



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

JANAINA BARBOSA DO NASCIMENTO

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE HOSPITALAR DO DF:
uma análise das ações profissionais**

Brasília - DF
2016

JANAINA BARBOSA DO NASCIMENTO

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE HOSPITALAR DO DF:
uma análise das ações profissionais**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli.

Brasília - DF
2016

JANAINA BARBOSA DO NASCIMENTO

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE HOSPITALAR DO DF:
uma análise das ações profissionais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: _____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

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

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

Michelle da Costa Martins
Examinadora Externa – SES/DF

Brasília – DF
2016

DEDICATÓRIA

Á Deus que me fortalece diariamente na minha jornada.

Ao meu companheiro Daniel, que foi essencial em todas as etapas da realização deste sonho.

Aos meus queridos pais, pelo apoio constante, e aos demais familiares e amigos.

Ao meu avô (*in memoriam*) que sempre teve o sonho de formar uma neta(o) na UnB.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Reginaldo, que com atenção me deu todo o suporte e apoio nesta pesquisa; a Prof^a. Dr^a. Andréia de Oliveira, a Michelle da Costa Martins, aos amigos Luciano Silva e Virgínia Comenale, que me auxiliaram para a conclusão da minha pesquisa; à minha melhor amiga Valéria, que de forma singela me apoia nos momentos de tristeza e alegria desse processo; à Lívia, Quezia, Bernadete e Marina, que contribuíram para a minha formação; ao departamento de Serviço Social, como um todo; e a todos os professores que têm somado na construção desse trabalho.

RESUMO

A presente pesquisa tem o intuito de analisar as ações profissionais de assistentes sociais na saúde hospitalar, na perspectiva de contribuir para a compreensão da análise crítica da profissão nesse campo de atuação. Para atender a tal requisito de investigação, propõe-se resgatar o histórico da saúde no Brasil e entender como se deu o processo de efetivação do SUS, antes e depois de sua aprovação na Constituição Federal de 1988. Compreende a seguridade social que imbricada na construção de amparo à classe trabalhadora no âmbito do trabalho e analisa como se deu a inserção do Serviço Social na saúde, com base numa perspectiva histórica. Nesse contexto, inserir o assistente social na saúde foi essencial para os processos de trabalho, considerando a complexidade desse espaço sócio-ocupacional. Por meio do trabalho se manifesta as ações profissionais, o que nos legitima enquanto profissionais. O estudo faz um recorte do trabalho do assistente social em unidades hospitalares do Distrito Federal, adentrando na pesquisa de campo, com base em entrevistas semi-estruturadas realizadas com quatro profissionais.

Palavras-Chave: Serviço Social. Saúde. Ações profissionais. Saúde hospitalar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AIS – Ações Integradas de Saúde

AS – Assistente Social

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CEB – Companhia Energética de Brasília

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNDI – Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro Especializado de Assistência Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

DF – Distrito Federal

EAD – Equipe de Atenção Domiciliar

ENESSO – Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social

ES – Espírito Santo

GO – Goiás

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IAPB – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Bancários

IAPC – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Comerciais

IAPI – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

IAPM – Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPTEC – Institutos de Aposentadorias e Pensões de Transportes e Cargas

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social e Assistência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LC – Lei Complementar
MCTI – Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
MS – Ministério da Saúde
NRAD – Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAM – Posto de Assistência Médica
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PS – Pronto Socorro
PUC GO – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PUC RJ – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
RJ – Rio de Janeiro
SDH – Secretaria de Direitos Humanos
SEDEST – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Trabalho
SES – Secretaria de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento
UNB – Universidade de Brasília
UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: UMA APROXIMAÇÃO.....	13
1.1 Saúde no Brasil: uma análise introdutória.....	13
1.2 A construção da Seguridade Social no Brasil: aspectos sócio-históricos.....	17
1.3 Serviço Social e Saúde: um debate necessário.....	25
CAPÍTULO 2 – O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	31
2.1 Reforma Sanitária no Brasil.....	31
2.2 Trabalho e Serviço Social na contemporaneidade.....	37
2.3 Projeto ético-político do Serviço Social e Saúde.....	42
CAPÍTULO 3 – O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADES HOSPITALARES.....	49
3.1 Demandas ao Serviço Social em unidade hospitalar.....	61
3.2 Competências e atribuições profissionais do Serviço Social.....	67
3.3 Correlação de forças no âmbito hospitalar.....	76
3.4 Trabalho profissional e o projeto ético-político: limites, possibilidades e desafios.....	83
3.5 As dimensões teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo do Serviço Social explícitas nas ações profissionais.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE/ANEXO.....	100

INTRODUÇÃO

A saúde, no Brasil, começa a se desenvolver, de modo incipiente, numa época em que o país era colonizado por portugueses que usavam a escravidão como força de trabalho. Por ter uma aglomeração de pessoas em alta escala e sem condições básicas de higiene, não havia políticas públicas que pudessem dar respaldo a esses sujeitos.

As ações de saúde começam a buscar respostas para os problemas emergentes na época, sobretudo diante de inúmeras mortes que aconteciam devido às epidemias e endemias daquele momento histórico.

Com o avanço técnico-científico e estudos aprofundados e sistematizados, a área da saúde foi se desenvolvendo, até se estruturar ao que hoje chamamos de Sistema Único de Saúde – SUS.

Além disso, nas primeiras décadas do século XX, surge o Serviço Social, que se insere na área da saúde. Assim, o que antes era caridade e assistencialismo, tornou-se institucionalizado paulatinamente diante de um cenário complexo, pois devido ao aumento da população, a condição de vida ficava cada vez mais precária, diante da ausência de saneamento básico, esgoto, habitação, trabalho e, conseqüentemente, o aumento da fome, da violência, do desemprego e da miserabilidade.

Na década de 1970, ocorreu o movimento de Reforma Sanitária que lutou por vários avanços na saúde, pois tinha consciência crítica dos problemas sanitários do País. O cenário político era de ditadura Civil-Militar e as inquietações surgiram, primeiramente, nas produções acadêmicas e, depois, expandiram-se para as lutas por meio de agremiações, sindicatos, associações etc. A luta por um Sistema Único de Saúde culmina em 1988, com o SUS inserido na Constituição Federal como um “direito de todos e dever do Estado”. Assim,

Segundo Costa (2000), a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. A implementação do SUS, a partir dos anos de 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário, que são exemplos a universalização, a descentralização e a participação popular (CFESS, 2010, p. 42).

Para o Serviço Social, a década de 1980 surge com o fim do Regime Militar e com a contestação do conservadorismo da profissão. A Categoria se une para um debate em prol de um projeto hegemônico e materializado pela forma do trabalho, que historicamente se manifesta na divisão social e técnica do trabalho. Hoje, a categoria luta pela incessante materialização do projeto ético-político, articulado ao da Reforma Sanitária, diante da ofensiva neoliberal que o País se encontra.

Dessa forma, o trabalho do assistente social na saúde é um trabalho diverso, e iremos nos ater a unidades hospitalares, que enfrentam, cotidianamente, as múltiplas expressões da questão social, que é reconhecido como o objeto de intervenção profissional do assistente social e demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes socioeconômicos e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe a aceitação, pelo profissional, de um papel que aglutine elementos específicos necessários ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano (CFESS, 2010, p. 35).

Diante do exposto, a pesquisa surge da aproximação por meio da saúde hospitalar durante o período de estágio supervisionado, que é obrigatório e essencial para a formação acadêmica. A partir da vivência em estágio, houve a reflexão sobre o cotidiano da necessidade de analisar as ações profissionais do assistente social na saúde hospitalar, na perspectiva de contribuir para a compreensão da análise crítica da profissão nesse campo de atuação.

Para compreender se as ações profissionais da realidade de um profissional em unidade hospitalar são dotadas de criticidade, foi realizada a elaboração de entrevista semi-estruturada, que pudesse abarcar a realidade do profissional e suas ações diante dos fatos. Participaram da entrevista quatro assistentes sociais de setores distintos da saúde hospitalar: uma assistente social do pronto-socorro, uma assistente social da maternidade, uma assistente social da ortopedia e uma assistente social do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar – NRAD.

Assim, a presente pesquisa está distribuída em três capítulos: o primeiro capítulo aborda a saúde e o Serviço Social. Neste capítulo, será produzido um

breve resumo de como foi o desenvolvimento da saúde no Brasil, com menção aos acontecimentos que marcaram o período. Também serão abordados aspectos sobre a Seguridade Social, que no início era Na lógica do seguro, sua repercussão na saúde e na vida do trabalhador. Desse modo, serão explicitados os antecedentes históricos da inserção do Serviço Social na saúde, sendo necessário esclarecer e ressaltar a dinamicidade da história e como ela está imbricada no processo político, social, econômico e cultural do País.

No segundo capítulo, será desenvolvido, brevemente, um histórico do contexto da Reforma Sanitária no Brasil e como se deu esse processo de implantação. Assim, será focado o trabalho profissional do assistente social na saúde, e como e em que condições se encontra nos dias atuais. Logo, se faz necessário compreender o processo de efetivação do projeto ético-político da profissão e evidenciar as dificuldades nessa busca por consolidação, em conjunto com a Reforma Sanitária brasileira, ambas com o mesmo objetivo perante as adversidades e contradições da realidade social.

Por último, o terceiro capítulo tratará do trabalho profissional do assistente social em unidade hospitalar. Antes, será feito um breve resumo de como foi a inserção desse profissional na saúde e como acontece a sua dinâmica no cotidiano. Assim sendo, será esclarecida a metodologia utilizada e entraremos na pesquisa em si, fazendo uma análise que articule a teoria com as ações do trabalho profissional.

CAPÍTULO 1 – SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: UMA APROXIMAÇÃO

Neste capítulo, composto por três subitens, faremos um breve resumo de como foi o desenvolvimento da saúde no Brasil, com menção a seus marcos. Em seguida, abordaremos a Seguridade Social, a questão do início da lógica do seguro e sua repercussão na saúde. Por fim, serão explicitados os antecedentes históricos da inserção do Serviço Social na saúde, sendo necessário esclarecer e ressaltar a dinamicidade da história e como ela está interligada no processo político, social, econômico e cultural do País.

1.1 Saúde no Brasil: uma análise introdutória

O Brasil, durante o século XVIII, era regido por um estatuto de Colônia, que predominava em uma sociedade rural, a qual se dedicava à exportação agrícola e mineral. Os grandes latifundiários dominavam o sistema político e usavam o regime escravagista como sua mão de obra (BRAVO, 2013, p. 111). No período Colonial/Imperial, o País era Colônia de Portugal. Assim, após a Proclamação da Independência, o café passou a fazer parte do crescimento do mercado externo e interno. Com isso, aumentou o poder da burguesia, o que culminou na Proclamação da República (AGUIAR, 2011, p.18).

Contudo, Conforme Aguiar (2001, p. 18), o Brasil já estava na fase da abolição da escravatura, da Lei Áurea, o que permitia deixar o regime de escravidão por um regime assalariado. Essa situação incentivou a imigração de europeus. Conseqüentemente, esse processo imigratório trouxe ao País uma situação sanitária complexa, pois a vinda dos portugueses já havia trazido reflexos e, com o aumento vertiginoso de imigrantes, tornou-se agravante a saúde pública, considerando o crescimento de endemias¹ e epidemias².

As doenças daquela época se alastravam destruindo populações. Havia lepra, tuberculose, febre amarela, cólera, malária, varíola, dentre outras. A causa dessa dizimação estava relacionada às condições precárias nas quais as famílias viviam, pois o aumento da população não caminhava junto com o

¹ Endemia: ocorrência coletiva de uma determinada doença, em uma determinada área geográfica, acometendo a população de forma permanente e contínua (AGUIAR, 2011, p. 18).

² Epidemia: ocorrência súbita de uma determinada doença, transmissível em uma determinada área geográfica, acometendo, em curto espaço de tempo, grande número de pessoas (AGUIAR, 2011, p. 18).

desenvolvimento das cidades. Em consequência, a falta de saneamento, de trabalho, de educação em saúde provocou a morte de milhares de pessoas: uma pauperização extrema (AGUIAR, 2011, p.18).

Diante desse cenário, cabe uma reflexão: qual era o papel do Estado nessa situação da saúde pública? Não havia política pública naquela época que amparasse essa população. O que havia à época eram as Casas de Misericórdia, e para a população mais rica, os médicos particulares. Conforme Aguiar (2011, p. 18), não se pode falar na existência de uma política de saúde no período colonial e imperial, pois ela veio surgir anos depois.

No entanto, eram tomadas medidas que visavam a minimizar os problemas de saúde pública que acabava por afetar a produção econômica e prejudicavam o comércio internacional. A preocupação era somente essa: afetar a produção e exportação do açúcar. Jamais era com os trabalhadores e suas famílias, que viviam em deploráveis situações desencadeadoras de doenças graves.

Assim, a assistência médica, segundo Bravo (2013, p. 111), era pautada na forma de caridade ou na prática liberal. A metrópole promoveu a criação de Santas Casas de Misericórdia, por meio de acordos. Essas casas eram de caráter religioso, sem fins lucrativos, que leva a ideia de que a população sobrevivia de filantropia.

