



**Universidade de Brasília/UnB
Instituto de Ciências Humanas/IH
Departamento de Serviço Social/SER**

Natália Pereira Caixeta

**O Serviço Social no campo da saúde do trabalhador:
uma análise da atuação profissional**

Brasília-DF

2014

Natália Pereira Caixeta

**O Serviço Social no campo da saúde do trabalhador:
uma análise da atuação profissional**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social (SER), do Instituto de Ciências Humanas (IH), como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, pela Universidade de Brasília (UnB), sob orientação do Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli.

**Brasília-DF
2014**

Natália Pereira Caixeta

**O Serviço Social no campo da saúde do trabalhador:
uma análise da atuação profissional**

A Banca Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília, da estudante

Natália Pereira Caixeta

Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli
Professor Orientador – SER/UnB

Prof^a. Dr^a. Carolina Cassia Batista Santos
Professora Examinadora Interna – SER/UnB

Prof^a. Dr^a. Andreia de Oliveira
Professora Examinadora Interna – SER/UnB

Brasília-DF, 08 de julho de 2014.

A saúde dos operários é, portanto um problema de todo país. Cada um tem um dever a cumprir, para colocar um fim à demolição psicofísica daqueles que criam as riquezas do país e que estão sujeitos à pior exploração. Os especialistas, as Municipalidades e as Províncias, o Estado, os sindicatos, os estudantes, o movimento operário na sua totalidade, os intelectuais de todas as disciplinas, cada um no seu próprio campo de ação pode contribuir para esta finalidade (BERLINGUER, 1983, p. 73).

AGRADECIMENTOS

Dedico esta conquista a Deus pela inspiração, força, proteção, por me fazer sonhar e acreditar ser possível realizar. Eu sempre sinto sua presença em todos os momentos. À minha família que sempre se mostrou presente, me dando apoio, incentivo e um amor incomparável – Orlando, Luzia e Lucas. Obrigada por me buscarem diversas vezes na parada de ônibus, pelo apoio financeiro e moral. Agradeço por acreditarem que valeria a pena.

À professora Carolina que desde o primeiro ano de curso eu tive o prazer de conhecer, obrigada pelo carinho, atenção, compreensão e pelos ensinamentos. Agradeço por gentilmente aceitar avaliar este trabalho, sua opinião é de suma importância.

Ao meu orientador Reginaldo, pela compreensão, carisma, paciência, educação, respeito, pelo direcionamento e conhecimentos transmitidos, e mais, obrigada por acreditar que isto seria possível.

À professora Andreia de Oliveira que tive contato no decorrer do curso, registro aqui minha admiração e gratidão. Obrigada por aceitar avaliar este trabalho.

Às minhas supervisoras de estágio, Telmara, Ângela, Edith e Maria da Ajuda, que contribuíram grandemente neste processo de formação.

Ao grupo de pesquisa: *Novas Modalidades de Organização do Trabalho: o trabalhador cooperado em Brasília – DF*, pelo conhecimento em mim agregado e pelos ricos momentos de reflexão conjunta.

Às minhas amigas e colegas de curso Andreia, Lia e Deisi Anne, pelo companheirismo e por me ouvirem em momentos tão delicados. A força e carinho de vocês foi de grande valia.

Por fim, a todas as pessoas que passaram na minha vida e contribuíram para minha formação pessoal que transcende qualquer espaço de formação.

RESUMO

Este trabalho analisa de forma aproximativa a atuação profissional do (a) assistente social no campo da saúde do trabalhador objetivando fomentar esse debate na área de Serviço Social, de forma a se pensar possibilidades e estratégias de intervenção, articulação e ampliação da autonomia nos espaços organizacionais. Em um primeiro momento, foram feitas análises da bibliografia relacionada ao tema e, posteriormente, foram realizadas duas (02) entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais inseridas (os) em uma empresa do setor elétrico, localizada em Brasília/DF, no período de fevereiro de 2014. Observa-se a partir deste trabalho, que a atuação das (os) assistentes sociais inseridas (os) no campo da saúde do trabalhador pode ser ampliado para além da articulação com o plano de saúde ofertado pela empresa, como também com programas voltados aos trabalhadores terceirizados e/ou contratados pela empresa. Além disso, pode-se perceber que há a valorização da profissão e o estímulo a criação e implementação de programas e projetos, mas há também uma sobrecarga das profissionais tendo em vista a elevada demanda e a jornada do plantão social. Com isso, também se identifica a ausência de tempo para reflexão crítica das ações e da relação entre teoria e prática para a efetivação dos princípios assegurados no Código de Ética do Assistente Social e do seu Projeto Ético Político Profissional.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Serviço Social. Atuação Profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CF/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

DRT - Delegacias Regionais do Trabalho

INSS - Instituto Nacional de Previdência Social

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PNSST – Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

PAT - Posto de Atendimento ao Trabalhador

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	p. 9
CAPÍTULO 1 SERVIÇO SOCIAL E QUESTÃO SOCIAL: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO SIGNIFICADO SOCIAL DA PROFISSÃO.....	p. 12
1.1 Crise capitalista e transformações no mundo do trabalho: repercussões no Serviço Social.....	p. 20
CAPÍTULO 2 O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO.....	p. 26
2.1 Saúde do Trabalhador: a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).....	p.32
CAPÍTULO 3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA: ALGUMAS APROXIMAÇÕES.....	p. 37
3.1 O exercício profissional do assistente social no campo da saúde do trabalhador: desafios e perspectivas.....	p. 38
3.1.1 As atribuições e competências das assistentes sociais.....	p. 39
3.1.2 Principais demandas apresentadas, articulações institucionais, profissionais e o Código de Ética do (a) Assistente Social.....	p. 40
3.1.3 Unidade teoria e prática e relação com o Projeto Ético Político do Serviço Social.....	p. 43
3.1.4 Trabalho interdisciplinar e multiprofissional nas organizações.....	p. 44
3.1.5 Limites e possibilidades nos espaços sócio ocupacionais.....	p. 45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p. 47
REFERÊNCIAS.....	p. 49
APÊNDICE 1 ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	p. 54
APÊNDICE 2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	p. 57

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa configura-se na análise da atuação profissional do (a) assistente social no campo da saúde do trabalhador, com enfoque nas demandas e dilemas apresentados no cotidiano profissional, considerando as particularidades dos espaços sócio-ocupacionais. Busca-se compreender quais são as principais demandas colocadas no âmbito da saúde do trabalhador nas organizações, e quais os principais dilemas enfrentados pelo assistente social cotidianamente.

Diante das transformações societárias contemporâneas, de ordem política, cultural, econômica e social, que conseqüentemente trazem rebatimentos para a vida e saúde dos trabalhadores, é importante considerar que constitui-se área de atuação, compromisso ético e profissional do assistente social a inserção em espaços sócio-ocupacionais que incidem diretamente no campo da saúde do trabalhador. Para Netto (2009, p. 17), não há dúvidas de que o Serviço Social surge em consonância com as mazelas próprias à ordem burguesa, tendo vinculação com a chamada questão social¹.

Segundo Mendes e Wunsch (2011, p.462),

A expansão da área da saúde do trabalhador pode caracterizar-se por meio de dupla dimensão: uma decorrente da nova ordem do capital sobre o trabalho; outra por conta do reconhecimento político da área, representado pela sua inserção, ainda que insuficiente, no conjunto das políticas públicas e intersetoriais, resultante da capacidade de organização de diferentes agentes políticos.

Dentre os rebatimentos do capital sobre o trabalho, podemos citar o período dos anos 1980, no Brasil, com a reestruturação produtiva ocorrida na fase de *acumulação flexível*² do capital. Este processo é marcado pela ampliação e intensificação do trabalho em suas diversas dimensões (intelectual, física e psicológica), acarretando no desgaste dos trabalhadores e no modelo de racionalização das empresas. Tais determinações desencadearam alterações,

¹ Para Cerqueira Filho (1982, p. 21), “[...] queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a ‘questão social’ está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho”.

² “O conceito de *acumulação flexível*, segundo Harvey (1994), refere-se à passagem do modo fordista de acumulação capitalista, dominante de 1920 a 1970, principalmente a partir de 1945, com o reforço keynesiano, para um modo flexível, como forma de superar a crise do capital, verificada a partir do início dos anos 70. O novo estágio é constituído da intensificação de estratégias de distribuição geográfica do capital, da produção e seu controle” (FREIRE, 2006, p.32).

[...] em sua estrutura, nas políticas econômicas de expansão, nos processos de produção, organização e gestão da força de trabalho, com ênfase no controle do processo de trabalho e na criação de uma nova cultura pautada na competitividade do mercado globalizado (FREIRE, 2006, p. 34).

Neste sentido, considera-se importante estudar e analisar os rebatimentos dessas transformações na vida dos trabalhadores e, em especial, na saúde³ destes. Para tanto, o foco da pesquisa enfatiza a atuação profissional do (a) assistente social inserido nas organizações capitalistas.

Para a realização da pesquisa, foi utilizado um estudo de caso sobre a atuação profissional no âmbito da saúde do trabalhador em uma empresa do setor elétrico, identificando as atribuições e competências do (a) assistente social, as principais demandas sociais, as articulações institucionais e profissionais, bem como limites e possibilidades nos espaços sócio-ocupacionais e a relação com o Projeto Ético Político da Profissão.

Com o objetivo de aproximação da realidade das organizações e do cotidiano profissional dos (as) assistentes sociais, foram realizadas duas (2) entrevistas semiestruturadas com profissionais inseridas (os) em uma empresa do setor elétrico, no período de fevereiro de 2014. No primeiro momento da realização da entrevista, foi apresentado o objetivo da pesquisa, sua metodologia, pontos relevantes, a garantia do sigilo das informações e a possibilidade de participar dos resultados da pesquisa.

Essa pesquisa também objetiva aproximar-se do debate acerca da atuação profissional dos assistentes sociais no campo da saúde do trabalhador de forma a apresentar sua relevância. Dessa forma, espera-se com os resultados da pesquisa contribuir de alguma forma com a ampliação da discussão da saúde do trabalhador na área do Serviço Social.

Diante do exposto, o capítulo 1 analisa o significado social do Serviço Social e sua relação com a questão social. Para tanto, se discute a emergência e institucionalização da profissão e sua relação com o processo de produção e reprodução social.

Em seguida, no capítulo 2, se discute o Serviço Social no campo da saúde do trabalhador e seus desafios frente ao projeto ético-político profissional. Também se

³ “Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição de papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado” (CFESS, 2010).

ênfatiza a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e o Centro de Referência em Saúde do (a) Trabalhador (a), como espaços de consolidação de direitos no campo da saúde e resultado de mobilizações coletivas, destacando também seus desafios atuais.

Por fim, no capítulo 3, se aborda o percurso metodológico da pesquisa e a análise das entrevistas. Esse processo propiciou uma aproximação com a realidade vivenciada cotidianamente pelas profissionais, além de identificar os limites e possibilidades deste campo de atuação que é a saúde do trabalhador.

CAPÍTULO 1 SERVIÇO SOCIAL E QUESTÃO SOCIAL: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO SIGNIFICADO SOCIAL DA PROFISSÃO

O Serviço Social surge em consonância com a expansão do capitalismo monopolista⁴, fase em que o objetivo principal era “o acréscimo dos lucros capitalistas através do controle dos mercados” (NETTO, 2009, p. 20) reproduzindo uma realidade repleta de alienação, contradição e antagonismos. Tal fase é marcada pelo crescimento econômico, concomitante ao crescimento da pobreza e miséria no mundo (MARTINELLI, 1991, p. 95).

Ligada a Burguesia, Igreja e ao Estado, a profissão até meados do século XX buscava “afirmar-se historicamente – sua própria trajetória o revela – como uma prática humanitária, sancionada pelo Estado e protegida pela Igreja, como uma mistificada ilusão de servir” (MARTINELLI, 1991, p. 69).

