparelho telefônico

Arquivos e/ou armários

Impressora multifuncional

Outros _____

- 4) O Serviço Social teve autonomia para executar seu trabalho, sem interferências de outros profissionais e/ou gestores, no sentido de dizerem o que os profissionais deveriam ou não fazer? () Sim () Não**

Observação: _____

- 5) O setor de Serviço Social teve como garantir o sigilo das informações de seus produtos de trabalho (documentos produzidos através dos atendimentos aos/às usuários/as) com arquivos para arquivar os documentos e também pela inviolabilidade do local de trabalho? () Sim () Não**

Observação: _____

- 6) O Serviço Social funcionou 24 (vinte quatro horas)? () Sim () Não**

Observação: _____

- 7) Em resposta positiva a questão anterior, em horário noturno, os profissionais possuíram repouso próprio para horário de descanso? () Sim () Não

Observação: _____

- 8) O setor de Serviço Social tinha construído algum protocolo, plano ou projeto de suas atividades para nortear seu trabalho?

() Sim () Não

Observação: _____

- 9) Ainda sobre a questão anterior, acredita que esses documentos ajudaram ou ajudariam a melhorar o trabalho dos profissionais?

() Sim () Não

Observação: _____

- 10) Vocês conseguiram se reunir ao menos uma vez por mês para discutir sobre o trabalho desenvolvido pelo setor, dificuldades encontradas, melhorias a serem efetivadas, etc.?

() Sim () Não

Observação: _____

11) Vocês tiveram uma boa relação profissional com a gestão hospitalar, no sentido de conseguirem dialogar e expor situações que inferiam em seus trabalhos?

Sim Não

Observação: _____

12) No decorrer do ano de 2017 tiveram situações conflitantes e que dificultaram ou impediram o desenvolvimento dos trabalhos?

Sim Não

Observação: _____

13) Tem algum/alguma assistente social do Setor de Serviço Social que faz 40 horas semanais e que não tem o direito de 30 horas garantido?

Sim Não

Observação: _____

Deseja receber o resultado desta pesquisa: sim não

email: _____

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO A –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Continuação do Parecer: 3.263.603

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: O trabalho Profissional do/a Assistente Social nos Hospitais Estaduais do Tocantins. **Pesquisador:** Rosemeire dos Santos **Área Temática:**

Versão: 3

CAAE: 01652918.6.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.263.603

Apresentação do Projeto:

A pesquisa propõe analisar o trabalho dos/das assistentes sociais dos hospitais Estaduais de Miracema, Paraíso, Guaraí e Pedro Afonso no Estado do Tocantins, estabelecendo como objetivos específicos: Destacar o perfil dos/das assistentes sociais dos hospitais; Investigar quais atribuições/atividades são executadas no atendimento direto aos/as usuários/as – ações socioassistenciais, ações socioeducativas e de articulação com a equipe; Levantar quais atividades são efetivadas pelos profissionais no sentido de: mobilização, participação e controle social; Identificar as ações desenvolvidas com relação a: investigação, planejamento e gestão; - Avultar quais atividades são realizadas que dizem respeito a: assessoria, qualificação e formação profissional; e Averiguar as competências e habilidades dos/das assistentes sociais nos hospitais do Estado do Tocantins de acordo com as orientações do conjunto CFESS/CRESS.

- Avultar as condições de trabalho dos/das assistentes sociais nessas unidades hospitalares.

Na apresentação do projeto, tem-se uma descrição adequada da proposta do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o trabalho dos/das assistentes sociais dos hospitais de Miracema, Paraíso, Guaraí e

Pedro Afonso
Objetivo Secundário:

- Destacar o perfil dos/das assistentes sociais dos hospitais de Miracema, Paraíso, Guaraí, Pedro Afonso e

Porto Nacional do Estado do Tocantins;

- Investigar quais atribuições/atividades são executadas no atendimento direto aos/as usuários/as – ações socioassistenciais, ações socioeducativas e de articulação com a equipe;

- Levantar quais atividades são efetivadas pelos profissionais no sentido de: mobilização, participação e controle social;

- Identificar as ações desenvolvidas com relação a: investigação, planejamento e gestão;

- Avultar quais atividades são realizadas que dizem respeito a: assessoria, qualificação e formação profissional;

- Averiguar as competências e habilidades dos/das assistentes sociais nos hospitais do Estado do Tocantins de acordo com as orientações do conjunto CFESS/CRESS.