Nesse sentido, Bravo (2013, p. 113) afirma que a situação da saúde, em meados do século XIX, apresentava-se péssima, com mortalidade elevada e a presença de diversas doenças pestilentas. Porém, somente em 1859, foi possível conhecer a mortalidade do Rio de Janeiro, pois reuniram em dados os óbitos. A mortalidade por tuberculose, febre amarela, malária e varíola era extremamente elevada, em razão das condições de saneamento serem deploráveis. Apesar de existir abastecimento de água, não havia sistema de esgoto, e isso comprometia a saúde da população.

Sob essa ótica, quem de fato possui a saúde e assistência médica eram os burgueses, pois essa situação, conforme Aguiar:

[...] limitava-se apenas às classes dominantes, constituídas principalmente pelos coronéis do café e era exercida pelos raros médicos que vinham da Europa (medicina liberal). Aos demais (índios, negros e brancos pobres), restavam apenas os recursos da medicina popular e as sangrias (extração de sangue) que eram

praticadas para a cura de algumas doenças. Surgem as primeiras Casas de Misericórdias, que se destinavam ao abrigo dos doentes, indigentes e viajantes, sem assistência médica e tratamento aos problemas de saúde. (BERTOLLI FILHO *apud* AGUIAR, 2011, p. 19)

Dessa forma, somente em 1902, algo foi concretizado pela saúde, como acrescenta Aguiar (2011, p. 20), para combater a febre amarela, que prejudicava a economia agrária exportadora. O governador do Rio de Janeiro Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz, médico e pesquisador do Instituto Pasteur, para a Diretoria Geral da Saúde Pública. Seu modelo de intervenção de combate às epidemias rurais e urbanas chamava-se Campanhas Sanitárias e tinha uma conotação militar, de cunho obrigatório.

Em 1904, por usarem uma estrutura repressiva de intervenção médica, houve uma imposição legal da vacinação contra a varíola, desencadeando-se uma revolta popular chamada Revolta da Vacina. A população tinha por obrigação vacinar-se mesmo contra a sua vontade, e isso desencadeou uma grande revolta por parte da oposição e médicos contrários à vacinação (AGUIAR, 2011, p. 21).

Passada essa fase repressiva, Carlos Chagas, anos depois, assume o comando de Departamento Nacional de Saúde, mudando o modelo implantado por Oswaldo Cruz. Assim, Aguiar (2011, p. 21), acrescenta que foram criados “alguns programas que introduziam a propaganda e a educação sanitária da população como forma de prevenção das doenças”.

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder, pois havia tentativas de extensão dos seus serviços por todo País. A reforma de Carlos Chagas tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922 (BRAVO, 2003, p. 3).

Com isso, a população carecia de assistência médica de alguma forma e, obviamente, como existia a assistência privada, começou-se a pensar na possibilidade de centralizar esse serviço em prol da classe trabalhadora. Foi quando começou, segundo Bravo (2013, p. 114), a irromper as primeiras associações mutuárias, que tinham como objetivo ações assistenciais: serviços

médico-farmacêuticos, auxílio em caso de enfermidade, invalidez, velhice e funerais para os trabalhadores.

Essas primeiras formas protetivas manifestaram um movimento popular de solidariedade efetiva. Tempos depois, algumas dessas instituições começaram a ultrapassar seu simples papel de assistência, ao reivindicar melhores condições de vida e trabalho para seus associados. Essa atuação dava-se por meio de pagamento prévio a tais instituições, que agiam como intermediárias entre trabalhador e capitalista. Foram criadas diversas associações nesse ramo em todo território nacional. “Uma das primeiras, fundada em São Paulo, foi a Liga Operária de Socorros Mútuos” (BRAVO, 2013, p. 114).

Com o surgimento dos movimentos operários naquela época, necessitava-se de consciência de classe para se unirem em prol de interesses comuns. Como essa ideia ainda era incipiente revelavam-se erros táticos de suas lideranças, o que permitia que os operários sofressem ações repressivas dos empregadores e do Estado (ERICKSON, 1979 *apud* BRAVO, 2013 p. 114). Esses movimentos tinham em sua pauta a saúde, além de outros pontos cruciais, conforme destaca Bravo (2013, p. 115):

Os trabalhistas pleiteavam a assistência médica, reivindicando ao Estado a construção de hospitais e a adoção de medidas previdenciárias para a melhoria da situação de saúde dos trabalhadores. Vários projetos de leis foram elaborados na perspectiva de garantia de direitos mínimos à classe trabalhadora. O principal marco dos trabalhistas foi o 4º Congresso Operário, realizado em 1912, no Rio de Janeiro. Este foi considerado pelos anarquistas como “Congresso pelego”.

Diante desse cenário, foi que, segundo Bravo (2013, p. 121), começaram a se desdobrar concepções apontadas para um ordenamento do poder central, por meio da centralização política e da proposição de medidas legislativas relacionadas às questões trabalhistas: “proteção ao trabalho (lei de férias, acidentes de trabalho, código de menores, trabalho feminino, seguro doença) e o embrião da previdência social”, uma grande mudança para a época, pois direitos como esses levaram anos para se consolidar.

Além do mais, nota-se nesse período o nascimento da saúde pública, cujo modelo de intervenção, chamado de Sanitarismo Campanhista, estruturava-se sob a influência dos saberes fundamentado pela bacteriologia e pela

microbiologia, opondo-se à concepção tradicional norteada na teoria dos miasmas, utilizada para explicar o processo saúde-doença. Assim, observa-se que nesse período nasce a Previdência Social, para agregar a assistência médica aos trabalhadores como uma de suas atribuições e a partir da contribuição prévia as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) (AGUIAR, 2011, p. 21).

1.2 A construção da Seguridade Social no Brasil: aspectos sócio-históricos

A Seguridade Social tem por objetivo garantir benefícios aos trabalhadores que, em algum momento de sua vida, perderam temporariamente ou definitivamente, sua condição laborativa e, também, prestar assistência médica aos trabalhadores. Com isso, a contribuição prévia sempre foi condição necessária para garantir o acesso a esses direitos. Logo, quem se encontra desempregado perde o acesso a alguns direitos, sobretudo o da previdência que, infelizmente, se move na lógica do seguro, ou seja, paga-se para ter a proteção.

A Seguridade Social surgiu por volta do século XIX, na Europa, como afirma Boschetti (2009, p. 1), tendo como referência a organização social do trabalho assalariado já constituído, apesar de ser formada por diferentes formas em cada país, em decorrência de questões culturais (peculiaridades do país), estruturais (como grau de desenvolvimento do capitalismo) e conjunturais (como a organização da classe trabalhadora). Nesse cenário surgem as primeiras formas de proteção ao trabalho, em que (BOSCHETTI, 2009, p. 2):

[...] diante das pressões populares dos sindicatos e do partido da social-democracia, que ganhavam peso e expressão política na Alemanha naquele período, o sistema alemão incorporou reivindicações dos trabalhadores por proteção social, na perspectiva de transformá-las em meios de subordiná-los e de conter o avanço de suas lutas. Esse sistema era centrado no seguro social, conforme mencionado, e de acesso basicamente restrito aos trabalhadores assalariados e aos seus dependentes, mediante contribuição prévia e prestação de retorno proporcional a essa contribuição.

De certo modo, os direitos da Seguridade Social, sejam aqueles baseados no modelo alemão do Chanceler Otto Von Bismark, ou aqueles

influenciados pelo modelo do inglês Beveridge que tinham como parâmetro os direitos do trabalho.

O modelo de Otto Von Bismark nasceu na Alemanha, em 1883, com a ideia de um sistema de seguro social (equiparam-se aos seguros privados), no que se refere a direitos. Os benefícios cobrem os trabalhadores e são condicionados a uma contribuição prévia de empregados e empregadores, descontada na folha de salário (BOSCHETTI, 2009, p. 2).

As contribuições arrecadadas eram organizadas por Caixas, ou seja, instituições geridas pelo Estado, que tinha o intuito de gerenciar o montante arrecadado, pelas contribuições prévias dos trabalhadores. Essa ideologia é utilizada até os dias atuais, com nova roupagem, que são os benefícios previdenciários.

Já o modelo de Beveridge surge durante a Segunda Guerra Mundial, em 1942, como Plano Beveridge, que apresenta críticas ao modelo anterior e, com ideias inovadoras, propõe o *welfare state*, o que significa que os direitos são de caráter universal, ou seja, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente, sem critérios seletivos ou condicionantes, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade.

Nessa perspectiva, os benefícios, segundo Boschetti (2009, p. 2 e 4), podem romper com a lógica do seguro e assumir uma lógica social, que de certa forma assegura direitos com base nas necessidades sociais, sem contribuição prévia, numa ideia de direito para todos.

O Plano Beveridge constitui uma reestruturação e recomposição de medidas dispersas de proteção social já existente, acrescidas de medidas direcionadas para a ampliação e consolidação dos planos de seguro social (seguro social básico e universal e seguros complementares) e da uniformização de benefícios e da criação de novos benefícios e auxílios.

Assim, o principal objetivo do Plano Beveridge era o combate à pobreza, tendo, todavia, um procedimento estratégico direcionado para viabilizar a manutenção do pleno-emprego e a prevenção do desemprego. Portanto, o trabalho assalariado figurava como um elemento de principal importância para o plano, com base na visão de que nenhum plano de seguro social é

satisfatório e/ou bem-sucedido, se existe desemprego em massa (SILVA, 2011, p. 90-91).

Beveridge tinha uma visão muito à frente de seu tempo. Conceder como um direito ao trabalhador desempregado a possibilidade de ter acesso a benefício para satisfazer suas necessidades básicas é algo inovador, pois o sistema capitalista burguês e centralizador pode até viabilizar direitos, mas o fará com seletividade e impondo condicionalidades.

No Brasil, a origem do seguro surgiu com a previdência social, com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) organizadas por empresas. Em seguida, foi substituída pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizadas por ramos de atividade no governo Vargas. Os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Os trabalhadores e empregadores foram sendo aos poucos excluídos da gestão, que se tornou estatizada e centralizada, embora continuem financiando a previdência social (BOSCHETTI, 2009, p. 2).

Assim, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foram criadas em 1923, pela Lei Eloy Chaves, segundo Bravo (2013, p. 122), sendo financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das CAPs era nomeado pelo presidente da República, e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médico-curativa para os trabalhadores e seus familiares, fornecimento de medicamentos, aposentadorias por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

As primeiras categorias profissionais a conquistarem o benefício das CAPs foram a dos ferroviários, em 1923, e a dos estivadores e dos marítimos em 1926. As demais só conseguiram esse benefício após 1930. Dessa forma, a categoria contemplada, em especial, foram a dos ferroviários porque tinham como fundamental importância, a garantia no desenvolvimento da economia (principalmente cafeeira) do País e isso era de grande interesse dos capitalistas. Os benefícios previdenciários, contudo, só foram alcançados,

naquele período, pelos trabalhadores das grandes empresas e os citados anteriormente, pois as demais categorias profissionais foram excluídas. Então, a alternativa era recorrer à assistência médica ou à precariedade dos serviços filantrópicos e públicos, aos profissionais liberais ou às formas de medicina popular (BRAVO, 2013, p. 123). A criação da primeira CAPs “é o ponto de partida para a estruturação da previdência social, oficialmente reconhecido” (SILVA, 2011, p. 89).

Devido ao crescimento acelerado da indústria, que se dava em condições precárias de trabalho, aumentavam os riscos e os problemas de saúde aos trabalhadores urbanos. As condições de vida já eram muito ruins e ficaram piores com o grande aglomerado de pessoas e a não melhoria com relação ao saneamento básico, infraestrutura urbana, rede de esgoto etc. Isso só agravou ainda mais a situação dos trabalhadores, culminando em acidentes de trabalho, absenteísmo, doenças profissionais, estresse, desnutrição, verminoses, etc.

Dentro dessa perspectiva, as CAPs mostravam-se insuficientes para atender ao aumento de tal demanda, foi quando valendo-se da assistência médica vinculada à Previdência Social, que em 1933 transformou-se em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)³. A medicina previdenciária com os IAPs pretendeu ampliar para um número maior de categorias de assalariados urbanos os benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder a uma cobertura mais ramificada (BRAVO, 2013, p. 133).

A gestão dos IAPs passou gradualmente para o controle dos Estados, pois antes era feita pelas empresas. Como o fluxo estava muito alto, passou-se o controle para o Estado, sendo seu presidente nomeado pelo Presidente da República, e os representantes dos trabalhadores e patrões indicados pelos sindicatos atrelados ao poder executivo (AGUIAR, 2011, p. 24). Por mais uma transformação a saúde passava. No período da Ditadura Militar, que iniciou em 1964, e perdurou por 20 anos, os IAPs foram unificados, pois, se antes tinham

³Os Institutos de Aposentadorias e Pensões foram criados no governo de Vargas vinculados ao Ministério de Trabalho. Foram criados vários Institutos, agora não mais por empresas e sim por categorias profissionais: marítimos (IAPM); bancários (IAPB); comerciários (IAPC); empregados de transportes e cargas (IAPTEC); industriários (IAPI) entre outros (AGUIAR, 2011, p. 24).