Com a institucionalização do Serviço Social⁵ enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho coletivo⁶ e o reconhecimento da Questão Social⁷ como objeto de intervenção do assistente social, possibilitou-se apreender os processos sociais a partir de uma perspectiva de totalidade e como eles se reproduzem no cotidiano.

Segundo Iamamoto e Carvalho, é no capitalismo industrial e financeiro que surge a necessidade de um profissional que compreenda as contradições entre proletariado e burguesia, tendo em vista as desigualdades existentes. Como também:

O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas,

⁴ Segundo Netto, “[...] a organização monopólicia introduz na dinâmica da economia capitalista um leque de fenômenos que deve ser sumariado: a) os preços das mercadorias (e serviços) produzidas pelos monopólios tendem a crescer progressivamente; b) as taxas de lucro tendem a ser mais altas nos setores monopolizados; c) a taxa de acumulação se eleva, acentuando a tendência descendente da taxa média de lucro (Mandel, 1969, 3: 99-103) e a tendência ao subconsumo; d) o investimento se concentra nos setores de maior concorrência, uma vez que a inversão nos monopolizados torna-se progressivamente mais difícil (logo, a taxa de lucro que determina a opção do investimento se reduz); e) cresce a tendência a economizar trabalho “vivo”, com a introdução de novas tecnologias; f) os custos *de venda* sobem, com um sistema de distribuição e apoio hipertrofiado – o que, por outra parte, diminui os lucros adicionais dos monopólios e aumenta o contingente de consumidores improdutivos (contrarrestando, pois, a tendência ao subconsumo)” (2009, p. 20-21).

⁵ “A profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente à “organização da caridade”, à “racionalização da filantropia” nem à “organização da caridade”; vincula-se à dinâmica da ordem monopólicia” (NETTO, 2009, p. 73). Como também, a profissão se consolida com o desenvolvimento e constituição das Políticas Sociais e seus (precários e insuficientes) padrões de Proteção Social (YASBEK, 2009, p. 13).

⁶ Reflexão proposta por IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. São Paulo, Cortez/Celats, 1982.

⁷ “A Questão Social é expressão das desigualdades sociais constitutivas do capitalismo. Suas diversas manifestações são indissociáveis das relações entre as classes sociais que estruturam esse sistema e nesse sentido a Questão Social se expressa também na resistência e na disputa política” (YASBEK, 2009, p. 3).

mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social (2009, p.77).

Ainda sobre a relação do Serviço Social e a Questão Social, Yazbek, esclarece que,

[...] a Questão Social em suas variadas expressões, em especial, quando se manifesta nas condições objetivas de vida dos segmentos mais empobrecidos da população, é, portanto, a “matéria-prima” e justificativa da constituição do espaço do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho e na construção/atribuição da identidade da profissão (2009, p. 6).

O Serviço Social está inserido no seio das relações e reproduções sociais⁸, possibilitando ao profissional entender que a construção social é resultado da produção que apesar de ser coletiva, a sua apropriação mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2009, p. 27), gerando as desigualdades sociais e as disputas políticas.

Desse modo, lamamoto aponta:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. [...] É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (2009, p. 28).

Assim, o exercício profissional do assistente social se articula com as variadas demandas ofertadas pela sociedade, bem como, as relações às quais permeiam. Entender a questão social é captar suas causas e expressões como resultadas da luta de classes⁹ no cotidiano.

Neste sentido, segundo Yasbek,

[...] o Serviço Social participa tanto da criação de condições para a sobrevivência material das classes subalternas, como de uma ação socioeducativa tensionada pela dinâmica contraditória dos interesses em confronto no espaço em que se movimenta” (2009, p. 14).

⁸ “Refere-se à reprodução das forças produtivas e das relações de produção na sua globalidade, envolvendo, também, a reprodução da produção espiritual, isto é, das formas de consciência social: jurídicas, religiosas, artísticas, filosóficas, através das quais se toma consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 72).

⁹ “A história de todas as sociedades que existiram até nossos dias tem sido a história das lutas de classes. Homem livre e escravo, patrício e plebeu, senhor e servo, mestre de corporação e aprendiz; numa palavra, opressores e oprimidos, em constante oposição, têm vivido numa guerra ininterrupta, ora franca, ora disfarçada; uma guerra que terminou sempre, ou por uma transformação revolucionária da sociedade inteira, ou pela destruição das duas classes em luta” (MARX e ENGELS, 2003, p. 29).

O assistente social age na luta pela garantia dos direitos sociais e pelo acesso aos serviços e recursos necessários para a plena realização humana.

Segundo Iamamoto e Carvalho, o assistente social sabe articular as demandas tanto impostas pelo capital como pela classe trabalhadora, participando,

[...] dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, dar resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história (2009, p. 75).

Neste sentido, o surgimento do Serviço Social no Brasil foi precedido por ações assistenciais, representadas pela Associação das Senhoras Brasileiras (1920), no Rio de Janeiro, e da Liga das Senhoras Católicas (1923), em São Paulo, como também, de Ações Sociais da igreja católica ligadas à Confederação Católica (1922), tendo em vista centralizar o apostolado laico (IAMAMOTO e CARVALHO, p. 167).

O Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), criado em 1932, foi a entidade fundadora e mantenedora da primeira Escola de Serviço Social no país (YASBEK, 2009, p. 7). Este Centro teve influências da Bélgica e da França, repercutindo até aproximadamente o ano de 1939, com cunho conservador. Segundo Yasbek (2009, p. 7), o CEAS era mantido com mensalidades das sócias e tinha como objetivos, a difusão da doutrina e ação social da igreja. Inclui-se dentre as programações, ensinamentos sobre encíclicas papais, filosofia e outros.

Neste momento, a “questão social” é vista a partir de uma “questão moral” da Igreja. “Trata-se de um enfoque conservador, individualista, psicologizante e moralizador da questão, que necessita para seu enfrentamento de uma pedagogia psicossocial, que encontrará, no Serviço Social, efetivas possibilidades de desenvolvimento” (YASBEK, 2009, p. 8). É nesta relação que o Serviço Social traça seus primeiros objetivos político-sociais,

[...] orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador contrário aos ideários liberal e marxista na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja em face da “questão social” (YASBEK, 2009, p. 8).

A partir de 1940, com influências do Serviço Social norte-americano, começa-se a traçar avanços em direção contrária ao conservadorismo católico, com um caráter técnico e com influências da teoria social positivista.

Sob orientação do CEAS e como resultados dos esforços desempenhados pelas jovens católicas da época, em 1936, é fundada a primeira Escola de Serviço Social no Brasil, em São Paulo.

Uma marca importante para o desenvolvimento e ampliação de atuação do assistente social, está na promulgação da Lei nº 2.497, de 24.12.1935, que cria o Departamento de Assistência Social do Estado. Segundo Iamamoto e Carvalho,

A ele competiria: a) superintender todo o serviço de assistência e proteção social; b) celebrar, para realizar seu programa, acordos com as instituições particulares de caridade, assistência e ensino profissional; c) harmonizar a ação social do Estado, articulando-a com a dos particulares; d) distribuir subvenções e matricular as instituições particulares realizando seu cadastramento. [...] estruturação dos Serviços Sociais de Menores, Desvalidos, Trabalhadores e Egressos de reformatórios, penitenciárias e hospitais e da Consultoria Jurídica do Serviço Social (2009, p. 174).

Ainda segundo Iamamoto e Carvalho (2009, p. 193), a primeira experiência do Serviço Social na empresa, no Brasil, ocorre na década de 1940, com atividades relacionadas à legislação trabalhista (licença-maternidade, acidentes de trabalho aposentadoria, seguro de vida e outros), e atividades ligadas a mulheres e crianças em ambiente externo às indústrias.

A profissionalização e institucionalização do Serviço Social ocorrem em conformidade com a existência de demandas impostas pelo mercado de trabalho brasileiro, levando o profissional a vender sua força de trabalho participando de uma relação de assalariamento, a qual passa estar atrelado o seu significado social no seio das reproduções das relações sociais, a partir do trabalho, ou, sua venda (NETTO, p. 73). Ainda segundo Netto (2009, p.74), “[...] o Serviço Social é indivorciável da ordem monopólica – ela cria e funda a profissionalidade do Serviço Social”.

A década de 1940 foi marcada pelo surgimento de diversas escolas de Serviço Social nas capitais dos Estados, dentre elas, quatorze enviaram representantes ao I Congresso Brasileiro de Serviço Social¹⁰, realizado em 1947 (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 186). Para Netto (2009, p. 70), neste momento começa, mesmo que timidamente, a dimensão investigativa e teórica da profissão.

Apesar de a profissão ter seu surgimento relacionado à Igreja e à Burguesia, a partir da década de 40, ela se diferencia das práticas de caridade e do assistencialismo representando a “[...] evolução dos antigos métodos, favorecida pelas descobertas científicas, pelo desenvolvimento dos estudos sociológicos e,

¹⁰ O I Congresso Brasileiro de Serviço Social foi uma realização do Centro de Estudos e Ação Social (CEAS).

principalmente, pela intensidade e complexidade dos problemas sociais presentes” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 201).

O rompimento da profissão em questão, com o conservadorismo católico e com o assistencialismo, foi resultado de debates e da articulação coletiva dos profissionais inseridos nas mais diversas áreas, sendo assim, um processo gradual e articulado. Ao mesmo tempo em que a profissão avançava no entendimento da garantia de direitos ainda permaneciam as ações filantrópicas. Esse processo é denominado por Netto (2009, p. 71), como *relação de continuidade*, coexistindo com uma *relação de ruptura*. Neste sentido, luta-se por uma nova ordem societária e pode-se entender que,

[...] a ruptura com o Serviço Social tradicional se inscreve na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, de luta pela libertação nacional e de transformações da estrutura capitalista excludente, concentradora, exploradora” (FALEIROS, 1987, p. 51).

O movimento que contribuiu para o rompimento com o Serviço Social tradicional¹¹ denominou-se Movimento de Reconceituação. Segundo Netto (2005, p. 9), o marco inicial foi o I Seminário Regional Latino-Americano de Serviço Social, realizado no Brasil, Porto Alegre, em maio de 1965, com a presença de 415 participantes do Brasil, Uruguai e Argentina. Período concomitante à Ditadura Militar brasileira, com início em 1964.

Considera-se importante ressaltar que a Reconceituação, durou aproximadamente dez anos, iniciados em 1965, e possibilitou desenvolver alternativas de ruptura com o tradicionalismo nos planos metodológico interventivo e político-ideológico (NETTO, 2005, p. 11). O interesse consistia em adequar os procedimentos profissionais às novas demandas societárias. Para Faleiros,

[...] a formulação de um pensamento crítico no serviço social, vinculado à luta de classes, não foi obra de nenhum “iluminado”, mas o resultado de um processo histórico complexo de lutas, de resistência ao imperialismo e à ordem dominante, de organização das classes subalternas e de construção de um projeto político de aliança de intelectuais com os dominados, explorados e oprimidos, na luta por mudanças profundas (2004, p. 25).

Dentre as propostas apresentadas neste período, a adoção de um método para a explicação do ser social a partir de uma perspectiva crítica foi uma das

¹¹ Para Netto (2005, p. 6), o tradicionalismo é caracterizado por práticas empiristas, reiterativas, paliativas e burocráticas, orientadas por uma ética liberal-burguesa, que, de um ponto de vista claramente funcionalista, que visava enfrentar as incidências psicossociais da “questão social” sobre indivíduos e grupos.

conquistas, por meio de uma trajetória teórica (YASBEK, 2009, p. 5). O contato com a Teoria Social de Karl Marx possibilitou traçar outro viés para a profissão, fruto de debates que se ampliaram entre os países latino-americanos a partir da década de 1970.