- Avultar as condições de trabalho dos/das assistentes sociais nessas unidades hospitalares.

A Definição de Objetivos, é coerente com o título e a metodologia do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos aos participantes da pesquisa pode-se destacar: receio de revelar informações de seu trabalho, sentimento de estar sendo vigiado/a, medo de expor suas opiniões e sofrer retaliações e/ou perseguições. Os benefícios para os/as participantes da pesquisa se evidenciará no momento em que forem responder os questionários, tendo em vista que, proporcionará aos/as mesmos/as que façam uma reflexão sobre suas atividades/ações profissionais cotidianas e sobre suas condições de trabalho, que devido ao cotidiano acelerado, dificulta tal exercício. Quando tiverem acesso ao TCC pronto, possibilitará aos/às profissionais analisarem através dos resultados da pesquisa, as semelhanças e diferenças das ações desenvolvidas em cada unidade hospitalar pesquisada, assim como, as condições materiais de trabalho.

A Avaliação dos Riscos e Benefícios, foi descrita adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto representa uma contribuição para analisar o trabalho dos/das assistentes sociais dos hospitais de Miracema, Paraíso, Guaraí e Pedro Afonso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória, foram apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências apontadas no parecer anterior foram atendidas, satisfatoriamente.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1078315.pdf	10/04/2019 22:52:15		Aceito
Outros	CartaoCEP2019abril.PDF	07/04/2019 09:12:30	Rosemeire Santos dos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto2019abril.docx	07/04/2019 09:11:58	Rosemeire Santos dos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2019abril.doc	07/04/2019 09:11:17	Rosemeire Santos dos	Aceito
Cronograma	Cronogramaatualizado2019abril.PDF	07/04/2019 09:10:34	Rosemeire Santos dos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisaalterado2019.docx	15/03/2019 13:26:46	Rosemeire Santos dos	Aceito
Outros	CartaoCEP2019.PDF	14/03/2019 22:10:44	Rosemeire Santos dos	Aceito
Outros	CartaoCEPUFT.PDF	18/02/2019 14:50:43	Rosemeire Santos dos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEalterado2019.doc	18/02/2019 14:47:16	Rosemeire Santos dos	Aceito
Cronograma	Cronogramaatualizado2019.PDF	18/02/2019 14:46:20	Rosemeire Santos dos	Aceito
Outros	Declaracao_Orientador.pdf	26/12/2018 12:02:05	Rosemeire Santos dos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	26/12/2018 12:01:28	Rosemeire Santos dos	Aceito
Outros	Questionario.docx	15/10/2018 20:10:20	Rosemeire Santos dos	Aceito
Outros	Guarai.pdf	15/10/2018 20:09:21	Rosemeire Santos dos	Aceito

Outros	PedroAfonso.PDF	15/10/2018 20:07:59	Rosemeire Santos	dos	Aceito
Outros	Paraiso.pdf	15/10/2018 20:07:08	Rosemeire Santos	dos	Aceito
Outros	Miracema.pdf	15/10/2018 20:06:11	Rosemeire Santos	dos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	19/06/2018 10:49:38	Rosemeire Santos	dos	Aceito
Outros	carta.pdf	19/06/2018 10:47:23	Rosemeire Santos	dos	Aceito
Outros	planilha.pdf	19/06/2018 10:44:18	Rosemeire Santos	dos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/06/2018 10:41:37	Rosemeire Santos	dos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 12 de Abril de 2019

**Assinado por:
PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA
(Coordenador(a))**