IAPs para cada categoria profissional, agora passou para uma única categoria, unificado no então Instituto Nacional de Previdência Social e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. A unificação uniformizou os benefícios para todas as categorias, porém acabou com a gestão tripartite (trabalhadores, empregadores e União) e passou a ter uma gestão centralizada do ponto de vista administrativo e financeiro, com fins de capitalização (AGUIAR, 2011. P. 29-30).

Com a transformação dos IAPs para o INPS, a saúde era tratada como mercadoria, na medida em que tratava a saúde com base no lucro, isto é, ela era meramente curativa e não preventiva. A relação público-privado sempre esteve presente em toda política de saúde. Naquela época, existia uma grande parceria entre o público e o privado, e o Estado por meio da Previdência Social, favorecia tanto o setor privado internacional quanto o setor privado nacional. Assim, havia empresas que prestavam serviços de assistência médica. O Estado comprava os serviços do setor privado como os serviços de laboratório, de hospital entre outros. Toda essa negociação era custeada com verbas da Previdência.

Anos depois, segundo Silva (2011, p. 93), por volta de 1977, a Previdência Social “passou a ser gerida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), mantendo a mesma lógica de cobertura”. Todavia, somente em 1993 o INAMPS foi extinto, para se adequar à Constituição de 1988 e ser incorporado ao SUS. Com tantas transformações, em 1990, com a Lei nº 8.029, de 12/04/90, o INPS foi transformado em Instituto Nacional do Seguro Social – (INSS), que está em vigor até os dias atuais.

No Brasil, segundo Boschetti (2009, p. 3-4), a lógica do seguro estruturou e estabeleceu critérios de acesso à previdência desde a década de 1923 até 1988. Assim, o intuito dessa lógica era garantir proteção ao trabalhador e à sua família, podendo ser, às vezes, exclusiva ou prioritária. Essa proteção era restrita, pois somente tinha direito à seguridade aquele que estava inserido no mercado de trabalho e que contribuía mensalmente e previamente. Esse trabalhador também podia ser autônomo ou que tivesse algum tipo de condição especial de trabalho, como, por exemplo, o pescador.

Nesta lógica, só tem acesso aos direitos da Seguridade Social os chamados “segurados” e seus dependentes, pois esses direitos são considerados como decorrentes do direito do trabalho. Assim, se destinam a quem está inserido em relações formais e estáveis de trabalho e possuem duas características centrais. Primeiro, são condicionados a uma contribuição prévia, ou seja, só tem acesso àqueles que contribuem mensalmente. Segundo, o valor dos benefícios é proporcional à contribuição efetuada. Essa é a característica básica da previdência social no Brasil, que assegura aposentadorias, pensões, salário-família, auxílio doença e outros benefícios somente aos contribuintes e seus familiares (BOSCHETTI, 2009, p. 4).

Finalmente, em 1988, no Governo do então Presidente da República José Sarney, promulga-se a Constituição Federal (CF), vista por muitos como um símbolo democrático ampliado e progressista. No entanto, a Constituição Federal foi construída com base em relações de disputas e constantes lutas sociais. Qualquer direito previsto na CF se deu por meio de embates e enfrentamentos para garantir direitos essenciais à classe trabalhadora. Assim, a ordem social passa a ser mais ramificada, tendo como base a primazia do trabalho, e como objetivo, o bem-estar e a justiça social, conforme consta da Lei. Dentre seus capítulos, destaca-se o da Seguridade Social, que abrange o tripé: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Com isso,

Parte-se da concepção de que as Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo (CFESS, 2010, p. 18).

Conforme Boschetti (2009, p. 9), nos anos seguintes, uma onda neoliberal assola o País, por volta de 1990, e “foi determinante para o desenvolvimento de uma política econômica voltada para a rentabilidade econômica em detrimento dos avanços sociais”. Isso teve reflexos na vida dos trabalhadores, pois, com o retrocesso nas políticas sociais, a camada mais empobrecida da população se vê prejudicada com o aumento da demanda por benefícios e serviços, cuja seletividade e restrições dos mesmos fazem sofrer essa população.

Após a Constituição Federal de 1988, a Seguridade Social sofreu mudanças expressivas. Mesmo assim, conforme as palavras de Mota (2006, p.

3), “as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado”, todo esse cenário de fragilidades, não retira o direito do trabalhador anteriormente conquistado.

Por meio de eleições indiretas, Fernando Collor de Mello assume o poder, com um governo neoliberal, que traz consigo a defesa de um Estado mínimo para as questões do social, e promove também uma reestruturação do mundo do trabalho, em que a precarização e a drástica redução de direitos trabalhistas são revistas ou postas em cheque (MATOS *apud* SOARES, 1999, p. 49). O Presidente Collor governou durante dois anos, sendo afastado definitivamente por meio de *impeachment*. Assumiu em seu lugar o Vice-Presidente Itamar Franco, que governou o País até 1994.

Em 1995, com novas eleições, assume Fernando Henrique Cardoso, ex-ministro da Fazenda de Itamar Franco e sociólogo, que governou por um período de oito anos, de 1995 a 2002. Na continuidade de um governo neoliberal, a Seguridade Social obviamente não ficaria de fora, pois não foi implantada em sua plenitude, assim como a saúde, com o SUS. Ao contrário, desde a sua promulgação, assistimos a discursos e práticas que apontam para o seu desmonte.

Frente aos discursos de uma crise no Brasil, existiu e existe, por parte das diferentes esferas de governo, prática de cortes na efetivação dos direitos sociais garantidos constitucionalmente. A Seguridade Social tem sido o principal alvo, mas é encarada de forma particularizada (MATOS, 2009 *apud* SOARES 1999, p. 49-50). Assim,

Na defesa do processo de privatização, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo. As principais diretrizes são: a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, que vem sendo implantada paulatinamente e possui características de uma contrarrevolução (GUERRA, 1998) ou contrarreforma; a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais (CFESS, 2010, p. 20).

Para Mota (2006, p. 6), a reforma da Previdência, aprovada pelo Congresso Nacional no governo Lula, deu origem à agenda de reformas iniciadas no governo de Fernando Henrique Cardoso, na intenção de

consolidar o cumprimento das exigências dos organismos financeiros internacionais. Assim,

O favoritismo das prescrições neoliberais e de um conjunto de mudanças macroestruturais, momento em que as classes dominantes iniciam a sua ofensiva contra a Seguridade Social universal. Para realizar sua reforma, as classes dominantes precisam exercitar sua condição de dirigente, sitiando os projetos sociais dos trabalhadores, não somente através da força e coerção, mas confundindo seus referenciais, na proporção em que dotam de novos conteúdos as bandeiras políticas históricas dos trabalhadores brasileiros. Já o fizeram com a noção de cidadania, instituindo a figura do cidadão-consumidor; o mesmo acontece com a banalização da solidariedade ou, ainda, com formas mistificadas de equidade. O que chama a atenção é a capacidade de operar um verdadeiro *transformismo* nos conteúdos das bandeiras de esquerda – de que tem sido exemplar o atual governo – como é o caso da prioridade social, da solidariedade, da prática associativa etc (MOTA, 2006, p. 4).

No Brasil, não há, para Silva (2011, p. 101), um sistema coeso e consistente de Seguridade Social instalado. Tal situação ocorre por uma infinidade de fatores, especialmente, em função da “ação reativa do capital às conquistas obtidas no processo constituinte”. Assim,

A despeito do texto da Constituição de 1988 conter princípios que garantem a universalização da Seguridade Social, observamos que a emergência de nossos processos políticos ao lado do agravamento da crise econômica, gera um movimento por parte do grande capital e da burocracia estatal, que procura negar aquelas conquistas obtidas, sob a alegação da necessidade de adequação do modelo de Seguridade Social às atuais reformas econômicas do país (MOTA, 1995 *apud* SILVA, 2011, p. 101).

Para Boschetti (2009, p. 11), deve-se reconhecer as diversas conquistas da Constituição de 1988 acerca da Seguridade Social. No entanto, é impossível deixar de sinalizar seus limites estruturais na ordem capitalista. Limites esses que se agravam em países em condições socioeconômicas como as do Brasil, como salários baixos e um alto índice de trabalho informal, ou seja, sem renda fixa, desigualdade social gerada pela precariedade do trabalho ou mesmo pela má administração do dinheiro público.

O mercado de trabalho está dividido entre formal e informal. Dessa população economicamente ativa, ambos – trabalhadores formais e informais – colaboram para a produção e reprodução da força de trabalho. Porém, para a Seguridade Social, muitos trabalhadores informais ficam de fora do acesso à previdência, embora, contraditoriamente, contribuam para a geração de riqueza socialmente produzida e não dividida. No âmbito da Seguridade Social, o

pouco já conquistado vem sofrendo com o desmonte a cada dia pelas contrarreformas de governos, tanto ocorridas na gestão de Fernando Henrique Cardoso, quanto na de Lula.

Diante desse histórico da saúde no Brasil, passando pela Seguridade Social, em que momento surge, então, o Serviço Social na saúde e no Brasil? Esse é o tema do próximo item.

1.3 Serviço Social e Saúde: um debate necessário

O surgimento do Serviço Social na saúde se deu por volta do final do século XIX, na Inglaterra, segundo Bravo (2013, p. 44-45), as formas costumeiras de assistência tornaram-se insuficientes para o controle dos problemas sociais da época. Com o aumento da população, e tendo em vista as condições precárias de vida daquele período, com falta de habitação, esgoto, saneamento básico e grande desemprego, o modo de vida foi se tornando cada vez mais assombroso. Com a institucionalização crescente da assistência e o grande número de visitadoras sociais, remuneradas e voluntárias, criou-se a necessidade de preparação profissional para o Serviço Social.

A preparação dessas profissionais ficou a cargo das Igrejas e teve início na Inglaterra, expandindo-se para a América. Assim, segundo assinala Bravo (2013, p. 45):

A profissão emergiu como um dos mecanismos institucionais mobilizados pelos representantes do capital para atenuar na reprodução da totalidade do processo pessoal, no sentido de contribuir para encobrir, atenuar ou controlar os efeitos das contradições criadas e reforçar os mecanismos de dominação. Surgiu vinculada a entidades religiosas e filantrópicas, que criaram as primeiras instâncias de preparação de profissionais, as escolas, e à ampliação do aparelhamento institucional de execução de serviços sociais.

Como consequência, a saúde acabou sendo afetada, em razão de os problemas sociais também gerarem problemas emocionais, financeiros, culturais que de certa forma interferem na saúde dos pacientes, direta e indiretamente. Naquele período, como acrescenta Bravo (2013, p. 46), prevaleciam as atividades paternalistas, assistenciais, focalizadas e setorializadas. Nesse cenário, o papel dos profissionais, que antes se limitavam a

visitas, passou, posteriormente, a ocorrer no âmbito da ajuda à equipe médica, iniciando, assim, sua inserção na saúde.

Na época, o que mais tinha incidência na prática do assistente social, na Inglaterra, era, segundo (FRIENDLANDER *apud* Bravo, 2013, p. 46):

Atendimento social realizado por visitantes que iam à casa do paciente com doença mental aconselhar a família e os amigos, sobre os cuidados de que o mesmo necessitava e as consequências da enfermidade que havia sofrido, com a finalidade de evitar recaída e reinternação; investigação social dos pacientes, com a finalidade de isenção da taxa hospitalar pelas damas de caridade.

Com isso, as demandas foram, ao longo do tempo, se consolidando, pois além das demandas citadas acima, havia também o aconselhamento (hoje chamado de orientação), seleção socioeconômica (avaliação socioeconômica) etc. Nessa perspectiva, o assistente social transformava-se em “fiscalizador da pobreza”, estado que, além de comprovarem com as visitas, também o faziam com os formulários. Assim, no momento do aconselhamento, como era de cunho moralizante e dominador, tinha o intuito de mudar “a maneira de ser, de sentir, de ver e de agir dos indivíduos” (BRAVO, 2013, p. 47).

Para ser assistente social naquele momento, era necessária uma formação doutrinária e moral. Tinha que ter “vocaçãõ”, na base da caridade, da filantropia, com orientação norte-americana e influências teórico-filosóficas. Com isso, sua prática tornou-se respaldada por valores humanistas, empiristas, neotomistas, pois a pessoa deveria ser virtuosa, fazer o bem por amor à Deus, visar ao bem comum (BRAVO, 2013, p. 47-48).

Nesse sentido, o assistente social como trabalhava numa linha moralizante, em obediência à ordem vigente, não questionava, não analisava criticamente a situação, tornando-se, assim, conservador. A profissão inserida na área da saúde tem como foco manter o modo atual conservador, fiscalizador, com centralidade na doença em si e nunca em seus determinantes. O Serviço Social vai se constituindo quanto profissão tornando-se institucionalizado nos Estado Unidos.

Nos Estados Unidos, o Serviço Social surge, em meados do século XIX, tendo como uma de suas expoentes Mary Richmond, com uma abordagem individual. Segundo Bravo (2013, p. 93), o assistente social era o primeiro profissional que os usuários encontravam nos serviços de saúde. Atuava em

campos que não eram de sua alçada, completando a atividade do médico. Seu objetivo era reduzir a tensão dos “clientes” e evitar críticas ao tratamento realizado e manter os serviços em “pleno funcionamento”, numa perspectiva funcionalista. Sua função era a de mostrar o humanitarismo, benfeitoria da instituição de saúde, como especialista em relações humanas.