Ainda segundo Yasbek (2009, p. 10), o contato com as obras de Marx ocorreu sem o recurso ao seu pensamento original. No Brasil, o Serviço Social entra em contato com a teoria social de Marx através de Yamamoto (1982), que realiza essa interlocução. A relação entre teoria e a prática, a partir dos estudos de Marx, permitiu uma análise crítica dialética da realidade. Para Netto (2004, p. 27), “[...] toda a análise crítica implica a articulação do que está “posto” a seu “pressuposto” e do “pressuposto” ao que está “posto”, o que propicia a relação teoria/prática como um movimento dialético”.

Diante da contextualização do Movimento de Reconceitualização, Netto (2009, p. 154-159) considera haver três dimensões no interior desse processo, relacionadas a mudança, continuidade e intenção de ruptura. Sendo eles: *a perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura*.

Ainda segundo Netto (2009, p. 154-159), a *perspectiva modernizadora* caracteriza-se por buscar uma nova fundamentação para legitimar o papel e os procedimentos profissionais, por exemplo, procurando aporte teórico no estrutural-funcionalismo norte-americano. Aos profissionais mais resistentes às mudanças propostas têm-se a *reatualização do conservadorismo* que consistia na vinculação à tradição positivista e à fenomenologia. A perspectiva de *intenção de ruptura* com o Serviço Social tradicional marca um momento de negação e crítica da herança teórico-metodológica do pensamento conservador e com seus paradigmas de intervenção social. Tal processo se deu de forma heterogênea e a intenção de ruptura contribuiu de maneira significativa para no fortalecimento da categoria profissional, bem como, sua atualização e compreensão crítica da sociedade e das evidências da questão social.

Dentre tantos, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1979, conhecido como o “congresso da virada”, marcou a profissão devido à mobilização da categoria em favor de um pluralismo político, representando a oportunidade de traçar novos projetos societários (NETTO, 1999, 10-11).

A partir da reforma nos currículos acadêmicos e do avanço na acumulação teórica¹² na década de 1980, permitiu-se pensar em um projeto profissional que representasse os anseios da categoria, apresentando um novo perfil de profissional.

Deste modo, o Serviço Social na década de 1980 é marcado por amplo adensamento bibliográfico, bem como, publicações de artigos e larga pesquisa, possibilitando assim a recusa e a crítica ao conservadorismo presente na profissão (NETTO, 1999, p. 13).

Diante deste quadro, visando concretizar as conquistas até então alcançadas, os profissionais formularam um novo Código de Ética Profissional, instituído em 1986. Momento marcado pelo “rompimento com o conservadorismo na explicitação frontal do *compromisso profissional* com a massa da população brasileira, a classe trabalhadora” (NETTO, 1999, p. 14). Tendo em vista novas possibilidades éticas, o código foi reformulado e promulgado em 1993, se tornando o Código de Ética vigente.

A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social¹³ foi um processo, realizado desde a década de 70, culminando como a elaboração e construção do Código de Ética do/a Assistente Social¹⁴ – Lei 8.662/93, e a Lei de Regulamentação da Profissão de 1993 e as Diretrizes Curriculares de 1996, consideradas conquistas da profissão. Delineiam-se as opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais, ou seja, dando aporte a uma análise crítica da realidade social e estabelece o compromisso profissional com a classe trabalhadora.

Vale ressaltar que o Serviço Social tem seu projeto profissional interligado a um projeto societário, que por sua vez, está em disputa com o projeto societário hegemônico da sociedade capitalista. Esta última prioriza o capital em detrimento da classe trabalhadora e apoia ações neoliberais¹⁵, que descaracteriza o direito social.

¹² A partir da década de 1970 e 80, surgiram as primeiras pós-graduações, mestrados, doutorados e especializações nas universidades do Brasil, no campo do Serviço Social.

¹³ “Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais)” (NETTO, 1999, p. 4).

¹⁴ Os Códigos de Ética são instrumentos de fundamentação de valores de natureza ética. E, “a valoração ética atravessa o projeto profissional como um todo, não constituindo um mero segmento particular dele” (NETTO, 1999, p. 8).

¹⁵ “O neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo” (ANDERSON, 1995, p. 9). O neoliberalismo é caracterizado pela mínima intervenção do Estado no mercado. Os governos neoliberais tiveram em comum um amplo programa de privatização, a abolição do controle sobre fluxos financeiros e o aumento drástico nos níveis de desemprego aliado aos cortes em gastos sociais (ANDERSON, 1995, p. 9-23).

Enquanto, o projeto do serviço social está interligado à transformação da sociedade¹⁶, tendo em vista a conquista de direitos pela classe trabalhadora.

Segundo Netto (1999, p. 16), o Projeto Ético-Político do Serviço Social, prioriza a relação com os usuários dos serviços, de maneira que o assistente social tenha o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, como publicidade dos recursos institucionais e a participação dos usuários nas decisões, tornando assim um espaço democrático e universal de direitos.

Assim, o Projeto Ético-Político do Serviço Social tem como princípios e compromissos,

[...] o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a *liberdade* concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, *o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero.* (NETTO, 1999, p. 15-16).

A respeito do Projeto Ético-Político do Serviço Social, Teixeira e Braz (2009, p. 8-9) afirmam que há elementos no projeto que o materializam, tais como: a produção de conhecimentos no interior do Serviço Social, as instâncias político organizativas da profissão e a dimensão jurídica-política da profissão.

Sobre o aparato técnico-operativo, teórico-metodológico e ético-político que o Serviço Social vem construindo, nota-se que a incorporação da teoria social marxista contribuiu de maneira significativa para a discussão e construção de um projeto profissional baseado numa perspectiva crítica e emancipatória.

Ainda na década de 1980, outro aspecto a ser ressaltado, é a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, que legitima a saúde, assistência social e a previdência social como “direito de todos e dever do Estado”, se tornando atualmente os principais campos de atuação do assistente social.

O Serviço Social como profissão consolidada no capitalismo monopolista e formada por princípios éticos e políticos, luta constantemente para a consolidação dos direitos sociais¹⁷ nas suas mais variadas instâncias, como por exemplo as inúmeras expressões da questão social (pobreza, fome, saneamento básico, acesso à cultura e lazer, saúde, habitação e outros).

¹⁶ Reflexão apresentada por Teixeira e Braz (2009, p.5).

¹⁷ São direitos sociais, segundo a Constituição Federal de 1988: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Além do mais, o trabalho do assistente social se materializa com base em uma *autonomia relativa*¹⁸, pois o assistente social, como trabalhador assalariado, pode ampliar ou reduzir a sua intervenção, dependendo das forças em presença, mas, sempre tendo em vista o projeto societário e profissional ao qual a profissão almeja.

O trabalho do assistente social é repleto de embates políticos e de conflitos de interesses, construído pela relação capital e trabalho, mas mesmo assim, Iamamoto afirma que, “sempre existe um campo para a ação dos sujeitos, para a proposição de alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação das possibilidades e contradições presentes na própria dinâmica da vida social” (2000, p. 21).

Com isso, ao analisar a construção do significado histórico da profissão e seu posicionamento ético-político frente às consequências da relação capital e trabalho, fica evidenciada a disputa de interesses na sociedade capitalista e os desafios postos para a profissão, pois,

Os valores e princípios ético-políticos radicalmente humanos, que iluminaram as trilhas percorridas pelos assistentes sociais nas últimas décadas, sofrem hoje um forte embate com a idolatria da moda, o fetiche do mercado e do consumo, o individualismo possessivo, a lógica contábil e financeira que se impõe e sobrepõe às necessidades e direitos humanos e sociais (IAMAMOTO, 2009, p. 140-141).

Dentre os desafios apontados, as constantes crises do capital e suas repercussões no mundo do trabalho têm alterado as demandas, incidindo nos campos de trabalho do assistente social e conseqüentemente na sua relação com o Estado.

1.1 Crise capitalista e transformações no mundo do trabalho: repercussões no Serviço Social

Apesar da consolidação e legitimação do Serviço Social na contemporaneidade, isso não a isenta de influências ocasionadas pelo novo ordenamento da sociedade frente à crise do capital e seus rebatimentos no trabalho.

Para Netto e Braz,

¹⁸ 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, forneçam meios e recursos para 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 trabalho do qual ele participa. (IAMAMOTO, 2005 p. 63).

A análise teórica e histórica do Modo de Produção Capitalista comprova que a crise não é um acidente de percurso, não é aleatória, não é algo independente do movimento do capital. Nem é uma enfermidade, uma anomalia ou uma excepcionalidade que pode ser suprimida no capitalismo. Expressão concentrada das contradições inerentes ao MPC, a crise é *constitutiva* do capitalismo: **não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise** (2006, p. 157).

As transformações societárias mudaram o ordenamento do processo de trabalho, como também, seus mecanismos de controle e organização. Marcado pela flexibilização (da produção, das relações de trabalho e pelo afrouxamento dos direitos trabalhistas), a desregulamentação (das relações comerciais e dos circuitos financeiros), e a privatização (do patrimônio estatal) (NETTO, 2012, p. 417), este momento atingiu todo o mundo de maneira desencadeada por conta da mobilidade espaço-temporal ocasionada pela globalização, urbanização e a informatização dos mecanismos de comunicação.

No que toca aos avanços das consequências da crise do capital no mundo, justifica-se devido à globalização. Segundo Netto (1996, p. 91),

A globalização, ainda, vem agudizando o padrão de competitividade intermonopolista e redesenhando o mapa político-econômico do mundo: para assegurar mercados e garantir a realização de superlucros, as grandes corporações têm conduzido processos supranacionais de integração – os megablocos (União Européia, Nafta, APEC) – que, até agora, não se apresentam como espaços livres de problemas para a concertação dos interesses do grande capital [...].

O processo de globalização é representado pela interligação dos países, aos quais interagem de maneira econômica, política e social. E, através dessa interação ocorre a expansão do capitalismo.

Vale-se ressaltar, que os mais prejudicados com a crise capitalista são dos vendedores da força de trabalho, diante do aumento expressivo do desemprego e da pobreza.¹⁹

[...] a razão última de todas as crises reais é sempre a pobreza e a restrição ao consumo das massas em face do impulso da produção capitalista a desenvolver as forças produtivas como se apenas a capacidade absoluta de consumo da sociedade constituísse seu limite (MARX, 1985, III, 2-24).

Após a II Guerra Mundial, o mundo capitalista participou de um período marcado pela articulação entre as diversas economias, por meio da internacionalização do capital. Processo que ocorre “por meio das empresas

¹⁹ Termo utilizado por Netto e Braz (2006, p. 161).

industriais transnacionais, da mundialização do capital financeiro e da divisão internacional dos mercados e do trabalho” (MOTA, 2008, p. 50).

A internacionalização do capital ultrapassou os limites do Estado. As empresas transnacionais passam a produzir mais-valor simultaneamente em vários países, isso ocorre como um meio de burlar as políticas estatais regionalizadas (MOTA, 2008, p. 51).

Os “trinta anos gloriosos” do capitalismo marcados pela sua expansão e altas taxas de lucratividade perdurou da década de 30 ao final dos anos 1960, seguido da crise de 1929 e da II Guerra Mundial. O autor John Maynard Keynes (1883-1946), no seu livro *Teoria geral do emprego, do juro e da moeda*, com publicação em 1936, defendeu a intervenção estatal com vistas a reativar a produção (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 82-83).

Tendo em vista o período de glória do capital, o pacto Keynesiano-fordista tinha como objetivo principal a “produção em massa para o consumo de massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho” (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 86), ou seja, uma regulação das relações sociais. Além de preconizar

[...] um brutal aumento da produtividade do trabalho a partir da decomposição do processo de trabalho em movimentos rigorosamente estudados, tendo em vista o controle do tempo, e um conjunto de estratégias de gestão, monitorando o fluxo de informações e da autoridade... (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 87).