Ao desempenhar essa atividade conservadora e moralista, sem dar alternativa ao usuário sobre a sua própria vida, o assistente social ficava limitado, pois seu treinamento foi para manter a ordem. Assim, o profissional herda, historicamente, das profissões que emergiram das ações benemerentes e filantrópicas, da ajuda ao próximo, sendo um dos determinantes para caracterizar como principal atributo do profissional, suas qualidades pessoais e morais, que predominam sobre o saber e a competência técnica (BRAVO, 2013, p. 93).

Nessa época, Mary Richmond, sob influência da medicina, da psicologia e da psiquiatria, tinha uma abordagem individual com o Serviço Social de Caso. Posteriormente, Hamilton desenvolveu o Serviço Social de Grupo e, sucessivamente, Gisela Kinopka lidera o Serviço Social de Comunidade. Conforme Bravo (2013, p. 96) o Serviço Social inicia um processo de tecnificação, pois as teorias sociais por ele incorporadas ignoraram os determinantes estruturais e conjunturais que geravam as crises. A autora se refere ao período da crise de 1929, pela qual os Estados Unidos passavam, com altas ondas de desemprego em massa. Apontava que naquele momento não só o psicológico tinha importância, mas também fatores culturais e sociais.

Antes de irromper no Brasil, o Serviço Social na saúde ocorreu primeiramente por volta do século XX, na América Latina, em meados de 1920, sob influência europeia e americana. Segundo Bravo (2013, p. 97), a saúde foi a primeira área a contar com a presença de um assistente social. A própria categoria médica contribuiu para a criação das primeiras escolas, sendo a primeira escola latino americana fundada pelo médico Alejandro Del Rio, no Chile. Nesse sentido,

Em 1925 pode ser considerado como ‘ano de nascimento’ do Serviço Social profissional na América Latina, já que marca a criação da primeira escola da especialidade num país latino-americano. Desde o seu nascimento, o Serviço Social latino-americano recebeu forte e decisiva influência externa. Não é surpreendente que a sua

concepção tenha sido, basicamente, a de um mero reflexo. Entre 1925 e 1940, aproximadamente, foi tributário da Europa, em especial sob o influxo belga, francês e alemão; a partir de 1940, passou a ter o exclusivo selo norte-americano. (ANDER EGG, 1975 *apud* MANRIQUE, 2008, p. 29-30).

O Serviço Social, como profissão no Brasil, dá seus primeiros passos a partir de 1930, com uma conjuntura política, social e econômica em desenvolvimento. A profissão passa a ser institucionalizada por meio da inauguração de sua primeira escola em 1936. Neste período, como afirma Bravo (2013, p.152), a “questão social⁴” assume nova qualificação, que necessita ser enfrentada politicamente pelo Estado, pela Igreja e por diversas parcelas da classe dominante, pois ainda encontram resquícios das encíclicas papais *Rerum Novarum* e o Quadragésimo Ano na profissão. Assim, como afirma Bravo (2013, p. 155):

Destaca-se que as duas escolas leigas do Rio de Janeiro (Escola Técnica de Assistência Social Ceci Dodsworth e Escola de Enfermagem Ana Nery) tiveram sua origem articulada à questão da saúde. A Escola Técnica de Assistência Social foi criada mantendo uma relação estreita com a Secretaria Geral de Saúde e Assistência da Prefeitura do Distrito Federal. O secretário geral de Saúde e Assistência da Prefeitura solicitou, em 1939, à agente social Maria Esolina Pinheiro, para coordenar o setor de enfermeiras sociais da Secretaria que teria por objeto a higiene e medicina social.

A profissão constitui-se no País, para Bravo (2013, p.152), como uma resposta estratégica por grupos e parcelas das classes dominantes, que tinham ligação ao catolicismo, e uniram-se a burgueses e Igreja contra movimentos de esquerda, pois naquela época a Igreja tinha imenso poder, tinham o intuito de articular o novo projeto de hegemonia, que visava impedir a expansão de movimentos de cunho marxista, que se criavam no interior da classe operária. Então, o capitalista se une a Igreja com o objetivo de cessar o movimento.

As escolas voltadas para a saúde foram de iniciativa da Fundação da Sociedade Brasileira de Higiene, pois para Pinheiro era uma entidade que se preocupava com os aspectos educativos, individuais e coletivos da saúde da época. (PINHEIRO, 1985 *apud* BRAVO, 2013, p. 155). Assim, por meio da divulgação de hábitos higiênicos e medidas educativas, buscou remediar os

⁴Questão social são as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO e CARVALHO, 1995, p. 77).

problemas causados pela urbanização, pois se considerava que a engenharia sanitária seria, portanto, uma das formas de evitar doenças de massa da época, como as pestilências. A ação dos assistentes sociais na área de saúde deu-se, inicialmente, com o Serviço Social médico, tendo suas primeiras iniciativas na área ligadas à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas se referirão à triagem (o que o cliente ou a família podia pagar), elaboração de fichas informativas sobre o cliente (“dados importantes que o médico muito atarefado teria gasto muito tempo para obter”), distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica (o nome hoje é passe livre, somente concedido à pessoas com algum tipo de deficiência), conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente (entendimento com o empregador), o cuidado quanto aos fatores psicológicos e emocionais do tratamento e a adequação do cliente à instituição por meio da “obtenção de sua confiança” (IAMAMOTO e CARVALHO, 1995, p. 196).

Naquele momento da história, as primeiras práticas do Serviço Social na saúde foram centradas na ação educativa e, posteriormente, a “tecnificação” da assistência. A educação do povo, a instrução da família e a fiscalização sanitária foram consideradas fundamentais, pois se orientavam na ideia de que o proletariado possuía um baixo nível cultural, o que se agravava com a insuficiência de recursos econômicos e a necessidade de ser educado para abrandar a miséria e a doença. A ação educativa estava relacionada ao ajustamento do paciente às relações sociais vigentes, sendo necessária às classes trabalhadoras a adesão à ordem social (BRAVO, 2013, p. 156-157). Com relação a tecnificação da assistência, lamamoto e Carvalho (1995, p. 211) dizem o seguinte:

Envolve a introdução de um universo conceitual mais amplo em diversos sentidos. A assistência não deverá mais ser apenas curativa; deverá atuar, e principalmente, na prevenção dos “problemas sociais”. Portanto, deverá ir ao encontro destes, isto é, ir ao proletariado e não esperar que este venha procurar auxílio. A pesquisa deverá possibilitar o conhecimento do meio, permitindo ao assistente social a identificação dos problemas a serem atacados. O objetivo não poderá mais ser o de, através de paliativos, minorar as situações de desajustamento. Identificada a existência de problemas, estes deverão ser tratados de forma personalizada, até a reintegração do indivíduo a uma situação normal. O inquérito individual, esmiuçando a vida do assistido – através de entrevistas

com o próprio, junto aos familiares, vizinhos, patrão etc – será o instrumento utilizado para “diagnóstico”. E, para que o tratamento seja eficaz e seus efeitos duradouros, isto é, para o “reajustamento” do assistido, é indispensável sua adesão. Este deve estar “imbuído da necessidade” de curar-se, deve “aceitar e aderir ao tratamento”.

A ação do assistente social tinha que, por meio de uma pesquisa breve, ter o conhecimento da realidade, para poder intervir. Entretanto, essa intervenção era de cunho funcionalista, pois tinha o intuito de enquadrar o sujeito à ordem imposta. Naquela época, não se tinha noção de que os problemas sociais não podiam ser individualizados, pois faziam parte de algo maior que é a universalidade e dentro de uma totalidade.

Com relação aos problemas sociais, como afirma Iamamoto e Carvalho (1995, p. 204), “a melhor forma de enfrentar o problema seria começar por melhor compreendê-lo”, de forma que o indivíduo tenha entendimento, a ponto de tomar suas próprias decisões, ter autonomia sobre si e não deixar para o profissional. Essa ideia veio se aperfeiçoando ao longo do tempo, no intuito de fortalecer e dar autonomia ao sujeito perante sua vida.

A preparação do assistente social nas escolas focava na legislação trabalhista e sanitária, em aspectos de higiene e puericultura, como dito anteriormente, e em adiestramento de técnicas de orientação do lar entre outras. Ademais, as escolas que surgiram vinculadas à saúde possuíam em seus currículos matérias ligadas às áreas sanitárias e higienistas, a saber: Higiene, Puericultura, Medicina de Urgência, Higiene Mental e Educação Familiar. O destaque era em padrões e normas morais, a fim de viabilizar a internalização e aceitação das mudanças decorrentes da industrialização e urbanização, legitimadas por meio das estruturas político-sociais e administrativas do pós-1930. Afinal, esse era um processo em que o mundo estava em recessão (VIEIRA, 1978 *apud* BRAVO, 2013, p. 158).

A inserção do Serviço Social na saúde marcou seu início sob uma ótica funcionalista, conservadora. Porém, a absorção desse campo por parte dos assistentes sociais se deu pela ampliação do conceito de saúde, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população. Porém, os anos seguintes mostrarão o grande potencial que a profissão tem e que, por ela ser uma profissão da saúde, não quer dizer que ela seja ou se equipare a um auxiliar do

médico. Assim, o Serviço Social também se insere numa concepção de atenção à saúde na perspectiva da previdência e não mais na saúde clínica.

O próximo capítulo vai focar no trabalho do assistente social na saúde, suas transformações ao longo dos anos, a diferença que o profissional teve no apoio à Reforma Sanitária, os rebatimentos no mundo do trabalho, até chegarmos ao projeto ético-político e seus reflexos na saúde.

CAPÍTULO 2 – O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Neste capítulo, subdivididos em três subitens, iremos desenvolver brevemente um histórico do contexto da Reforma Sanitária no Brasil e como se deu esse processo de implantação. Em seguida, focaremos no trabalho profissional do assistente social na saúde, e como e em que condições se encontra nos dias atuais. Por último, entenderemos o processo de efetivação do projeto ético-político da profissão e explicitaremos seus percalços nessa busca por consolidação em conjunto com a Reforma Sanitária brasileira.

2.1 Reforma Sanitária no Brasil

O cenário brasileiro, na década de 1970, era regido pelo poder conservador do Regime Militar, que reprimia a liberdade de expressão da sociedade, justamente num momento em que havia caos na economia, na política, no social e na própria cultura do País. Na área saúde, em específico, passava por uma crise em que, segundo Aguiar (2011, p. 32), levantou-se diversos problemas de insuficiência, má distribuição e falta de coordenação dos serviços de saúde, além de sua inadequação e ineficácia. Assim, a política econômica dos anos da Ditadura trouxe como consequências: “concentração de renda, arrocho salarial, redução do poder de compra do salário mínimo, aumento de preços, colapso dos serviços públicos de saúde e transporte e precárias condições de vida” para os brasileiros.

Esse era o cenário em que a população vivia, e diante de tantos problemas de diversas ordens, movimentos sociais foram surgindo em pequenos grupos, como os sindicatos, que tinham um papel importante para cada categoria profissional. Surgem também agremiações, associações da

comunidade, movimento estudantil, entre outros. Com isso, a população move-se e vai à luta em busca de direitos e minimização do caos que o País se encontrava. A taxa de morbidade e mortalidade por doenças endêmicas e algumas epidemias da época geravam uma alta taxa de mortalidade infantil, entre outras doenças de massa advindas das condições precárias de vida e de trabalho das pessoas. (AGUIAR, 2011, p. 32).

Em 1978, na Conferência de Alma Ata, começa a ser divulgada, na América Latina e no Brasil, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o conceito de Atenção Primária à Saúde e os princípios da medicina comunitária, que enfatizavam a desmedicalização, o autocuidado de saúde, a atenção primária realizada por profissionais que não eram da saúde, a participação da comunidade etc. Essas ações permitiram uma consciência crítica dos problemas sanitários do País.

Assim, por meio desse processo, aos estudantes, especialmente da medicina, foi proporcionada a elaboração de numerosas produções acadêmicas, que apresentavam severas críticas ao modelo assistencial, bem como fundamentação teórica quanto à determinação social da saúde-doença, além de alternativas para a reestruturação do sistema de saúde, que parte da concepção de saúde como direito de cidadania (Aguilar, 2011, p. 32-33). Dessa forma, foram esses estudantes, os sujeitos políticos que vão constituir esse movimento sanitário que a partir disso desenvolvem um projeto de saúde que permeia toda sociedade.

Assim, surgiu a ideia do movimento de Reforma Sanitária, com base nas produções acadêmicas dos estudantes de Medicina. Paim (1997, p. 11) afirma que diversos estudos e artigos publicados, especialmente por meio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), atestam a validade desse movimento e consideram, com diferentes destaques, os aspectos político-ideológico, organizativos e os técnicos-operacionais da Reforma Sanitária.