Assim, o Keynesianismo e o Fordismo,

[...] associados, constituem os pilares do processo de acumulação acelerada de capital no pós-1945, com forte expansão da demanda efetiva, altas taxas de lucros, elevação do padrão de vida das massas no capitalismo central, e um alto grau de internacionalização do capital, sob o comando da economia norte-americana, que sai da guerra sem grandes perdas físicas e com imensa capacidade de investimento e compra de matérias-primas [...] (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 88).

A crise que emergia no fim dos anos 60 e início da década de 70, ocorreu devido há alguns fatores, como: a queda da taxa de lucro, o esgotamento do padrão de acumulação taylorista e fordista, hipertrofia da esfera financeira, maior concentração de capitais, crise do Estado de Bem Estar Social e dos seus mecanismos e a privatização do Estado, como consequência da desregulamentação e flexibilização do processo produtivo (ANTUNES, 1999, p. 29-30).

Na crise capitalista “a oferta de mercadorias torna-se excessiva em relação à procura (demanda) e, então, restringe-se ao limite a produção” (NETTO e BRAZ, 2006, p. 158).

Tendo em vista a superação da crise na sociedade capitalista, a economia se reorganiza no campo das forças produtivas, desencadeando em alterações nas produções e reproduções sociais, bem como, nas relações sociais cotidianas.

As mudanças ocasionadas pela reestruturação produtiva nada mais são do que alternativas para a superação da crise e ressurgimento ainda mais forte do capital. Como apontado por Mota (2008, p. 65-67), são mudanças no que diz respeito à recomposição do processo global de acumulação e aos mecanismos sócio-políticos e institucionais, necessários à manutenção do processo de produção e reprodução social.

Tendo em vista a reorganização da economia para a superação da crise, a globalização e a internacionalização do capital contribuíram de maneira significativa. Não há mais obstáculos geopolíticos. O escoamento da produção acontece de maneira espontânea. Permitindo assim, novos espaços para consumo e para produção.

A reestruturação produtiva refere-se ao,

[...] esgotamento do padrão de crescimento da década de 1970, sob a hegemonia norte-americana, de que são exemplos os impactos da política do fortalecimento do dólar, implementada pelos Estados Unidos, e a crise do petróleo que afetou o preço das matérias-primas (MOTA, 2008, p. 67).

A ofensiva generalizada do capital e do Estado contra a classe trabalhadora é resultante da privatização do Estado, desmoronamento dos direitos trabalhistas, alterações significativas no setor produtivo e sua reestruturação (ANTUNES, 1999, p. 29-34).

Reerguer os países de uma crise não é tarefa fácil. É neste momento que a competitividade típica do capitalismo entra em cena. Nos anos 80, por exemplo, os Estados Unidos tem o Japão como seu principal concorrente no que tange à tecnologia. Assim, para Antunes (1999), esse acirramento contribui de maneira negativa na vida dos trabalhadores, uma vez que,

[...] apesar do significativo avanço tecnológico encontrado (que poderia possibilitar, em escala mundial, uma real redução da jornada ou do tempo de trabalho), pode-se presenciar em vários países, como a Inglaterra e o Japão, para citar países do centro do sistema, uma política de prolongamento da jornada de trabalho (p. 33).

A sociedade que se vê é uma sociedade que se pauta por uma relação homem, tecnologia e natureza, conduzida por uma lógica voltada prioritariamente para a produção de mercadorias e para o processo de valorização do capital, onde, as relações sociais se distanciam e os movimentos sociais dos trabalhadores se enfraquecem (ANTUNES, 1999, p. 34).

Para Mota (2009, p. 12),

Trata-se de construir um *novo trabalho/trabalhador coletivo* à base de uma nova divisão internacional e sociotécnica do trabalho, que mantém a parte nobre (planejamento, projetos, pesquisa em C & T, *designers* etc.) da produção nos países centrais, enquanto transfere para os países periféricos o *trabalho sujo e precário*, contando com uma mão-de-obra barata, a heterogeneidade de regimes de trabalho, a dispersão espacial e a desproteção dos riscos do trabalho.

No caso brasileiro, Freire (2006, p. 31), aponta que a reestruturação produtiva consolidou-se a partir do governo Collor de Melo, em 1989, sob o despotismo da competitividade provocada pelo mercado globalizado, no atual estágio de *acumulação flexível* do capital”.

Os novos ordenamentos da economia e da sociedade vão refletir significativamente na inserção do Serviço Social nas empresas capitalistas. Aumenta a demanda por profissionais que compreendessem a realidade social e os direitos dos trabalhadores.

A inserção do Serviço Social nas empresas pode dar direção ao trabalho tendo em vista os interesses da classe trabalhadora, a partir de uma consciência crítica da realidade. Dentre sua diversidade de atividades neste âmbito, estão

gestão de recursos humanos; programas participativos; desenvolvimento de equipes; ambiência organizacional; qualidade de vida no trabalho, voluntariado; ação comunitária; certificação social; educação ambiental etc (AMARAL e CESAR, 2009, p. 2).

Com a organização da profissão através do Movimento de Reconceituação e a adoção de um pensamento crítico, acerca da realidade social articulado à classe trabalhadora, os assistentes sociais passam a “compreender a trama das relações sociais contraditórias, determinada por condições históricas objetivas” (AMARAL e CESAR, 2009, p. 3).

Mota (1985, p. 16), aborda sobre a inserção do Serviço Social nas empresas, afirmando que se trata de uma resposta a exigência do capital, com um trabalho institucional de cunho assistencial e educativo junto ao empregado e sua família.

Como também, surge tanto para a preservação da força de trabalho dos empregados como a necessidade de mediar conflitos entre capital e trabalho, tendo em vista, sua produtividade. Através de ações ligadas ao absenteísmo, insubordinação, acidentes de trabalho, abuso de álcool e outras drogas, etc.

A intervenção do assistente social em Programas de Qualidade de Vida busca conjugar interesses entre patrões e empregados, isto é, articular a produtividade da empresa aliada às necessidades de bem estar dos trabalhadores (AMARAL e CESAR, 2009, p. 12).

No âmbito da Qualidade de Vida nas empresas, a Saúde dos trabalhadores é campo de atuação dos assistentes sociais, articulando com o plano de saúde privado ofertado pelo contratante. A partir desse ponto, considera-se importante estudar a inserção dos assistentes sociais nesta área, destacando como eixos norteadores a política de saúde e a política nacional de saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO 2 O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: DESAFIOS AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO

Diante das transformações sociais ocasionadas pela relação capital e trabalho e suas repercussões na vida dos trabalhadores, a atuação do profissional em Serviço Social no campo da saúde, especificamente, nas organizações têm ampliado, fazendo-se necessário fomentar o debate.

O debate e necessidade interventiva no campo da saúde do trabalhador ganhou destaque conforme a proteção social²⁰ vem sendo instituída e consolidada na sociedade. No caso brasileiro, o seu debate se inicia em 1970 e se afirma com a Constituição Federal de 1988, inserida na Seguridade Social²¹ como um direito universal e de competência do Sistema Único de Saúde - SUS.

Para compreender esse processo, o conceito de saúde do trabalhador está interligado “a análise do processo de trabalho, a partir da concepção marxiana, e o trabalhador como ser social de intervenção desse processo em torno da luta pelo direito à saúde e condições de trabalho que não o agrida” (OLIVAR, 2010, p. 316). Neste sentido, a perda da saúde do trabalhador está relacionada à apropriação do capital sobre o trabalho e a vida do trabalhador (WUNSCH e MENDES, 2011, p. 171).

A construção do SUS e a regulamentação da Lei n. 8.080/90²², traz como competências, “atuar na saúde do trabalhador tanto na assistência, na vigilância e controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, como na promoção da saúde” (OLIVAR, 2010, p. 317). Tais políticas e orientações se reafirmam e ganham maior visibilidade na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994.

As ações no campo da saúde do trabalhador foram realizadas tanto pelo Ministério da Saúde como pelo Ministério do Trabalho, nesse primeiro momento de transição da década de 1990. Ao Ministério da Saúde, competiram ações relacionadas

²⁰ O significado da proteção social surgiu no “modelo de seguro social e evoluiu para o conceito de seguridade social, constituindo-se num campo jurídico formal, assegurando os direitos a ela relacionados” (WUNSCH e MENDES, 2011).

²¹ Entendida como “a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências” (CFESS, 2010, p. 15). A seguridade social brasileira é constituída pela saúde, previdência e assistência social.

²² Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

à assistência, operacionalização, formulação e implementação de políticas (OLIVAR, 2010, p. 320-322).

Neste sentido, Olivar (2010) aponta a concentração de esforços da Área Técnica de saúde do trabalhador, que ocorreu de 1990 a 2010, aproximadamente, através de ações,

[...] de Vigilância e na Atenção Básica da Saúde; a elaboração de protocolos²³, normas e diretrizes, entre as quais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost) em 1997; a lista de doenças relacionadas ao trabalho e o *Manual de procedimentos* para orientar as ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, publicado em 2001; edição da Medida Provisória n. 316, de 11 de agosto de 2006 [...]; o desenvolvimento de indicadores de saúde do trabalhador para os sistemas de informação em saúde e uma proposta de “Política Nacional de Saúde do Trabalhador”, [...] denominada Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, disposta na Portaria Interministerial n. 800, de 3 de maio de 2005 (2010, p. 319).

Tendo em vista a construção da política de saúde no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária brasileira contribuiu de maneira significativa neste processo, lutando por um Estado democrático de direito. Consta-se como pautas a,

[...] melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações [...] (CFESS, 2010, p. 17).

A Reforma Sanitária brasileira analisada a partir do estudo de Paim (2009, p. 27-37), é considerada como uma *‘ideia, proposta, projeto, movimento e um processo’*. Neste sentido, após críticas reiteradas aos ideais da Medicina Preventiva e a crise da saúde durante o autoritarismo, surgem respostas que buscavam articular as práticas políticas com a teoria (p. 31). A materialização desse pensamento foi apresentada no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979 (p. 31).

Enquanto um projeto, a Reforma Sanitária se organiza em um Relatório Final exibido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), como expressão de um conjunto de políticas e proposta de um leque de mudanças (PAIM, 2009, p. 31).

²³ “São os seguintes: trabalho infantil, acidentes de trabalho, anamnese ocupacional, exposição a chumbo metálico, perda auditiva induzida por ruído, pneumoconioses, riscos químicos por exposição a benzeno, câncer relacionado ao trabalho – leucemias mielóide, dermatoses ocupacionais, exposição a material biológico” (OLIVAR, 2010, p. 319).

A Reforma Sanitária é também um movimento, pois, articula um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que se afirmam tendo em vista a democratização da saúde (PAIM, 2009, p. 31). Por ser resultado de um conjunto de atos relacionados às práticas sociais, no que tange a economia, política e cultura, é um processo e nesse sentido, são considerados marcos desse processo,

[...] a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e o desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Constituinte, Constituição de 1988 e conjuntura pós-88 (PAIM, 2009, p. 31).

Houve um esfriamento do movimento sanitarista a partir da segunda metade da década de 1980 e 1990, segundo Paim (2009), ocasionado pelas programações relacionadas ao Sistema Único de Saúde – SUS, bem como, investimentos do Estado, em conferências e debates sobre esta temática.

Vale ressaltar que o movimento sanitarista ainda está em curso e contribuiu para ampliar o debate e fomentar a reflexão de variados segmentos no que concerne à saúde e a ampliação de seu conceito. O Sistema Único de Saúde brasileiro é resultado dessas mobilizações, a partir de uma visão de democracia, universalidade, justiça, dignidade, efetividade, integralidade e de qualidade (PAIM, 2009, p.36). Sendo assim, resultados obtidos a partir da relação com o Estado, sociedade e movimentos sociais e ainda considerados como desafios para a agenda contemporânea da política de saúde.

Em contraposição a Reforma Sanitária está o modelo privatista amparado pela contrarreforma do Estado, cujas ações se pautam pela focalização das políticas sociais, a mercantilização da saúde e da previdência e a ampliação do assistencialismo (CFESS, 2010, p.18).

Tal realidade traz inúmeras implicações para o trabalho do assistente social, desde suas condições de trabalho até sua formação profissional. Além do mais, ocorre uma ampliação da demanda e precarização das relações de trabalho (CFESS, 2010, p.21).

Também é importante destacar, sob essa ótica, que há uma disputa na sociedade contemporânea pela hegemonia dos dois modelos de saúde: o privado e o público-democrático. Mas, na sociedade atual há um grande “estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo outro sistema para os consumidores” (CFESS, 2010, p.19).

O maior desafio na atualidade consiste em efetivar o modelo proposto na Constituição Federal brasileira de 1988, que estabelece,

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, p. 54).

Para a efetivação dos objetivos propostos na CF/88, é necessária articulação com os diversos segmentos da sociedade, estimulando a criação de espaços de participação popular, como conselhos, conferências, ouvidorias, movimentos sociais, e outros, pois,

Tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura (CFESS, 2010, p. 21).

Os princípios e objetivos pensados pela Reforma Sanitária estão em consonância com o Projeto Ético Político do Serviço Social tendo em vista a política de saúde como “parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular do Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária” (CFESS, 2000).

A saúde enquanto área de atuação dos assistentes sociais deve ser pensada como possibilidade de concretização da liberdade, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. Essas propostas estão articuladas com a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero (NETTO, 1999, p. 104-105). As ações profissionais podem possibilitar o acesso público e igualitário à saúde como direito de cidadania.

O grande desafio consiste em articular os princípios da profissão com as possibilidades concretas da realidade. O assistente social deve analisar a saúde como espaço de contradição entre o capital e o trabalho, entendendo sua construção histórica, política e social, possibilitando compreender a realidade e atuando como profissional capaz de promover a saúde enquanto direito social e inalienável.

No campo da saúde do trabalhador, especificamente, o assistente social intervém de maneira que possibilita uma melhor qualidade de vida no ambiente de trabalho, a partir do entendimento da saúde como campo amplo com diversos determinantes, inclusive sociais.

Para Mendes e Almeida (2004, p. 8), o desafio é “[...] garantir a liberdade e a autonomia do trabalhador, visto que as instituições priorizam a produtividade, o lucro, sendo, portanto, subsidiadas por interesses econômicos que se sobrepõem às capacidades humanas”.

O Serviço Social inserido na área da qualidade de vida das organizações, busca compreender a relação entre o trabalho, saúde e doença, de maneira que norteie seu trabalho tendo em vista a promoção e proteção à saúde do trabalhador. Através da criação de programas e projetos que contam com a participação dos trabalhadores, e da articulação com a equipe interdisciplinar, composta muitas vezes por psicólogos, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e outros, além, do assistente social. Uma inserção para além do entendimento de que saúde no ambiente de trabalho é simplesmente ausência de acidentes de trabalho.

A partir de uma articulação com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, o campo da saúde do trabalhador é um campo amplo e repleto de possibilidades, pois envolve, segundo Bisneto (2007),

Empenhar-se na viabilização dos direitos sociais e de cidadania aos trabalhadores em dificuldade social; repassar serviços de saúde que são assegurados socialmente e institucionalmente a todos, sem discriminação em todos os níveis de assistência (universalidade, integralidade, equidade); garantir acesso às informações, fazendo divulgação e publicização, assegurar a democratização das informações aos trabalhadores; empenhar-se na participação da comunidade nos programas de saúde; garantir o funcionamento dos Conselhos e Conferências em Saúde do Trabalhador com a participação dos trabalhadores e profissionais engajados; participar da formulação de políticas e da execução de ações em todos os âmbitos de Saúde do Trabalhador em equipe interdisciplinar; participar da política de formação de recursos humanos; realizar ações educativas sistemáticas e continuadas nos diversos programas de atenção à saúde do trabalhador e realizar estudos e pesquisas a níveis epidemiológicos, institucionais e comunitários que contribuam para esclarecer demandas postas pelos trabalhadores e que possam orientar diretrizes populares aos programas de atenção à saúde.

Ainda assim, considera-se importante a articulação do assistente social com os mais diversos setores do campo da saúde pública, para além da saúde privada fornecida pelas organizações, por exemplo, contato com as assistentes sociais inseridas nos hospitais públicos, bancos de sangue, laboratórios, dentre outros, além de manter atualizada a rede credenciada do plano de saúde privado.

Para uma atuação comprometida e ética, o assistente social deve buscar se qualificar e se capacitar constantemente, tendo em vista a dinamicidade das demandas como respostas às transformações sociais. Nos processos desenvolvidos,

faz-se necessário dar voz ao trabalhador de forma que participe do planejamento, desenvolvimento e execução das ações de maneira que se sinta parte do processo e as intervenções sejam reflexo das necessidades sociais e individuais.

A maioria das ações do Serviço Social no campo da saúde do trabalhador está relacionada às ações de cunho preventivo e articuladas com o plano de saúde ofertado pela empresa, que inclui o empregado, a empresa e os beneficiários. Dentre elas estão: programas de dependência química, campanhas de doação de sangue, autorizações de emergência, tratamentos fora do domicílio, programa de internação domiciliar, retorno ao trabalho, dentre outros.

Neste sentido, considera-se o maior desafio do Serviço Social nesta área analisar a saúde para além do entendimento de doença, e ampliá-lo em seu local de trabalho a partir de uma compreensão dos determinantes sociais e da dimensão da vida social para além das barreiras das empresas, entendendo que a qualidade de vida, por exemplo, consiste em ter boas condições de habitação, alimentação, transporte, educação, acesso à informação, remuneração, saneamento básico, etc.

Deste modo, o Projeto Ético-Político do Serviço Social contribui para nortear as ações dos profissionais do Serviço Social em conjunto com a Política Nacional de Saúde Trabalhador e da Trabalhadora e a Constituição Federal de 1988, além de outras normativas institucionais e o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Nesse sentido, o assistente social é um profissional que se compromete com a classe trabalhadora e lida com os rebatimentos da contradição do modo de produção capitalista e luta pelos direitos dos trabalhadores, em especial, a saúde, tendo a clareza de que a relação trabalho, saúde e doença são expressões da questão social inerentes ao modelo de sociedade existente.

Com isso, considerando o avanço nas legislações como resultado das mobilizações sociais e a articulação de sindicatos e outros segmentos da sociedade e dos trabalhadores, a promulgação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora vem contribuir para o trabalho do assistente social nesta respectiva área, utilizando-se como instrumento a pressão social, viabilização de direitos e a defesa da saúde pública.

2.1 Saúde do Trabalhador: a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

Tendo em vista as transformações ocasionadas na sociedade e, em especial, no trabalho ao longo das últimas décadas, observa-se sua reorganização, racionalização e intensificação no ritmo, como algumas de suas características. Com base nas mudanças no mundo do trabalho na contemporaneidade, o trabalhador²⁴ passa a contribuir com sua força física e intelectual, ou seja, uma exigência para além de ações técnicas e práticas, criando as “[...] condições necessárias para persuadir o trabalhador a dar o máximo de sua capacidade psicofísica” (MOTA, 1998).

Nesse processo de apropriação da energia e capacidade física e intelectual do trabalhador, as doenças ocasionadas pelo trabalho e os acidentes de trabalho são ampliados e intensificados. Segundo a Organização Internacional do Trabalho,

[...] de um total de 2,34 milhões de acidentes de trabalho mortais a cada ano, somente 321.000 se devem a acidentes. Os restantes 2,02 milhões de mortes são causadas por diversos tipos de enfermidades relacionadas com o trabalho, o que equivale a uma média diária de mais de 5.500 mortes. Trata-se de um déficit inaceitável de Trabalho Decente (OIT, 2014).

Ainda segundo a OIT (2014), são necessárias ações preventivas em lugar de tratamento e reabilitação. Para além dos custos financeiros, a proteção à saúde do trabalhador é um direito que deve ser garantido e preservado nas organizações, a partir da compreensão de que o trabalho é um meio e não um fim, indispensável à vida do ser humano.

Dentre as principais doenças acometidas aos trabalhadores brasileiros, estão:

[...] as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); o surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse e a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001, p. 19).

Além das principais doenças, há também os fatores de risco à saúde e segurança dos trabalhadores, estando presentes ou relacionados ao trabalho. Nesse

²⁴ Nessa concepção, trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores – articularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas – habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2001).

aspecto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.28-29), informa que tais fatores podem ser classificados em cinco grandes grupos:

FÍSICOS: ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros;

QUÍMICOS: agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho;

BIOLÓGICOS: vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária;

ERGONÔMICOS E PSICOSSOCIAIS: decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros;

MECÂNICOS E DE ACIDENTES: ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho.

Tendo em vista os fatores de risco e a proteção à saúde do trabalhador a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Portaria nº. 1.823, de 23 de agosto de 2012, surge no sentido de pensar e colocar em prática meios de prevenção e conscientização, acerca da importância de se melhorar as condições do ambiente de trabalho para preservar a saúde física e mental dos trabalhadores (PINTO, 2008). Contraditoriamente, considerando a hegemonia capitalista, há também a necessidade de que se contribua para a maximização da produção e dos lucros junto às organizações.

A implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), foi resultado da participação e mobilização social em conferências²⁵, conselhos e espaços de debates, nos quais, apresentava-se as demandas e pensava-se em estratégias a serem levadas aos órgãos competentes. Ela se destina a todos os trabalhadores, com prioridade as pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como pessoas “inseridas em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde” (BRASIL, 2012, art. 7º), alinhando-se ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde

²⁵ A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é almejada desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (GOMEZ, 2013, p. 27).

do trabalhador e as condições de vida e trabalho como determinantes no processo saúde e doença (BRASIL, 2012).

A PNSTT delimita princípios, diretrizes e objetivos no campo da saúde, apresenta estratégias e responsabilidades, além de apontar meios para a avaliação, monitoramento e o financiamento da saúde do trabalhador no Brasil.

Além disso, têm como objetivo fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde. Dentre suas finalidades, está o controle e a avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas. Dessa forma, destaca-se a reestruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e a articulação com as equipes técnicas dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de modo que forneçam apoio sempre que necessário ao SUS.

Portanto, a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e, em especial, a criação da RENAST e dos CEREST estabeleceu uma nova matriz para a atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores, pois deu início à sua visibilidade como uma questão de saúde pública, tendo como eixos fundamentais *a intersectorialidade, a transversalidade e integralidade* das ações do Estado e, ainda, o controle social (LOURENÇO, 2009, p. 149).

Para Gómez (2013), a presença do CEREST como um dos objetivos principais da PNSTT, é um desafio visto que o quadro técnico profissional se encontra reduzido, como observado em suas pesquisas.

Ainda segundo Gómez (2013), a intersectorialidade e a integralidade das ações presentes na PNSTT, só seria possível através de uma análise do perfil produtivo e a situação de saúde dos trabalhadores; da integração da VISAT com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde; do fortalecimento, ampliação e da articulação intersectorial, da participação dos trabalhadores e do controle social; e do desenvolvimento e capacitação adequadamente dos profissionais e dos gestores (p. 22).

Um avanço apresentado na PNSTT, consiste na proposta de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros que apresentem correlação com a área de saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação (BRASIL, 2012). No que se ao SUS, busca-se promover a formação e capacitação dos trabalhadores do SUS na temática de saúde do trabalhador.

A PNSTT, também prevê competências para o SUS e seus gestores, como coordenar a política em âmbito nacional e desenvolver estratégias juntamente com a Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST).