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) também teve contribuição fundamental na politização, na divulgação de conhecimentos, com críticas e experiências inovadoras na área da saúde, e propostas de articulação da sociedade para as mudanças na

esfera sanitária, no intuito de fortalecer o movimento da Reforma Sanitária (AGUIAR, 2011, p. 35).

Os diversos estudos e artigos produzidos nas décadas de setenta e oitenta permitiam identificar a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva, centrado em dois conceitos fundamentais: “determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde” (PAIM, 1997, p. 13). A compreensão de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porque tais fenômenos são determinados, social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia expandir os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade.

É importante assinalar que este paradigma, mencionado acima, orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se referia à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas no que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor da saúde e requeria alterações mais profundas em outros setores, como no Estado, nas instituições e na sociedade (PAIM, 1992 *apud* PAIM, 1997, p. 13).

Nesse sentido, segundo Escorel, o movimento sanitário significa “um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto”. (ESCOREL *apud* PAIM, 1997, p. 13). Definição esta, que nos leva a comparar com os projetos societários que também podem ser designados como projeto coletivo.

Dessa forma, como afirma Netto (1999, p. 3), são projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reivindicam determinados valores para justificar essa imagem e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-los. Assim, nos projetos societários, como em qualquer projeto coletivo, há necessariamente uma dimensão política. Por isso, não se constrói um movimento sanitário sem antes ter um projeto de sociedade.

Nesse sentido, para Escorel, há três tipos de práticas que foram identificadas para a caracterização do movimento sanitário: “a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a

prática política (a transformação das relações sociais)”. Para a autora, ainda que o estudo dessas práticas seja essencial para a compreensão do movimento sanitário, parece insuficiente para responder certas questões atualmente postas no processo de Reforma Sanitária (ESCOREL, 1988 *apud* PAIM, 1997, p. 13).

Para além de sua base técnico-conceitual, a saúde coletiva organiza-se como movimento sanitário, ou seja, como um conjunto de práticas ideológicas, um verdadeiro movimento contrário à grande hegemonia, cuja estratégia é a alteração das correlações de forças a partir do aprofundamento da consciência sanitária dos vários atores políticos envolvidos no processo (FLEURY, 1988, p. 197). Com isso:

Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização-social da prática médica, tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada bem como sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento. (FLEURY, 1988, p. 195-196)

Dessa forma, o movimento sanitário acima justificado deu início ao que hoje denominamos como Reforma Sanitária, também denominado de Projeto ou Movimento de Reforma Sanitária. Para alguns autores, também pode significar proposta ou processo. Essa Reforma para (AROUCA *apud* PAIM, 1997, p. 20), significa que “a Reforma Sanitária é simultaneamente bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças”, independentemente do nome que leva: movimento, projeto, processo ou proposta.

O mesmo autor acrescenta que, enquanto a totalidade de mudanças considera questões, como “estrutura do SUS, ciência e tecnologia, produção, modernidade, e controle social”, a Reforma Sanitária demanda por paradigmas que não se exauram nas práticas teóricas, política e ideológica. O termo “totalidade”, empregado para se referir à situação de saúde, reabre espaço para a discussão da prática social que dá conta dessa realidade. As práticas mencionadas anteriormente têm uma natureza técnica, contudo, são ao mesmo tempo práticas sociais, com dimensões econômicas, ideológicas e políticas.

Assim, Paim (1997, p. 20) conclui que:

Reforma Sanitária é uma **proposta** que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório final da 8ª CNS. É também um **projeto**, pois consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um **processo** porquanto a proposta formulada não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas, mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se história. Trata-se, conseqüentemente, de um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a prática social.

Definido o conceito de Reforma Sanitária, vamos abordar em que momento da história foi construída essa definição. Foi a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 1986, em Brasília, que “criou espaço importante para o debate dos problemas do sistema de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública” (AGUIAR, 2011, p. 37). Estavam presentes mais de cinco mil pessoas, entre elas, profissionais da saúde, usuários, agremiações, sindicatos, movimentos sociais, populares etc. Os desdobramentos da oitava CNS se deu nos Conselhos de Saúde, no trato com temas específicos e mais direcionados. Suas propostas foram defendidas na Assembleia Nacional Constituinte, criada no ano seguinte (PINGARILHO, 2010).

Os eventos citados acima estão marcados pela bandeira de luta política e ideológica de cunho técnico, ético e moral do direito universal à saúde, como dever do Estado e direito do cidadão (Fleury, 1988, p. 202). Foi também discutido o conceito ampliado de saúde, seus determinantes sociais, que “posteriormente foi incorporado pela Constituição da República fundamenta-se em parte da produção teórico-crítica da saúde coletiva”. Ainda, seguindo o mesmo raciocínio, ressalta Paim (1997, p.14):

As propostas de sistema único de saúde, de rede regionalizada e hierarquizada, de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade, e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, presentes naquele arcabouço jurídico, tiveram como matriz conceitual o paradigma originário do movimento preventivista e da saúde comunitária.

Uma outra proposta discutida na Oitava CNS, foi a busca por traduzir em uma dinâmica administrativa, que procure implementar medidas realizáveis, e no mínimo viáveis, que afirme a consolidação das Ações Integradas de Saúde

(AIS)⁵ como elemento tático mais significativo, nesse momento, dentro da estratégia da Reforma (FLEURY, 1988, p. 202). Vale destacar que a ampliação dos serviços acontecia como resposta das autoridades estaduais e municipais às reivindicações dos movimentos sociais e de saúde, que vinha se fortalecendo entre as categorias de atuação, como academia, sindicatos, comunidades e associações. Em São Paulo, a participação do movimento de saúde⁶ foi decisiva. (AGUIAR, 2011, p. 34)

Diante da proposta explicitada no projeto de Reforma Sanitária, e a luta por sua efetivação, sua implantação não foi consolidada integralmente, pois houve obstáculos/distorções que tiveram implicações posteriores. Segundo Fleury (1988, p. 203), diante de alguns impasses de várias naturezas, na construção e condução da Reforma Sanitária, ela fundava-se na noção de crise: “crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do Estado sanitário da população, crise do sistema de prestação dos serviços de saúde”.

Com isso, a estratégia para transformar essa situação de crise foi aprofundar a perspectiva racionalizante, com a qual esse projeto contra-hegemônico se apresentava como solução para a crise. Como o País estava em transição do Regime Militar para a democratização, o que encontramos pela frente foi um governo conservador e que, ao entrar, mexeu muito com a economia. Assim, afirma Fleury (2011, p. 38) “Ser dirigente governamental sem exercício efetivo do poder coloca a questão da perda de credibilidade da reforma sanitária, enquanto projeto que pressupõe uma legitimidade política por eficácia/eficiência do projeto”.

Já para Aguiar (2011, p. 38), o “Governo de Fernando Collor reduziu em quase metade os recursos para o setor saúde, ao mesmo tempo em que os

⁵O programa tinha como objetivo articular todos os serviços que prestavam assistência à saúde da população de uma região e integrar as ações preventivas e curativas com vistas à integralidade da atenção. Através das AIS, o INAMPS repassava 10% de sua arrecadação para as Secretarias Estaduais de Saúde, propiciando a expansão dos serviços de saúde de atenção básica (AGUIAR, 2011, p. 34).

⁶O Movimento de Saúde em São Paulo nasceu no final dos anos 70 e espalhou-se para outras regiões de maneira articulada. Era composto por moradores das periferias, maioria mulheres, que lutavam pela ampliação e qualidade dos serviços de saúde nos seus bairros, por saneamento básico, creches, educação e outras políticas públicas, consideradas como direitos de cidadania e dever do Estado. Esse movimento se articulou aos demais, fortalecendo assim a luta pela Reforma Sanitária (AGUIAR, 2011, p. 34).

governos estaduais também reduziram sua participação orçamentária para a saúde”. Medidas foram tomadas, e de fato repercutiram e contrariaram a política pública do SUS, que mal começou e já enfrentava o caos do serviço de saúde, bem como a descrença popular em relação ao Estado.

No período de 1988, o processo de implementação da saúde como um direito de todos e dever do Estado, à 1992, foi a transição do Governo de Fernando Collor para Itamar Franco. O país passava por um momento vulnerável, só que ambos praticavam a mesma forma de política conservadora na área da saúde, pois, “com a implantação distorcida do SUS e o apoio ao modelo médico-assistencial privatista reciclado de expansão da assistência médica supletiva, entre outros fatos” (PAIM, 1997, p. 14), eram antagônicos ao preconizado pelo projeto da Reforma Sanitária demonstrado anteriormente e defendido por muitos.

2.2 Trabalho e Serviço Social na contemporaneidade

O trabalho é categoria fundante do mundo dos homens, já dizia a acepção marxiana (LESSA, 2000, p. 15). Granemann (2009, p.3) acrescenta que o trabalho continua a ser o alicerce da sociabilidade humana, pois o que nos distingue de outros seres naturais (animais, aves e insetos) é a capacidade de desenvolver trabalho, com níveis diversos de sofisticação, no âmbito do mundo natural. É o trabalho que transforma a natureza e, conseqüentemente, as relações sociais, por meio da sociabilidade. Assim, entende Granemann (2009, p. 4):

A concepção de trabalho como fundador da sociabilidade humana implica o reconhecimento de que as relações sociais construídas pela humanidade, desde as mais antigas, sempre se assentaram no trabalho como fundamento da própria reprodução da vida dado que, por meio de tal atividade, produziram os bens socialmente necessários a cada período da história humana.

Se a atividade laborativa implica na distinção entre os seres vivos, tem-se que o homem passa de “dominado pela natureza, para seu dominador” (LESSA, 2000, p. 9), tendo uma certa autonomia. Assim, ela não será definitiva, pois o mundo está em constante transformação e não há possibilidade de manipular, de controlar a natureza. Com isso, o trabalho foi

ficando mais complexo e se tornando uma relação de troca (venda/compra e produção/consumo de mercadorias).

Dessa forma, o homem adquire propriedade privada e, assim, nasce a riqueza, e ela faz parte da sociedade burguesa de auferir mais lucro. A isso chamamos de mais-valia, o lucro com base no trabalho excedente que, para aumentar o seu lucro, precisa explorar mais e, assim, se origina a divisão de classes que se sustenta no modo de produção capitalista. Essa é a dinâmica do trabalho. Antes era meramente para sobrevivência, hoje, para enriquecer uma pequena parcela da população e aumentar a desigualdade social.

Desde a Revolução Industrial, já existia a “condição salarial” em troca do trabalho. Essa condição “caracteriza-se por uma situação social em que quase todos são assalariados” - exceto os que ainda vivem em regime de trabalho escravo – e a identidade social é definida pela posição ocupada na escala social, na qual os que recebem salários, estabelecem sua identidade, realçando a diferença entre os que recebem mais e os que recebem menos (SILVA, 2011, p. 53-54).

Como em qualquer parte do mundo, a economia, dependendo da sua forma de gestão, pode levar à crise e, com ela, vêm inúmeras questões relacionadas, como por exemplo, a crise no mundo do trabalho, pois, se não há estabilidade financeiras das empresas, o trabalho desmorona. Assim, (CASTEL *apud* SILVA, 2011, p. 54), mudanças na conjuntura do trabalho ocorrem por volta do início da década de 1970, e o setor mais atingido por conta da crise é o mercado de trabalho, que afeta a sociedade que vive de salário. Com isso, o desemprego, a precarização do trabalho e a desestabilização dos estáveis são aspectos que marcaram essas mudanças.

O Serviço Social insere-se, historicamente, na divisão social e técnica do trabalho, sendo o assistente social um trabalhador assalariado, pois seu trabalho instaura-se em uma relação de compra e venda de sua força de trabalho. É uma profissão que nasce em decorrência das necessidades sociais, no movimento dinâmico da realidade, tendo em vista a construção de respostas a essas necessidades, como também das reivindicações criadas das lutas sociais. Assim sendo, a intervenção profissional constitui-se pela polarização

entre os interesses dicotômicos da sociedade burguesa, que responde às demandas do capital e do trabalho (ALVES, 2015, p. 193-194).

No surgimento do Serviço Social, existia uma forma de trabalho dos profissionais, e, com o passar do tempo, esse cenário foi modificando-se. Nesse sentido, enfatiza Alves (2015, p. 194):

A demanda profissional não advém dos sujeitos sociais a quem se destinam os serviços profissionais, e sim do patronato, do complexo institucional orquestrado pelo poder do Estado. Essa equação revela a relação de assalariamento em que se insere o assistente social, pois o que determina a demanda e as dimensões da intervenção é quem o remunera, mesmo se considerarmos a relativa autonomia que dispõe a profissão por conter características de profissão liberal – presença de um código de ética orientador de suas ações, relação singular e direta com os usuários, regulamentação jurídico-legal e a possibilidade de consolidar propostas de intervenção a partir de seus conhecimentos teórico-metodológicos e técnicos-operativos.

Depreende-se desse contexto que o assistente social vende sua força de trabalho ao Estado e grupos capitalistas, e isso leva-o a se encontrar em um grande divisor de águas, pois nessa perspectiva sempre haverá a relação de compra e venda da força de trabalho, que mostra a relação entre o valor de uso e de troca desse trabalho. Afinal, o profissional está inserido na contradição entre capital x trabalho, no modo de produção capitalista.