Pode-se observar que a proteção à saúde dos trabalhadores tem sido efetivada como respostas às necessidades sociais e como resultado de ações tanto da sociedade civil como dos profissionais de saúde. As políticas e os programas existentes possibilitam resguardar o trabalho e evitar condições de degradação e exploração a milhares de pessoas.

Além disso, inseridos na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), cabem aos centros de referência promoverem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância, no âmbito estadual e municipal.

De acordo com Lourenço (2009),

[...] para que fosse possível o desenvolvimento da saúde do trabalhador no SUS, construiu-se uma estrutura hierárquica de relações entre as três esferas de governo: união, estado e municípios. Em âmbito federal foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), nos Estados os Centros Estaduais de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST – e nos municípios, porém com abrangência regional, implantaram-se os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – antes denominados de CRST e atualmente CEREST (p. 148).

As ações intersectoriais realizadas pelos centros consistem em envolver órgãos como o Posto de Atendimento ao Trabalhador (PAT), as Delegacias Regionais do Trabalho (DRT), o Ministério Público, o Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), as universidades, sindicatos dos trabalhadores, dentre outros (LOURENÇO, 2009, p.149).

Com relação às ações de saúde do trabalhador no SUS, os atendimentos nos Centros de Referência são realizados por uma equipe de profissionais qualificados para realizar o diagnóstico do estado de saúde do trabalhador, e se for constatada a relação da doença com o trabalho, ele será atendido no ambulatório de saúde do trabalhador, caso contrário, é encaminhado a outros serviços da Rede SUS (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, avança no sentido de delimitar as atribuições do CEREST e de suas equipes técnicas. Dentre elas, estão previstas atividades relacionadas à formação e capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que

possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos. Além disso, prevê o desempenho de funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

No caso do Distrito Federal, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador é composto por aproximadamente 39 servidores, dentre eles, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos e agentes administrativos. Há também uma demanda apresentada de outros profissionais, como: engenheiro de segurança, técnico de segurança do trabalho, fonoaudiólogos e psicólogos (SES/DF, 2014). É interessante destacar que não se faz menção à demanda por profissionais do Serviço Social, o que provoca algumas indagações e hipóteses, como o desconhecimento das atribuições e competências profissionais dos assistentes sociais no campo da saúde do trabalhador, a reduzida inserção de assistentes sociais nestes espaços de trabalho, dentre outras questões. Por isso, esta pesquisa pretende apresentar algumas aproximações sobre o exercício profissional dos assistentes sociais neste campo de atuação, de forma a contribuir para reflexões sobre a necessidade destes profissionais na saúde do trabalhador.

A partir desse estudo, observa-se que apesar da ampliação do debate sobre a temática de saúde do trabalhador nos últimos anos, o grande desafio é a efetivação dos princípios apresentados nos diversos instrumentos legais e normativos de proteção à saúde do trabalhador, como a Constituição Federal Brasileira de 1988, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho. Dentre tantas estratégias necessárias nesse cenário, uma das ações que se faz necessária é a disponibilização de informações por meio dos veículos comunicacionais, pois o que se observa muitas vezes é que o trabalhador desconhece tais medidas e políticas protetivas e de garantia de direitos, o que contribui para formas de desmobilização coletiva. Além do mais, muitas vezes o trabalhador também não conhece formas e mecanismos de denúncia das condições degradantes de trabalho às quais vivencia e se submete. Tal contexto obstaculiza estratégias de mobilização, organização e participação dos trabalhadores, como sujeitos coletivos, no sentido de pressionar, reivindicar e exigir condições dignas de trabalho.

CAPÍTULO 3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA: ALGUMAS APROXIMAÇÕES

O debate aqui iniciado resulta de um estudo bibliográfico sobre a saúde do trabalhador e da trabalhadora brasileira e de duas (2) entrevistas semiestruturadas realizadas com assistentes sociais inseridas (os) em uma empresa do setor elétrico, em fevereiro de 2014, localizada em Brasília-DF. No primeiro contato com as (os) entrevistadas (os), foi apresentado o objetivo da pesquisa, sua metodologia, pontos relevantes, a garantia do sigilo das informações e a possibilidade dos sujeitos participarem dos resultados da pesquisa.

As perguntas selecionadas possibilitaram identificar as atribuições e competências das (os) assistentes sociais, as demandas, articulações institucionais e profissionais, bem como limites e possibilidades nos espaços sócio ocupacionais e a relação com o Projeto Ético Político da Profissão.

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi realizada seguindo alguns critérios previamente estabelecidos: ser assistente social com registro no conselho de classe competente e estar inserido em algum espaço ocupacional relacionado à área da saúde do trabalhador.

Os dados coletados foram analisados através de um estudo qualitativo²⁶, utilizando-se como aporte teórico-metodológico o materialismo histórico-dialético²⁷. O movimento realizado parte do pressuposto de que “não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência” (MARX e ENGELS, 2007, p.86-87), ou seja, são as condições materiais de vida as quais os sujeitos estão inseridos que influenciam nas articulações e escolhas políticas no cotidiano profissional. Este movimento de ir e vir permite analisar e apreender as contradições, as mediações e a totalidade no movimento histórico da realidade. Assim, a busca não será “para apreender a aparência ou a forma dada do objeto, mas a sua essência, a sua estrutura

²⁶ “A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas” (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 244).

²⁷ A teoria social de Marx vincula-se a um projeto revolucionário, assim como o projeto ético-político do Serviço Social está relacionado a um novo projeto de sociedade. Neste sentido, “como bom materialista, Marx separa o que é da ordem da realidade, do objeto, do que é da ordem do pensamento (o conhecimento operado pelo sujeito): começa-se “pelo real e pelo concreto”, que aparecem como dados; pela análise, chega-se a conceitos, a abstrações que remetem a determinações as mais simples. Este foi o caminho ou, caso queiram, o método” (NETTO, 2011, p. 12).

e a sua dinâmica” (NETTO, 2011, p. 6) a partir de aproximações sucessivas e de sínteses de múltiplas determinações para a compreensão da realidade. Diante disso, serão apresentados a seguir os pontos relevantes identificados nas entrevistas realizadas com as assistentes sociais que atuam no campo da saúde do trabalhador, de forma a atender a finalidade desta pesquisa.

3.1 O exercício profissional do assistente social no campo da saúde do trabalhador: desafios e perspectivas

Dentre os diversos campos de atuação do (a) assistente social, está a saúde do (a) trabalhador (a). Justifica-se sua necessidade por ser a profissão considerada capacitada para compreender as expressões da questão social e conseqüentemente analisar o campo da saúde do trabalhador como expressão das condições de vida e trabalho dos (as) trabalhadores.

Nas organizações capitalistas, a relação capital *versus* trabalho encontra-se presente, e suas contradições e tensões, muitas das vezes, são amenizadas pelos programas de qualidade de vida e pelo plano de saúde ofertado pela empresa.

Tendo em vista uma aproximação ao tema, foram realizadas duas (2) entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais inseridas (os) em uma empresa do setor elétrico localizada em Brasília, no período de fevereiro de 2014. As (os) profissionais estão inseridas (os) na área de segurança, medicina e qualidade de vida e atuam juntamente com o plano de saúde ofertado pela empresa.

As entrevistas possibilitaram traçar alguns elementos do perfil profissional e identificar aspectos do exercício profissional. No que diz respeito à formação profissional, o ano de conclusão do curso de Serviço Social das (os) profissionais entrevistadas (os) data de 1975 e 1983, ou seja, ambas (os) profissionais se graduaram em um período que antecede tanto a revisão curricular do curso de Serviço Social de 1982, quanto a revisão das diretrizes de 1996. Porém, o Movimento de Reconceituação da profissão que teve seu início em 1965 influenciou nas formações das (os) profissionais. E se especializaram na área da saúde e da educação. Ainda neste ponto, outro aspecto a ser ressaltado são os motivos que as levaram a escolha pelo curso de Serviço Social. De acordo com a (o) Assistente Social A, *“Minha mãe escolheu, ela gostava e achou que eu iria gostar. Ela gostava de fazer caridade. Na*

verdade, eu queria veterinária". Já a (o) Assistente social B, diz que, *"Tinha interesse em Ciências Humanas e um ideal de realizar trabalhos de promoção humana"*.

Dessa forma, se observa nos relatos das (os) profissionais uma forte vinculação da profissão com os preceitos caritativos, da filantropia, do amor ao próximo, trazendo implicações para a forma de compreender e situar o Serviço Social na trama das relações sociais capitalistas contraditórias, ou seja, reconhecer o Serviço Social como profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho que participa do processo de produção e reprodução da vida social (IAMAMOTO, 2000).

Uma das hipóteses para essa concepção era a imagem social sobre a profissão que esteve associada às ações de bem-estar e assistencialismo, mas que está sendo desconstruída desde a década de 1965, pelo Movimento de Reconceituação, até os dias atuais.

Observa-se que as (os) profissionais mantêm uma formação continuada da profissão por meio de pós graduações vinculadas à área de formação, o que demonstra a compreensão das constantes transformações sociais, sua complexificação e heterogeneidade e a necessidade de estarem mantendo-se atualizadas (os).

Além do mais, ambas entrevistadas (os) exercem atividades há mais de 30 anos no campo da saúde do trabalhador em empresas, o que significa o reconhecimento da importância do Serviço Social neste campo de atuação e reforça a necessidade de ampliação deste espaço sócio-ocupacional como possibilidade para a inserção de novos profissionais.

3.1.1 As atribuições e competências das assistentes sociais

A atuação das (os) assistentes sociais entrevistadas (os) está relacionada às demandas dos empregados, seus dependentes e beneficiários do plano de saúde. Dentre as competências estão as análises dos processos para revalidação junto ao plano de saúde, acompanhamento familiar, apoio para internação dentro e fora do estado, remoções de urgência, orientações, autorização de exames e cirurgias em caráter emergencial, análise e estudo social, além de encaminhamentos para hospitais e outras especialidades da empresa como, psicologia, enfermagem, dentre outras.

As (os) profissionais trabalham trinta horas semanais na empresa e realizam um plantão social em horário contrário ao expediente. As jornadas são extensas e lidam cotidianamente com situações emergenciais, como remoções de urgência de um estado para outro, acidentes de trabalho, dentre outros. Além do atendimento no plantão social, há a coordenação que funciona por meio de outra linha telefônica que é coordenada por uma assistente social. Observa-se por meio das falas que, apesar da empresa cumprir a lei 12.317/2010 que estabelece a jornada de trabalho do (a) assistente social de trinta (30) horas semanais sem redução salarial, as (os) profissionais estendem as horas trabalhadas com o plantão social que é revezado entre três profissionais, sendo que, a coordenação é realizada por uma assistente social, ou seja, haverá expedientes que além do trabalho na empresa será realizado o atendimento da coordenação e do plantão, ocasionando uma sobrecarga de atividades e prolongamento da jornada de trabalho.

Com relação aos encaminhamentos, em horário de expediente, a profissional faz contato com o plano de saúde. Caso seja em horário fora do expediente, entra em contato com empresas aéreas e terrestres, ambulâncias, hospitais, médicos e rede credenciada.

Com base nesses dados obtidos, observa-se uma sobrecarga nas relações de trabalho destas profissionais, intensificando os processos de trabalho para além da jornada de trabalho na empresa. Além do mais, diante das complexas situações relacionadas à saúde dos trabalhadores, deparam-se com pressões, cobranças institucionais e exigências de respostas às questões apresentadas. Tal realidade pode desencadear fadiga e adoecimento dessas profissionais, diante das inúmeras demandas e extensas jornadas de trabalho.

3.1.2 Principais demandas apresentadas, articulações institucionais, profissionais e o Código de Ética do Assistente Social

Dentre as principais demandas apresentadas, encontra-se o acompanhamento de empregados, dependentes e beneficiários, por meio de encaminhamentos, tratamentos fora do domicílio e orientações de ordem sócio-familiar.