Assim, como afirma Yamamoto e Carvalho (1995, p. 78), à medida que progride o desenvolvimento das forças produtivas, da divisão do trabalho e a sua conseqüente possibilidade, modificam-se as formas e o grau de exploração das forças de trabalho. Altera-se, ao mesmo tempo, o posicionamento das diversas partes da classe dominante e suas formas de agir diante da questão social, no que entram em cena os interesses econômicos específicos desse grupo e a luta pelo poder existente no seu interior.

Contudo, diante da divisão do trabalho, da exploração do trabalhador, da isenção do Estado diante de suas obrigações e deveres, do avanço das forças produtivas, as condições de vida e de trabalho são comprometidas. Nesse sentido, surgem as determinações da precarização, imposta pela ordem do capital, e se manifestam na tensão entre “o projeto ético-político e o estatuto do assalariamento”, no trabalho útil e abstrato (ALVES, 2015, p. 195).

Dessa forma, os reflexos da precarização aparecem no cotidiano profissional do assistente social como:

Fazem-se sentir no campo da formação e do exercício profissional. O caráter interventivo na profissão leva o profissional a dar respostas às requisições que lhe são feitas de maneira imediata, restritas ao processo de percepção instrumental e superficial da realidade social, e reforça a ideia da teoria de resultados, que deve ser aplicada à realidade (tecnicismo). Essa dimensão é reforçada a partir das mudanças empreendidas na reestruturação produtiva operada desde a década de 1970, que impõe novas formas de gestão da força de trabalho por meio de regimes de trabalho mais flexíveis, terceirização dos serviços, maior carga tributária aos trabalhadores e crescimento do trabalho desprotegido e sem expressão sindical. (ALVES, 2015, p. 195)

A precarização terá seus rebatimentos de diversas formas, sendo a maioria imediata, e isso leva ao campo das singularidades. O profissional, no movimento dialético, terá que tomar decisões e responder rápido aos fatos isolados, sem qualquer criticidade. Isso leva-o a ser burocrático e tecnicista, que serve somente ao Estado. Terá reflexos na profissão como um todo, a começar pela formação (descaso com o ensino de excelência), nos campos de inserção de assistentes sociais, na estrutura física, no técnico (disponibilidade ou falta de equipamentos/materiais/espço) para desenvolver o trabalho de forma adequada, na formação continuada do profissional dentre outros.

A sociedade está em constante mudança, e as profissões devem caminhar da mesma forma, pois, na condição permanente, necessitam se qualificar para atuar com competência e conhecimento na sua respectiva área. Não deve se deixar manipular pelo Estado, que tem outros interesses. Enfim, esse é o cenário do trabalho do assistente social, algo preocupante, pois a precarização não cessa, tampouco diminui na contemporaneidade.

O trabalho do assistente social na esfera estatal, e mais especificamente em unidade hospitalar, traz desafios, limites, possibilidades que surgem em seu cotidiano profissional frente às velhas e novas expressões da questão social. Ele responde a um sistema capitalista que, na realidade do Brasil, consegue reforçar a desigualdade social. Há um aumento no desemprego e, conseqüentemente, o aumento da violência, da informalidade e da miséria.

Nessa onda, os empregos que surgem são precarizados pelas novas formas de empregabilidade, como a terceirização, a subcontratação, o trabalho temporário, as contrarreformas do Estado, os avanços e retrocessos das

políticas públicas e dos direitos dos cidadãos. Esse cenário, o assistente social vivencia na realidade e encontra obstáculos para colocar em prática o seu projeto hegemônico da profissão. Diante disso, destaca Raichelis (2009, p.1):

Analisar a profissão e os desafios do projeto profissional na esfera estatal supõe apreendê-los na dinâmica sócio-histórica, que configura o campo em que se desenvolve o exercício profissional e problematizar as respostas profissionais – teóricas, técnicas e ético-políticas – que traduzem a sistematização de conhecimentos e saberes acumulados frente às demandas sociais dirigidas ao Serviço Social.

Assim, o trabalho do assistente social está relacionado com as pessoas mais empobrecidas da sociedade, com as manifestações da questão social e seus desdobramentos, com as políticas públicas que nascem para responder às necessidades mais iminentes dos sujeitos. São esses e muitos outros, pois, afinal, esse trabalho é extenso, complexo e possui diversas ramificações. Sua inserção ocorre em diversas áreas, e nosso foco é a área da saúde.

Por meio da Resolução nº 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde, o Serviço Social passou a ser considerado uma profissão da saúde, e isso possibilitou sua inserção nos mais variados campos. Sem mencionar novamente o seu histórico, que teve início na saúde, atualmente não há conexão com a área médica, como antes havia. Temos também a Resolução do CFESS nº 383/1999 que caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

Contudo, ao mesmo tempo em que há esse reconhecimento profissional, que é decorrente de lutas de profissionais e suas entidades, há também a luta para solicitar aos órgãos de fiscalização profissional - Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) - “subsídios para garantir a autonomia” de seu trabalho profissional na área, pois, no âmbito das próprias instituições de saúde, há embates entre assistentes sociais e outros profissionais, pela não aceitação da profissão como integrante da área de saúde (MATOS, 2009, p. 45).

Como toda área profissional, a saúde não estaria fora, tendo em vista a precarização do trabalho em saúde. Dentre as diversas queixas, que não começa nem termina nas supracitadas, tem-se o seguinte (BRAVO *apud* MATOS, 2009, p. 51):

A focalização, expressa por exemplo na ênfase da estratégia Saúde da Família, sem alterá-la significativamente e no programa de farmácia popular; a terceirização do recursos humanos, da qual é expressão cabal é o caso dos agentes comunitários de saúde; a ampliação do conceito de 'ações de serviços de saúde' para gastos com saneamento e segurança alimentar; a utilização sistemática dos recursos da Seguridade Social para outros gastos; a falta de vontade de construir a Seguridade Social e o desfinanciamento da política de saúde.

Portanto, na área da saúde, tem-se muitos desafios a serem enfrentados, assim como limites da profissão, do campo de trabalho, do profissional. Há questões que vão além, e para se manter unido ao projeto ético-político, é necessário a busca incessante pelo saber e formação permanente para uma atuação com competência.

2.3 Projeto Ético-Político do Serviço Social e Saúde

Há no Serviço Social uma defesa enfática entre autores e profissionais na consolidação do projeto hegemônico da profissão no cotidiano. Cabe destacar, que esse é um princípio quase que unânime entre a categoria profissional. Porém, é evidente essa ação? Para alguns autores, essa concretização está longe de ser harmônica, numa visão mais fatalista, e para outros, percebe-se o otimismo, numa visão mais messiânica.

Todavia, cabe questionar, primeiramente, se os profissionais compreendem plenamente o real significado do projeto ético-político da profissão. Diante desse questionamento, é necessário explicitar a definição do projeto. Logo em seguida, mostrar a efetividade dele no cotidiano profissional e relacioná-lo ao projeto de Reforma Sanitária.

Segundo Teixeira e Braz (2009, p. 2), a primeira questão que devemos levar em consideração, quando pensamos em um projeto individual ou coletivo em uma sociedade de classes, é o caráter político de toda e qualquer prática, pois, como sabemos, há várias formas de práticas que envolvem a pluralidade e a heterogeneidade dos interesses sociais, das contradições, das múltiplas mediações que geram conflitos e diversos embates. Essas práticas são movidas pelas necessidades sociais reais que se encontram no trabalho (atividade fundante das relações sociais).

O projeto ético-político é algo materializado concretamente, que foi construído ao longo dos anos. Ele é muito mais que isso: é uma construção

que levou muitos anos para se tornar o que ele representa nos dias atuais. Para Netto (1999, p. 1), a construção desse projeto foi iniciada na transição na década de 1970 para a de 1980, período em que marca um momento importante no desenvolvimento do Serviço Social, com destaque especial para o enfrentamento e para denúncia do conservadorismo, que outrora marcou o início da profissão. Nesse momento, de recusa e crítica ao conservadorismo, se encontram as raízes de um novo projeto profissional, precisamente o alicerce do que hoje denominamos de projeto ético-político.

Com o avanço nas décadas de 1980, há um aumento das produções acadêmicas que refutavam a postura conservadora da profissão. No que diz respeito à interpretação teórico-metodológica do Serviço Social, busca-se adequar criticamente às exigências postas ao seu tempo. Com isso, existem projetos societários ou projetos coletivos contemporâneos em disputa, que tratam sobre aqueles projetos que apresentam a imagem de sociedade a ser construída e, conseqüentemente, os interesses dos projetos profissionais (NETTO, 1999, p. 2).

Para muitos, a compreensão de que há disputa entre os diversos projetos societários é perfeitamente aceitável, do ponto de vista em que ele é parte intrínseca da democracia. Historicamente, por razões econômico-sociais e culturais, mesmo democraticamente, os projetos societários que respondem a interesses da classe trabalhadora e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar o grande capital (NETTO, 1999, p. 3).

A prática profissional do assistente social não se constitui como práxis produtiva, na qual se efetiva no conjunto das relações sociais, em que marca uma determinada direção social em seu trabalho, norteador pelo projeto profissional da categoria. Esse projeto profissional, por sua vez, liga-se a um determinado projeto societário, cujo eixo central vincula-se aos rumos da sociedade como um todo. Esse último projeto é o que transforma e perpetua uma dada ordem social (TEIXEIRA e BRAZ, 2009, p. 5).

No âmbito dos projetos societários, temos os projetos profissionais, relacionados a cada categoria profissional, com legislação própria. Nesse sentido, entende Netto (1999, p. 4) que:

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).

Esses projetos profissionais são construídos pela organização profissional de um grupo de pessoas, que inclui os profissionais da área, os estudantes, os pesquisadores, as entidades ou instituições que representam a categoria, sindicatos etc. Como afirma Netto (1999), passam a ser o conjunto de membros que dão efetividade à profissão. Por exemplo, na profissão de Serviço Social, temos os assistentes sociais, os estudantes de Serviço Social, os pesquisadores, o Conselho Federal de Serviço Social/Conselho Regional de Serviço Social (CFESS/CRESS), que é a entidade que representa a categoria, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO) e as demais associações do Serviço Social.

Para isso, é necessário que seu alicerce seja fortemente organizado e estabelecido na sociedade, para adquirir confiança e respeito perante as outras profissões. Dessa forma, os projetos profissionais possuem um pluralismo dentro de cada categoria profissional, e isso constitui um universo heterogêneo em que:

Os membros do corpo (categoria) profissional são necessariamente indivíduos diferentes – têm origens, situações, posições e expectativas sociais diversas, condições intelectuais distintas, comportamentos e preferências teóricas, ideológicas e políticas variadas etc. O corpo profissional é uma unidade não-homogênea, uma unidade de diversos; nele estão presentes projetos individuais e societários diversos e, portanto, configura um espaço plural do qual podem surgir projetos profissionais diferentes (NETTO, 1999, p. 5).

Nesse universo heterogêneo temos campos de tensões e de lutas constantes, que não extinguem as divergências e contradições, pois no interior de cada projeto há pessoas diferentes, com projetos variados e com posicionamentos diversos, e isso não é justificativa para deixar de lado os debates de ideias, a discussão de cada ponto de vista, de argumentos que afirme ou discorde. Afinal, não há ideologia certa ou errada, e sim cada um na defesa de seu argumento, que tenha conteúdo e que englobe um universo

maior. Por mais que exista um projeto hegemônico, ele nunca será único, pois sempre haverá divergências.

Com base na explicitação do que vem a ser o projeto hegemônico de uma categoria profissional, ele terá componentes distintos, como “uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas etc”. São muitos os componentes que precisam ser articulados coerentemente. Essa articulação é complexa, ampla, a longo prazo, exige recursos político-organizativos, processos de debate e elaboração, entre outros (NETTO, 1999, p. 7). Para representar o que foi dito acima, temos o exemplo da própria constituição do projeto ético-político do Serviço Social:

A luta contra a ditadura e a conquista da democracia política possibilitaram o rebatimento, no interior do corpo profissional, da disputa entre projetos societários diferentes, que se confrontavam no movimento das classes sociais. As aspirações democráticas e populares irradiadas a partir dos interesses dos trabalhadores, foram incorporadas e até intensificadas pelas vanguardas do Serviço Social. Pela primeira vez, no interior do corpo profissional, repercutiam projetos societários distintos daqueles que respondiam aos interesses das classes e setores dominantes. É desnecessário dizer que esta repercussão não foi idílica: envolveu fortes polêmicas e diferenciações no corpo profissional – o que por outra parte, é uma saudável implicação da luta de ideias (NETTO, 1999, p. 11)

Como materialidade da construção do projeto ético-político, começamos pelo Código de Ética Profissional de 1993 e pela renovação das diretrizes curriculares do Serviço Social, que envolvem a formação profissional, com os inúmeros congressos, seminários e fóruns que proporcionaram debates infinitos para a construção do projeto ético-político.

Isso tudo para romper com o conservadorismo e alcançar, como ideal, a justiça e a equidade social entre os burgueses e a classe trabalhadora. Infelizmente, o que se mostra nos dias atuais é a luta diária que vive o assistente social entre um projeto ético-político hegemônico e a ofensiva neoliberal que se avizinha a nossa sociedade e retrocede o curso da história.