Com relação às articulações com outros órgãos e instâncias, são realizadas por meio da rede credenciada ao plano de saúde ofertado pela empresa e também com outros parceiros como o Sabin, o Hemocentro, Secretaria de Saúde, Ministério da Saúde, Hospital de Base/DF, dentre outros. O plano de saúde não atende aos trabalhadores terceirizados, sendo necessária a articulação com assistentes sociais dos hospitais públicos visando compreender qual articulação a ser tomada e como atender tal trabalhador de forma a lhe assegurar o direito ao acesso aos serviços sociais públicos. As assistentes sociais estabelecem contato com os hospitais credenciados de outros estados, tendo em vista que os funcionários também realizam Tratamentos Fora do Domicílio.

Ao serem questionadas sobre os desafios de assegurar os princípios orientadores e norteadores do projeto ético-político do Serviço Social, relatam as dificuldades, os limites e dilemas, tendo em vista que são trabalhadoras assalariadas inseridas em empresas capitalistas. Ou seja, estão inseridas numa relação de compra e venda da força de trabalho, em um espaço contraditório e tensionado pelas forças sociais. Afirmam que além de assegurarem os princípios do projeto profissional em defesa dos direitos dos usuários, da democracia, da justiça, da qualidade dos serviços prestados, da liberdade, também são requisitadas para atenderem as demandas institucionais, acirrando as contradições e antagonismos com que se deparam os profissionais no cotidiano de trabalho.

A intervenção do assistente social nas empresas está articulada com a preservação da força de trabalho dos empregados como com a necessidade de mediar conflitos/comportamentos que surgem na relação capital e trabalho (AMARAL e CESAR, 2009, p. 3). Tendo em vista que o projeto ético-político traz como um dos seus princípios o compromisso do Serviço Social com a classe trabalhadora, pode-se identificar nessa situação uma visível contradição, pois as assistentes sociais atuam atendendo interesses tanto dos trabalhadores quanto das instituições empregadoras. É nesse terreno pleno de tensões e contradições, que os (as) assistentes sociais podem

[...] se apropriar criticamente dos objetos de intervenção originários dos seus empregadores e qualificar as suas práticas, por meio da problematização das situações reais que geram as necessidades dos trabalhadores e, assim, fortalecer os projetos das classes subalternas (AMARAL e CESAR, 2009, p. 4).

O (a) assistente social, como trabalhador (a) assalariado (a), vende sua força de trabalho no mercado e necessita de meios e instrumentos para operar suas ações. Neste caso, as empresas devem disponibilizar “recursos materiais, humanos, financeiros, para o desenvolvimento de programas, projetos, serviços, benefícios e de um conjunto de outras atribuições e competências de atendimento direto ou em nível de gestão e gerenciamento institucional” (RAICHELIS, 2011, 425). Com isso, pode-se concluir que o (a) assistente social não dispõe de plena autonomia para a efetivação de seu trabalho, pois, precisa se articular com outras instâncias, inclusive as institucionais. Nesse sentido, o que há é uma *autonomia relativa* onde o (a) assistente social depende “do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, forneçam meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis, e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional” (IAMAMOTO, 2005, p. 63). Tão importante quanto, é estes profissionais entenderem-se como parte da classe trabalhadora sentindo seus rebatimentos e contradições, como a intensificação do trabalho e os baixos investimentos do Estado em políticas sociais (RAICHELIS, 2011, 425-426).

Com relação às condições de trabalho apresentadas, as assistentes sociais dispõem de uma sala individual para o Serviço Social, possibilitando assim a garantia do sigilo profissional e a proteção do (a) usuário (a) em tudo que a profissional tome conhecimento, conforme disposto no Código de Ética do Assistente Social, Capítulo V, Art. 15 e 16. Também dispõem de espaço para arquivo do Serviço Social, recursos materiais como impressoras, computadores individuais, telefones e outros. Com relação aos recursos humanos, identifica-se que um auxiliar administrativo poderia contribuir nos processos técnicos e burocráticos, pois assim as profissionais teriam mais tempo para reflexão crítica do seu exercício profissional, delimitando estratégias e possibilidades no ambiente institucional. Mas ainda não há um técnico administrativo para auxiliar nessas atividades burocráticas.

3.1.3 Unidade teoria e prática e a relação com o Projeto Ético Político do Serviço Social

Observa-se que o cotidiano profissional enquanto espaço repleto de *heterogeneidade, espontaneidade, imediatividade e superficialidade* (SANTOS, BACKX e GUERRA, 2012, p. 44) pode causar a naturalização das demandas, e resumir a atuação ao imediatismo de maneira que não há reflexão sobre as ações, pois,

[...] nem sempre nos perguntamos sobre as implicações éticas e políticas de tais respostas, nem sobre o espaço de autonomia que nos reserva este mesmo cotidiano, menos ainda sobre as novas perspectivas que nos são dadas ao acionarmos a dimensão investigativa, pois o que nos chega como demanda é a solução (ainda que restrita, parcial, temporária, pontual, fragmentada) da problemática apresentada, tratada como objeto de intervenção e não o conteúdo, a qualidade, as implicações éticas e políticas e/ou a possibilidade das respostas profissionais (SANTOS, BACKX e GUERRA, 2012, p. 47).

Nesse sentido, as (os) profissionais articulam o fazer profissional com o arsenal oferecido pela empresa como, código de ética, leis e diretrizes, programas, além da teoria que fundamenta a apreensão da realidade, como nos processos de construção de Programas de Dependência Química, Visitas Domiciliares e outros. Esse processo possibilita o (a) profissional ir além da imediatividade dos fatos, ou seja, ir além da superficialidade e apreender as mediações que constituem os processos sociais e os vinculam a outros (SANTOS, BACKX e GUERRA, 2012, p. 46).

Por isso, a relação da teoria com a prática é fundamental, uma vez que permite apreender a realidade e a capacidade transformadora da atuação profissional. Deste modo, evita-se recair sobre o pragmatismo que infere que só é real o que é útil. Ou seja, "(...) para o pragmatismo a verdade fica subordinada à utilidade, entendida esta como eficácia ou êxito da ação do homem, concebida esta última, por sua vez, como ação subjetiva, individual, e não como atividade material, objetiva, transformadora" (VÁZQUEZ, 2007, p. 242). A teoria permite apreender, refletir criticamente e relacionar a realidade que está posta com a totalidade, e não meramente encontrar um manual e receituário de possibilidades.

A partir dessa relação dialética e de unidade entre teoria e prática, a atuação das profissionais do Serviço Social estará para além do senso comum, da rotina e do manuseio de instrumentos e técnicas, ou seja, se constituirá numa ação crítica que

percebe e identifica os processos sociais conjunturais e estruturais, apreendendo a realidade social sob uma perspectiva de totalidade, considerando as contradições e antagonismos da relação capital e trabalho e suas consequências para a vida dos trabalhadores que estão inseridos no mundo do trabalho na contemporaneidade.

3.1.4 Trabalho interdisciplinar e multiprofissional nas organizações

Compreendendo a especificidade de cada profissão e a importância de todas as áreas do conhecimento se articularem, tendo em vista que suas competências isoladas não conseguem atender as exigências e complexidades no campo da saúde do trabalhador, as profissionais foram questionadas se haveria um trabalho interdisciplinar ou multidisciplinar.

Ambas acreditam que há várias especialidades, ou seja, uma equipe multiprofissional mas que realizam seus trabalhos de maneira isolada. Dentre as especialidades estão: psicologia, nutrição, enfermagem, medicina, fisioterapia, além do serviço social. Observa-se um grande potencial de ampliação da articulação entre as profissões, de maneira que se inter-relacionam nas ações realizadas pela empresa, colocando-se como desafio para a instituição e para os (as) profissionais.

Outro ponto importante na atuação das (os) assistentes sociais é a compreensão de família, raça, gênero, etnia, classe social, dentre outros, de maneira que não haja discriminação.

Segundo as assistentes sociais partícipes da pesquisa, as políticas e programas que estão sendo implementados pelo Serviço Social atualmente são: Programa de Dependência Química, Programa de Internação Domiciliar, Saúde e Segurança no Trabalho, dentre outras.

As pesquisas realizadas no âmbito da qualidade de vida nas empresas possibilitam conhecer o perfil dos trabalhadores, e segundo o relato da Assistente Social A, tal perfil é considerado um meio para entender a demanda do Serviço Social e os dados podem ser utilizados para a criação de outros programas e ações.

3.1.5 Limites e possibilidades nos espaços sócio-ocupacionais

As possibilidades apresentadas neste espaço de atuação profissional foram apresentadas pelas assistentes sociais como sendo: o desenvolvimento de programas de saúde e qualidade de vida, exame periódico anual dos empregados (é obrigatório e possibilita a descoberta de doenças e até dependência química dos empregados), programa de combate ao uso de drogas, programa de internação domiciliar, semana interna de prevenção de acidentes (SIPAT), dentre outros.

Acerca da atualização profissional visando acompanhar as transformações sociais e suas demandas, pode-se perceber que a internet é uma grande aliada, bem como, o contato com a universidade por meio do estágio supervisionado, a aproximação com o Serviço Social de outras empresas, treinamentos, congressos, seminários, etc.

A maior dificuldade abordada está relacionada ao acompanhamento da evolução tecnológica aliada aos serviços prestados, bem como, a articulação com a equipe multidisciplinar. Há falta de apoio administrativo, porque precisam de pessoas para alimentar as planilhas, formulários e mantê-los atualizados. Como também, foi apresentada a dificuldade de se fazer conhecido e reconhecido o Serviço Social pelas gerências e equipes multidisciplinares. Em Brasília, há pouca tradição de empresas e indústrias e que inserem o assistente social no seu quadro profissional, sendo o principal campo de atuação o serviço público e o setor terciário.

Dentre as mudanças realizadas na vida dos trabalhadores da empresa, relacionadas a intervenção do Serviço Social, está a melhoria na saúde e qualidade de vida, além da “segurança” no sentido de ter apoio profissional disponibilizado por meio do plantão social de 24 horas que é ofertado pela empresa. Essa segurança muitas vezes pode estar relacionada a uma visão messiânica e voluntarista da profissão, pelos usuários e profissionais, uma visão errônea, uma vez que não são heróis e sim profissionais que atuam de forma a contribuir para a viabilização dos direitos dos trabalhadores a partir de estudos e conhecimentos adquiridos ao longo da formação.

Sobre a resistência da empresa para a atuação do Serviço Social, as respostas foram as seguintes: Assistente Social A, *“De todos os espaços que trabalhei, essa empresa foi uma das que tive mais abertura e oportunidade de*

desenvolver trabalhos técnicos”. Assistente Social B, “*A empresa quer um Serviço Social diferenciado*”.

Com base nesses relatos é importante destacar as dimensões que compõe o exercício profissional, que são: técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política, de forma a romper com a concepção de que o (a) assistente social é um mero executor de ações pontuais. Desse modo, é de competência dos (as) assistentes sociais elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais, como disposto no Código de Ética Lei 8.662/93 artigo 4º.

Além disso, os principais instrumentais utilizados são a visita domiciliar, o estudo socioeconômico, o parecer social, a análise de documentos, e outros relacionados ao Projeto Ético Político do Serviço Social e a uma teoria social crítica.

Observa-se através das respostas que a empresa em questão, valoriza e reconhece o Serviço Social e também possibilita abertura para a formulação e implementação de políticas e programas sociais, ampliando as possibilidades de atuação dos profissionais neste espaço ocupacional. Porém, como os limites estão postos, em muitos casos essas profissionais se deparam com obstáculos e recusas na implementação de projetos, tendo em vista que a empresa está voltada para os seus interesses, que são, em suma, a redução de custos e a geração de lucros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo principal analisar a atuação profissional do assistente social no campo da saúde do trabalhador e contribuir fomentando o debate sobre a saúde do trabalhador na área de Serviço Social na atualidade.