Não há dúvidas de que o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro está conectado a um projeto de transformação da sociedade. Essa conexão se dá pela dimensão política da intervenção profissional. Ao atuar no movimento contraditório das classes, no fim opta-se pelo rumo de um lado ou de outro projeto societário (TEIXEIRA e BRAZ, 2009, p. 5).

Segundo Teixeira e Braz (2009, p. 7), em um exercício de sistematização, podemos identificar elementos constitutivos do projeto ético-político do Serviço Social e os componentes que materializam no processo sócio-histórico da profissão:

a) O primeiro se relaciona com a explicitação dos princípios e valores éticos-políticos; b) o segundo se refere à matriz teórico-metodológica em que se ancora; c) o terceiro emana da crítica radical à ordem social vigente – que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo em que exhibe uma produção monumental de riquezas; d) o quarto se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira (TEIXEIRA e BRAZ, 2009, p. 7-8).

Os elementos descritos acima dão materialidade ao projeto ético-político e se expressam na realidade, ganhando visibilidade perante os determinados componentes construídos pelos próprios assistentes sociais, a saber: a produção de conhecimentos no seio do Serviço social; os processo político-organizativo que são os meios em que fazer a articulação política com os profissionais, estudantes, entidades, sindicatos da profissão; a dimensão normativa que são as resoluções, a lei de regulamentação da profissão, o código de ética, as diretrizes curriculares da formação, a Lei Orgânica da Saúde, entre outros. Assim se materializa o projeto ético-político, pois forma o conjunto de elementos de uma determinada categoria profissional, que dão concretude perante a sociedade.

Portanto, Braz (2001) define Projeto Ético-Político Profissional como uma “projeção coletiva que envolve sujeitos individuais e coletivos em torno de uma determinada valoração ética que está intimamente vinculada a determinados projetos societários presentes na sociedade que se relacionam com os diversos projetos coletivos (profissionais ou não) em disputa”. Para concretizar o projeto ético-político na realidade do Serviço Social, veremos como se dá na prática e, também, como se relaciona com o projeto de Reforma Sanitária.

Como podemos perceber, os projetos ético-político e da Reforma Sanitária têm um histórico semelhante na luta, pois, como afirma Bravo (2004, p. 6), o movimento da Reforma Sanitária está em construção desde meados 1970. Conseguiu avançar na elaboração da proposta de fortalecimento do setor

público, em oposição ao modelo que privilegiava o produtor privado. Teve seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília.

Já o Projeto ético-político, foi construído também na década de 1970, mais precisamente no final. Nessa construção, a categoria profissional comprometia-se com a classe trabalhadora, justamente no período do movimento de reconceituação. Os profissionais não estavam mais satisfeitos com o modelo que estava posto. Foi um processo de crítica ao tradicionalismo que imperava entre os profissionais. Foi quando, no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em 1979, em São Paulo, que a categoria substituiu os representantes da ditadura, que integravam a mesa de abertura do congresso, por representantes dos trabalhadores. O congresso ficou conhecido como “Congresso da virada”. (BRAZ, 2001, p. 3-4).

A semelhança entre os projetos ocorre em seu histórico, pois na união de interesses comuns isso não acontece:

Os avanços apontados são considerados insuficientes, pois o Serviço Social na área da saúde à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulado do movimento da Reforma Sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO, 1996 *apud* BRAVO, 2004, p. 9).

Assim, o projeto político econômico consolidado no Brasil, na década de 1990, era um projeto neoliberal liderado por Fernando Collor de Melo que, com seu *impeachment*, foi substituído pelo Vice-Presidente Itamar Franco. Porém, esse projeto entrou em confronto, tanto com o projeto de Reforma Sanitária, quanto com o projeto ético-político do Serviço Social. Dessa forma, sabe-se que o Serviço social está entre os dois projetos em disputa: o privatista e o da Reforma Sanitária (BRAVO, 2004, p. 10).

Contudo, cada projeto demanda uma requisição distinta para o Serviço Social. Para o projeto privatista, ele solicita questões de cunho fiscalizador e conservador, como, por exemplo: seleção socio-econômica dos usuários, aconselhamento de pacientes, assistencialismo por meio da ideologia do favor e do predomínio de práticas individuais e volta às origens do Serviço Social. Já o projeto de reforma Sanitária, solicita questões de cunho democrático e com

base no direito, exemplo: acesso às unidades e serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégia de interação entre a instituição de saúde com a realidade dos usuários, foco nos grupos, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO, 2004, p. 10).

Portanto, uma das formas de conectar os dois projetos, da Reforma Sanitária e do ético-político, pode ser, dentre outras formas, a produção acadêmica, que faça uma articulação entre os dois projetos, com a realidade que perpassa pela saúde e pelo Serviço Social. Outra forma está relacionada com o aspecto político, que é o canal de acesso aos conselhos de saúde municipal, estadual e o federal. Uma forma interessante e bem ampla, além da entidade nacional e regional da profissão, é o conjunto CFESS/CRESS (BRAVO, 2004, p. 11).

O trabalho do assistente social na saúde, segundo Bravo (2004, p. 17), deve ter como essência a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições da profissão, articulada com os princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a esses dois projetos que se poderá ter a compreensão quanto ao fato de o profissional estar de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

Enfim, a construção de projetos democráticos e sua defesa não devem ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Ela deve ser uma luta de todos, pois diante dos percalços que se apresentam na contemporaneidade do assistente social deverá ele ter competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativo para desenvolver seu trabalho profissional. O Serviço Social é desafiado cotidianamente, a começar pela política brasileira da atualidade, que tem causado um desmonte nos direitos conquistados.

CAPÍTULO 3 – O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UNIDADES HOSPITALARES

Neste último capítulo, trataremos do trabalho profissional do assistente social em unidade hospitalar. Antes faremos um breve resumo de como foi a inserção desse profissional na saúde e a sua dinâmica. Em seguida, explicitaremos a metodologia utilizada na pesquisa. Por fim, entraremos na pesquisa em si, fazendo uma análise que articule a teoria com as ações da prática profissional.

Sabe-se que o trabalho do assistente social é árduo e de lutas constantes cotidianamente. Na área da saúde, o quadro se complexifica, quando se refere a unidades hospitalares, pois se classificam como proteção social especial de média complexidade. O Serviço Social é uma profissão que tem sua existência marcada na história, que se insere na divisão social e técnica do trabalho, tendo como objeto de trabalho a intervenção nas múltiplas expressões da questão social.

A profissão usa como método a teoria social de Marx, que faz a leitura da realidade, que se constitui na vida social, por meio das relações sociais em que fará a mediação do concreto, passando pelo abstrato e retornando ao concreto como algo pensado, refletido. Assim, para dar concretude a sua atuação, tem como núcleo fundamental as três dimensões teórica-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

Esse profissional tem formação para atuar em situações de violação de direito que reflete nas condições de vida do usuário, e que, em sua maioria, são vulnerabilizados por consequência do modo de produção capitalista desigual, e injusto em que vivemos. Para Martinelli (2011, p. 498), a atividade profissional, expressão material e concreta do processo de trabalho do assistente social, esclarece a dimensão política da profissão e o reconhecimento da condição de sujeitos de direitos daqueles com os quais atua, tendo como resultado a sua emancipação social.

Dessa forma, o Serviço Social ocupa os mais diversos espaços, dentre eles, a área da saúde, que segundo Bravo (2013, p. 25), foi um dos setores mais relevantes para a atuação do Serviço Social, “sendo espaço privilegiado

de absorção profissional, situação evidenciada pela história da profissão na Inglaterra, Estados Unidos e América Latina, incluindo o Brasil”. Esta situação mantêm-se na atualidade.

Hoje, o assistente social, na saúde, atua nas políticas de saúde com um trabalho dedicado à implantação da Reforma Sanitária, desenvolvida em meados da década de 1970, juntamente com base no Projeto Ético-político profissional, dentre outras funções. Segundo Martinelli (2011, p. 499), a saúde é uma área em que “pulsam valores humanos candentes e onde trabalhamos com vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, passando pela infância, juventude, vida adulta, processo de envelhecimento, até a finitude”.

Com o objetivo de analisar as ações profissionais do assistente social na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em unidade hospitalar, na perspectiva de contribuir para a compreensão da análise crítica da profissão nesse campo de atuação. A presente pesquisa optou pela metodologia qualitativa, que tem como referência a realidade social, o que, nas palavras de Minayo:

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos[...] a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados. (2010, p. 21).

Assim, foram realizadas entrevistas com quatro assistentes sociais de setores distintos da saúde hospitalar do DF, sendo uma assistente social do pronto-socorro, uma assistente social da maternidade, uma assistente social da ortopedia e uma assistente social do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar - NRAD, que hoje mudou a nomenclatura para Equipe de Atenção Domiciliar - EAD.

Como categoria de análise, conforme afirma Gomes (2010, p. 80), quando “analisarmos e interpretamos informações geradas por uma pesquisa qualitativa caminhamos tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social”.

Assim, o propósito da análise é ir além do descrito, é fazer a divisão dos dados e buscar relações entre as partes que foram divididas e, por último, na interpretação, buscar-se-á o sentido das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado.

Dessa forma, a pesquisa está organizada em cinco subitens: demandas ao Serviço Social em unidade hospitalar; competências e atribuições profissionais do Serviço Social; correlação de forças no âmbito hospitalar; trabalho profissional e o projeto ético-político: limites, possibilidades e desafios e as dimensões teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo do Serviço Social explícitas nas ações profissionais.

Assim, “dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo utilizados a partir da pesquisa qualitativa (de forma exclusiva ou não)”, destacamos as seguintes etapas: categorização, inferência, descrição e interpretação. Essas etapas podem ocorrer não necessariamente nessa ordem e nem seguindo todas as etapas, mas seguem um caminho, segundo Gomes (2010, p. 87):

(a) Decompor o material a ser analisado em partes (o que é parte vai depender da unidade de registro e da unidade de contexto que escolhermos); (b) distribuir as partes em categorias; (c) fazer uma descrição do resultado da categorização (expondo os achados encontrados na análise); (d) fazer inferência dos resultados (lançando-se mão de premissas aceitas pelos pesquisadores); (e) interpretar os resultados obtidos com o auxílio da fundamentação teórica adotada. Observamos que nem toda análise de conteúdo segue essa trajetória. O caminho a ser seguido pelo pesquisador vai depender dos propósitos da pesquisa, do objeto de estudo, da natureza do material disponível e da perspectiva teórica por ele adotada.

Antes de se adentrar nas demandas propriamente ditas, será apresentada uma visão geral do perfil das participantes da pesquisa.

Informações sobre:	Assistente Social PS	Assistente Social Ortopedia	Assistente Social Maternidade	Assistente Social NRAD(EAD)
Cargo/Especialidade	Assistente Social	Assistente Social	Assistente Social	Assistente Social/Especialista em saúde
Forma de ingresso na instituição	Concurso público	Concurso público	Concurso público	Concurso público

Regime de trabalho	Estatutária	Estatutária	Estatutária	Estatutária
Jornada de trabalho	40h	24h	40h	40h
Ano da formação	2004	1982	1991	2007
Local de formação	UnB	PUC RJ	PUC GO	UnB
Possui especialização e/ou pós-graduação?	Competências Profissionais e Direitos sociais pelo CFESS à distância	Recursos Humanos (não concluída)	Violência doméstica	Gestão Pública
Já participou ou participa de supervisão de Estágio?	já participei e participo	Não	Não	Já acompanhei dois estagiários
Experiência profissional	MDS CNDI(SDH) SEDEST SES DF	Universidade de Santa Úrsula; Centro de Saúde de Brazlândia DF, Ministério da Saúde (DF, ES, RJ); PAM 13 de Maio SES DF (Cedida MS)	Projeto chamado Educação pelo Trabalho GO (Crianças e Adolescentes); Trabalho com deficientes visuais GO; Centro de Saúde n° 2 de Planaltina DF; SES DF	Consultora da UNESCO; MSD; Casa Brasil (MCTI); Secretaria de Justiça DF; SES DF
Tempo de atuação na área da saúde	5 anos	31 anos	22 anos	6 anos
Tempo de atuação na saúde hospitalar	5 anos	2 anos	14 anos	6 anos

Com relação ao perfil, pode-se fazer a seguinte análise: são de uma categoria fundamentalmente feminina, ingressaram por concurso público, com vínculo estatutário, e já estão a um tempo trabalhando em unidade hospitalar. As experiências profissionais são bem diversificadas. A jornada de trabalho predominantemente é de 40 horas. Isso significa que todas já acompanham a alguns anos as condições da saúde pública no DF. Temos em média 6 anos de experiência em unidades hospitalares, com isso há base empírica e intelectual para dizer qual a sua concepção de saúde que cabem nas suas atuações.