O estudo baseou-se na análise da bibliografia relacionada ao tema e de duas (02) entrevistas com assistentes sociais inseridas em uma empresa do setor elétrico localizada em Brasília/DF.

Partindo dos dados obtidos, constatou-se que a saúde do (a) trabalhador (a) é uma área que precisa ter maior visibilidade pela população trabalhadora por meio da disponibilização de informações em veículos comunicacionais, pois o que se observa muitas vezes é que o trabalhador desconhece tais medidas e políticas protetivas e de garantia de direitos, o que contribui para formas de desmobilização coletiva. Além do mais, muitas vezes o trabalhador também não conhece formas e mecanismos de denúncia das condições degradantes de trabalho às quais vivencia e se submete. Tal contexto obstaculiza estratégias de mobilização, organização e participação dos trabalhadores, como sujeitos coletivos, no sentido de pressionar, reivindicar e exigir condições dignas de trabalho.

Com relação à análise da atuação das assistentes sociais inseridas na empresa, pode-se perceber que a prática profissional se resume à ações relacionadas à saúde privada, ou seja, ao plano de saúde ofertado pela empresa. Esse é um desafio posto pelos profissionais do Serviço Social no sentido de criar estratégias para fortalecer a saúde pública como direito de cidadania e dever do Estado, conforme prerrogativa constitucional.

Além disso, as profissionais atuam na formulação e implementação de programas relacionados à dependência química, internação domiciliar, acompanhamento familiar, atendimentos espontâneos, orientações e encaminhamentos para hospitais, clínicas e outros profissionais, algo que é muito válido.

Com isso, identifica-se que a saúde do trabalhador é uma área privilegiada dentro das empresas, e o trabalhador se sente “amparado” por uma equipe multiprofissional preparada para compreender seu processo de saúde e doença relacionadas ao trabalho e ao contexto social ao qual está inserido. Observa-se que a

qualidade de vida do trabalhador é um campo em constante ampliação e que faz com que maximize a lucratividade das empresas, diminuindo os índices de absenteísmo e adoecimento.

Tendo em vista a atuação do assistente social sintonizada com os princípios do Projeto Ético Político do Serviço Social, é possível se criar estratégias cotidianas de forma a dar materialidade a tal projeto. Nesse sentido,

[...] o Serviço Social terá que, em cima das requisições que deram origem a sua presença nas empresas, compreender também que sua ação pode negar a dominação, na medida que assume com o trabalhador a tarefa de construir um projeto político alternativo que não se restringe ao âmbito focalista da empresa (MOTA, 1998, p. 117).

Diante disso, considera-se importante também ressaltar que devem-se pensar em programas e estratégias para os trabalhadores terceirizados das empresas, pois as políticas organizacionais não contempla esse segmento, que também contribui para o desenvolvimento das atividades, para a reprodução ampliada do capital, para a lucratividade e sendo assim, precisam de atenção às suas necessidades sociais e humanas. Além disso, buscar articulação com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, localizado em Brasília, que poderá traçar novas possibilidades nesse campo de atuação.

Outra questão que se faz necessária é a criação de espaços para discussão com a equipe multiprofissional e espaços com os trabalhadores, para inteirar-se das demandas e possibilidades de intervenção e respostas às necessidades dos trabalhadores e trabalhadoras.

No mais, espera-se que este trabalho tenha contribuído para a ampliação sobre a atuação do (a) assistente social nas empresas e, especificamente, no campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora, permitindo a reflexão e traçar novas possibilidades de pesquisa e intervenção.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Ângela Santana do e CÉSAR, Mônica de Jesus. O trabalho do assistente social nas empresas capitalistas. In. CFESS; ABPESS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABPESS, 2009.

ANTUNES, Ricardo. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 4. ed. São Paulo: Boitempo, 1999.

BISNETO, J. A. *Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 07 de junho de 2014.

BRASIL. Lei nº 12.317, de 27 de agosto de 2010. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos2007-2010/2010/Lei/L12317.htm>. Acesso em: 01 de junho de 2014.

BEHRING, Elaine Rosseti e BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: Fundamentos e História*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CFESS. *Lei de Regulamentação da Profissão*. Lei nº 8.662 de 07 de junho de 1993.

CFESS. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Área da Saúde*. Brasília, 2010.

CFESS. *Atribuições privativas do(a) Assistente Social em questão*. Brasília, DF: CFESS, 2002.

DAL ROSSO, Sadi. *Mais trabalho! A Intensificação do Trabalho na Sociedade Contemporânea*. São Paulo: Boitempo, 2008.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Centro de referência em saúde do trabalhador*. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/programas/302-cerest.html>>. Acesso em: 05 de junho de 2014.

FREIRE, Lúcia M. B. *O Serviço Social na Reestruturação Produtiva: Espaços, Programas e Trabalho Profissional*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GRANEMANN, Sara. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: CFESS; ABPESS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

GUERRA, Y. Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 62, p. 05-34, 2000.

HARVEY, David. *A condição pós-moderna*. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 4ª ed. São Paulo: Loyola, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS; ABPESS. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, M. V. O debate contemporâneo do Serviço Social e a ética profissional. In: BONETTI, D. A. et al. *Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis*. 6. ed. São Paulo: Cortez, p. 87-104, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS; ABPESS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. CFESS/ABEPSS, Brasília: 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 20ª ed. São Paulo, Cortez, 2007.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O Campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4): 757-766. Abr. 2007.

Lourenço, Edvânia Ângela de Souza. *Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca/SP*. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP, Franca, 2009.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *Manifesto do Partido Comunista*. 2003. Disponível em: <http://arquivo.rosana.unesp.br/docentes/patriciaramiro/MODERNIDADE%20E%20SOCIEDADE/KARL%20MARX%20Manifesto%20Comunista.pdf>>. Acesso em: 02 de junho de 2014.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARTINELLI, Maria Lucia. *Serviço Social: identidade e alienação*. São Paulo: Cortez, 1991.

MENDES, Jussara Maria Rosa e WUNSCH, Dolores Sanches. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. *Serviço Social e Sociedade*, n.107, São Paulo: Cortez, 2011, pp. 461-481.

MINAYO-GOMEZ, Carlos e THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997, vol.13, p. 21-32.

GOMEZ, Carlos Minayo. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de saúde ocupacional*. [online]. 2013, vol.38, n.127, pp. 21-25. ISSN 0303-7657. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100004>>. Acesso em: 07 de junho de 2014.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, vol.9, n.3, 1993, p. 237-248.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 29ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana do. Reestruturação do capital, Fragmentação do Trabalho e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete. *A nova fábrica de consensos*. São Paulo. Cortez, 1998.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: CFESS; ABEPSS. *Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais*. CFESS/ABEPSS, Brasília: 2009.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, Ana Elizabete (orgs). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo, Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social. In. MOTA, Ana Elizabete (orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. *Introdução ao estudo do método de Marx*.1ªed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*, 13ª ed., São Paulo: Cortez Editora, 2009.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto ético-político profissional frente à crise contemporânea. In: *Capacitação em Serviço Social e políticas sociais*. 6 Módulo I: Crise contemporânea, “questão social” e Serviço Social. Brasília: CEAD,1999, pp. 91-110.

NETTO, Jose Paulo. BRAZ, Marcelo. *Economia política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez; 2006.

NETTO, Jose Paulo. Crise do capital e consequências societárias. *Serviço Social e Sociedade* [online]. 2012, n.111, pp. 413-429. ISSN 0101-6628. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000300002>.

OIT. *Doenças profissionais são principais causas de mortes no trabalho*. Disponível em:< <http://www.oitbrasil.org.br/content/doencas-profissionais-sao-principais-causas-de-mortes-no-trabalho>>. Acesso em: 01 de junho de 2014.

OLIVAR, Mônica Simone Pereira. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, n.102, São Paulo: Cortez, 2010, pp. 314-338.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Coleção Temas em Saúde.

PINTO, Angélica Soares. *Trabalho, Saúde do Trabalhador e Serviço Social: Notas Reflexivas*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PONTES, Reinaldo. *Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social*. São Paulo: Cortez, 1995.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.107, p. 420-437, 2011.

SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

SANTOS, Josiane Soares. A constituição do Projeto ético-político profissional do Serviço Social brasileiro: considerações sobre o teor da sua produção bibliográfica. In: *Política social e Serviço Social*, 2009.

SANTOS, Josiane Soares. *Neoconservadorismo pós-moderno e Serviço Social Brasileiro*. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, Claudia Monica dos; SOUZA FILHO, Rodrigo de; BACKX, Sheila. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. In: SANTOS, Claudia Monica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. Juiz de Fora: UFJF, 2012.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS; ABEPSS. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília, CEFESS/ABEPSS, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A Prática do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas na área da Saúde*. São Paulo: Cortez Editora, 2013.

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. *Filosofia da práxis*. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

YAZBEK, Maria C. Fundamentos Históricos e Teórico-metodológicos do Serviço Social, In: CFESS; ABEPSS. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 143-164.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados Pessoais

Empresa:

Área de atuação:

Instituição de formação:

Naturalidade:

Estado civil:

Formação profissional:

Ano de conclusão:

Formação Profissional

Possui especialização? () sim () não

Se sim, em qual área se especializou?

Ano de realização: ___/___/___.

Doutorado: () sim () não

Mestrado: () sim () não

Quais foram os motivos para a formação em Serviço Social?

Trabalho Profissional

Há quanto tempo trabalha no campo da saúde do trabalhador?

Desde sua inserção no mercado de trabalho como assistente social, em quais áreas já atuou?

Como têm procurado se manter atualizado? (eventos, seminários, palestras, cursos...).

Você se sente preparada para intervir de maneira significativa nas demandas da atualidade? () sim () não. Justifique.

Há um trabalho interdisciplinar ou multiprofissional? Caso sim, com quais profissionais?

Quais avanços você acredita ter alcançado na vida dos trabalhadores através das políticas implementadas pela empresa?

Quais são as principais demandas dos trabalhadores?

Como são realizados os encaminhamentos?

Há articulação com outros órgãos ou instancias? Quais?

Quais as principais dificuldades enfrentadas no seu trabalho cotidiano?

Quais caminhos ou alternativas você acredita ser viável, visando a garantia da saúde e a qualidade de vida no trabalho?

Relação teoria e prática

Como você percebe a relação da teoria e da prática, considerando as dimensões ética-política, teórico-metodológica e técnico-operativa nas ações diárias?

A partir das demandas postas, sente necessidade de realizar pesquisas sobre alguma área específica?

A Organização

Acredita ter resistência da empresa para atuação do Serviço Social? Caso sim cite exemplos.

Quais políticas foram implementadas e estão sendo executadas visando a Saúde do trabalhador?

Você consegue atuar de forma a dar concretude aos princípios ético-políticos profissionais?

É possível realizar uma ação reflexiva no seu ambiente de trabalho?

Agradecemos pela contribuição à pesquisa. Data de realização: ___/___/___.

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O Serviço Social no campo da saúde do trabalhador: uma análise da atuação profissional”, de responsabilidade de Natália Pereira Caixeta, aluna de graduação em Serviço Social da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é compreender a atuação do (a) assistente social no campo da saúde do trabalhador e as principais demandas e articulações apresentadas no cotidiano profissional pautadas no Projeto Ético Político do Serviço Social. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa ampliar o debate sobre a atuação do Serviço Social no campo da saúde do trabalhador, bem como, contribuir no exercício profissional das assistentes sociais na Eletronorte, com sede em Brasília.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do e-mail: nataliastarmeister@gmail.com.

Os resultados da pesquisa serão devolvidos aos participantes por meio de uma reunião previamente agendada e também através de arquivos digitalizados que serão enviados aos respectivos e-mails.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____.