AS - PS ⁷	“questão do bem-estar está relacionada à questão da moradia, alimentação, renda, estrutura familiar, histórico, escolaridade, acho que seria um pouco mais nesse sentido.”
AS - Ortopedia	“eu sempre tive uma visão mais ampla. Saúde não é só a biologia, a parte médica, uma coisa mais ampla, até mesmo espiritual, social, psicológico, a saúde abarca todas as questões.”
AS - Maternidade	“a saúde, na minha concepção, ela tem que ser promovida através de políticas públicas e também ela precisava ter uma coparticipação. O paciente, ele também precisa se responsabilizar pela sua própria saúde, ou seja, ele precisa também ter conhecimento, ter compreensão de que ele faz parte desse processo, nas ações dele, nas atitudes dele vão trazer o resultado positivo ou negativo”
AS – NRAD/EAD	“A saúde, ela vai além do físico, na realidade é um bem-estar social, ambiental, físico também, psicológico, mental, familiar, comunitário. Então, para a pessoa ter saúde, ela precisa ter acesso a saneamento básico, acesso à segurança, acesso às políticas públicas e aí, sim, ela pode ter uma boa saúde.”

A concepção de saúde, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), “é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença⁸”. Já para Bravo (2013, p. 174) o “novo” conceito de Saúde, elaborado em 1948, foca nos aspectos biopsicossociais. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população. Assim, segundo Mioto e Nogueira (2006 p. 12):

[...] postula-se que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios sócio-econômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de

⁷ As profissionais (sujeitos participantes da pesquisa) serão identificadas da seguinte forma: Assistente Social do Pronto-Socorro (AS - PS), Assistente Social da Ortopedia (AS - Ortopedia), Assistente Social da Maternidade (AS - Maternidade) e Assistente Social do NRAD/EAD (AS – NRAD/EAD), de forma a assegurar o sigilo e a ética na pesquisa, não expondo suas respectivas identidades. Cabe informar que todas as profissionais foram orientadas sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE), cientes das reponsabilidades entre pesquisadora e profissionais entrevistadas.

⁸ TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Suzana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. **Planejamento em Saúde**. Saúde&Cidadania. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/03_01.html. Acesso em 05 dez 2016.

liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado.

Os conceitos anteriormente abordados leva em consideração que a concepção de saúde ampliou-se bastante no que diz respeito às condições sociais, econômicas, culturais e ambientais como: educação, condições de vida, nas redes sociais com a comunidade, o estilo de vida, o suporte da intersetorialidade (serviços de saúde disponíveis) entre outros. Nos levando a entender que os determinantes sociais da saúde-doença está imbricado a vários fatores que se tornam complexos em suas particularidades.

Na análise das falas nota-se uma diferença entre as concepções de saúde das entrevistadas, pois, uma aborda um contexto mais geral para a concepção, já a outra usou o conceito da OMS, a outra co-responsabilizou o sujeito pela sua saúde e outra uniu os conceitos da OMS com o da Constituição Federal. Segundo os Parâmetros de Atuação do assistente social na saúde, “alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade” (2010, p. 39). Assim:

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º) (CFESS, 2010, p. 39).

Na concepção ampliada de saúde, que ultrapassa a visão biomédica, centrada unicamente no médico e na cura da doença,

[...] postula-se que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os

meios sócio-econômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 12).

O movimento de Reforma Sanitária, ao defender a concepção de saúde citada acima, coloca como relevante a determinação social amparada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida. Torna-se basilar o contexto e as condições sociais em que as pessoas vivem, pois em algumas situações há impactos no processo saúde-doença.

No âmbito desse contexto, as entrevistadas passaram por fases interessantes, tanto de avanços quanto de retrocessos na área da saúde. Nesse sentido, quais são as condições de trabalho enfrentadas por elas em todos esses anos de experiência?

AS - PS	“toda essa estrutura que eu preciso de internet, computador, impressora, mesmo que a impressora não seja aqui na sala, eu consigo imprimir meus relatórios com uma certa dificuldade. Parte da estrutura tem um pouco que a instituição permite, mas, às vezes, a resolutividade é uma pouco baixa e demora a longo prazo, não se resume apenas na internação da instituição. Telefone para fazer ligações locais e interestaduais, para localizar familiares, para articulação de rede, computador com internet para a gente poder localizar informações e fazer encaminhamentos mais rápido”
AS - Ortopedia	“eu divido uma sala com uma assistente social, mas eu tenho uma mesa, tenho um armário, tenho um computador, tem telefone. Às vezes, quando é uma entrevista mais pessoal e tal, eu peço para colega sair ou então eu saio quando ela também começa. Tem meu trabalho de grupo que é em outra sala de reunião pequena, tem computador, telefone, tem banheiro, que é uma coisa legal, que a gente já fica ali, a enfermeira, eu e a médica.”
AS - Maternidade	“Hoje eu posso te dizer que eu tenho condições boas, eu tenho acesso a internet, eu tenho linhas telefônicas que me permitem conversar com as instituições as quais eu preciso manter contato, com pacientes, seja em qualquer lugar que ele estiver, telefones fixos, interurbano, celular, o que eu tenho acesso assim aos setores do hospital que eu preciso aos demais profissionais, as condições de espaço que eu tenho até porque é um espaço pequeno seria em termos físicos tá, mas em termos de sigilo com pacientes, em termo de documentação eu tenho condições de guardar adequadamente.”
AS – NRAD/EAD	“eu trabalho numa equipe multidisciplinar então formada por vários profissionais e que as condições de trabalho estruturais não permitem que a gente tenha, às vezes, uma sala, por exemplo, para ter um atendimento sigiloso. Às vezes você está dentro da casa da família que a gente faz muita visita domiciliar, então dentro da casa da família

	atendendo, às vezes uma questão e a equipe inteira está compartilhando ali junto e isso acaba tendo interferência a gente trabalha dentro de uma correlação de forças dentro desse contexto. Então é um contexto complexo, não é um contexto muito tranquilo e fácil de trabalhar. Ele tem a sua complexidade, pessoas de vários paradigmas, com várias questões, e que isso tudo acaba interferindo no momento do atendimento.”
--	--

Conforme pode-se notar, as condições de trabalho na saúde ainda são muito precárias. É unânime nas falas a importância de uma estrutura básica como: sala com computador, com acesso à internet, telefone etc. As profissionais trabalham com o mínimo.

São condições mínimas que permitem a elaboração de um relatório social para garantir um direito, entrar em contato com uma família que mora em área rural para comunicar que um familiar está internado no hospital, entre inúmeras outras situações que precisam de equipamentos básicos de trabalho. Contudo, se o profissional tiver o básico, ele poderá desempenhar suas atividades sem maiores intercorrências? Pode ser que sim ou não.

Segundo o Código de Ética, em seu artigo 16, “o sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional”, seja por meio de uma conversa, ou documentação, a instituição precisa garantir esse sigilo. O espaço físico, a sala grande ou pequena, precisa garantir ao usuário todo sigilo necessário ao seu atendimento.

Ainda dentro desse contexto, com relação às condições de trabalho das profissionais, algo relacionado são os recursos (humanos, materiais, financeiros). No âmbito das condições que elas apresentaram, esses recursos são suficientes para o desenvolvimento do seu trabalho?

AS - PS	“Não, não tem, não tem recursos humanos suficientes para a quantidade de profissionais, assistentes sociais, é pouco para a quantidade de leitos que são atendidos. A legislação hoje vigente não atende e precisaria de assistente social numa equipe de atenção à violência 24 horas, e não existe esse profissional. Questão material, até que material teria, sim. Material que a instituição permite ok, tem o mínimo. Agora o financeiro, não tem nada, absolutamente nada, nada, é totalmente, é nulo, inexistente”
---------	--

AS - Ortopedia	“aqui no hospital somos quatro assistentes sociais, e realmente precisaria de mais, porque o hospital sempre tem demanda. Eu sou 24 horas; as colegas são 40 horas. Então. Quanto mais assistente social você tem, mais portas abertas para trabalhar. Recursos financeiros não tem. Tem o material de escritório. Realmente, às vezes não, não é todo mês que vem, mas a gente vai levando”
AS - Maternidade	“Nós sempre tivemos recursos humanos muito reduzidos. Deveríamos ter um número de assistentes sociais maior aqui. Materiais, acho que nós temos o básico, o que dá pra gente trabalhar. Hoje, nos termos uma dificuldade de toner, e é uma dificuldade de toda rede. Há uns dois anos que nós não temos mais os suprimentos de fundos. O que são suprimentos de fundos? Era um recurso que nós tínhamos pela Secretaria de Saúde e que nós podíamos com ele suprir algumas necessidades do paciente, como passagens urbanas ou interurbanas, cada paciente poderia receber até o valor de R\$ 240 reais, medicações que estavam em falta na rede, algum tipo de exame que estava em falta, mas tem uns dois ou três anos pra cá nós não temos mais esse recurso.”
AS - NRAD/EAD	“Nosso programa, eu não vejo tanta dificuldade. A gente hoje conta com um motorista que leva para as visitas, e seria interessante dois, que dividiriam em duas equipes e aí não teria essa questão das prioridades para as visitas. É que o Serviço Social acaba sendo menos prioritário. No financeiro, eu acho que tem os subsídios dos materiais para os pacientes. Então, quase não é sentido. Quando a família enfrenta alguma situação, é encaminhado para o CRAS, que já tem programas para atender essas situações. Então, a gente não tem tido dificuldade.”

É perceptível como a falta de recursos prejudica o desenvolvimento do trabalho do profissional, sejam humanos, materiais e financeiros. Assim,

Embora regulamentado como uma profissão liberal na sociedade, o Serviço Social não se realiza como tal. Isso significa que o assistente social *não detém todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo*. Depende de recursos previstos nos programas e projetos da instituição que o requisita e o contrata, por meio dos quais é exercido o trabalho especializado. Em outros termos, parte dos meios ou recursos materiais, financeiros e organizacionais necessários ao exercício desse trabalho são fornecidos pelas entidades empregadoras. Portanto, a condição de trabalhador assalariado não só enquadra o assistente social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas *molda* a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira (IAMAMOTO, 2007, p. 63).

Com mais profissionais, não haveria sobrecarga de trabalho. Por exemplo, se uma servidora faltar (abono, atestado, férias, licença), a outra atende tanto as suas demandas, quanto as da colega. Se houvesse mais profissionais, outros trabalhos poderiam ser desenvolvidos no hospital, como: mais trabalhos em grupo, trabalho com idosos, com deficientes, com mulheres, com crianças e adolescentes. Seria algum trabalho também voltado para prevenção, mesmo sendo foco da atenção primária.

Acerca da participação em alguma política de formação continuada ou capacitação, sendo ela ofertada pela instituição, e se tem alguma frequência e com que interesse por parte da instituição, as respostas foram as seguintes:

AS - PS	“Eu já fiz algumas atualizações, capacitações, mas aqui, pela Secretaria de Saúde, tenho feito uma, que é promovida pelo HMIB com várias temáticas relacionadas ao Serviço Social. Tem acontecido, sim, mas foi uma iniciativa de um grupo de assistentes sociais do hospital, não foi da Secretaria de Saúde. Fora isso, eu não tenho feito nenhuma outra atualização. Fiz em relação ao SUS. Fiz em relação ao idoso, que eu me lembre agora só. Acho importante tá sempre atualizando porque é interessante para a análise crítica que o perfil do assistente social exige. Então, tem que tá sempre se capacitando para ter esse perfil analítico e crítico.”
AS - Ortopedia	“Eu participei do curso em Gestão em Saúde pela Oswaldo Cruz no RJ. Foi ofertada pela instituição. O interesse é porque eu já estava na chefia de Serviço Social e eles queriam me dar um conhecimento a mais.”
AS - Maternidade	“Política de capacitação, eu já participei de várias. Política de Humanização, fiz uma capacitação extensiva pela UNICAMP: era à distância. Programa de Prevenção à Violência também, inclusive, fiz a minha especialização pela USP. Grande parte foi à distância. Os demais também em várias áreas da saúde, como tuberculose, hanseníase, HIV. A frequência, dos dois últimos anos pra cá, não tem sido com tanta frequência. Já houve anos, já houve épocas mais intensas dessa participação. Todas ofertadas pela instituição. Há um interesse, há uma demanda que precisa ser trabalhada e o profissional tem que tá capacitado para isso.”
AS - NRAD/EAD	“Participei. A própria Gerência de Atenção Domiciliar faz uma capacitação anual de 100 horas, não só para integrantes ou servidores do NRAD, como também para todos os outros servidores de outras áreas também, que queiram saber do programa. Foi ofertada pela instituição.”

Nota-se que a unidade hospitalar na qual elas trabalham não oferta cursos para a capacitação do profissional. A instituição não impede que as

assistentes sociais participem de cursos de capacitação de formação continuada fora de seus respectivos locais de trabalho, mesmo porque os cursos não só partem da iniciativa da instituição, há outras instituições que ofertam cursos e divulgam para capacitar profissionais.

Conforme um dos princípios fundamentais do Código de Ética, contido no inciso VII, “garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual” e em seu artigo 2º, alínea f, também consta que o “aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código”.

Como sabemos, a formação continuada permanente é necessária, não só porque consta no Código de Ética e fortalece a categoria em suas atuações qualificadas, mas, acima de tudo, porque fortalece o projeto ético-político do Serviço Social. Essa educação permanente conta com a teoria, para evitar equívocos e distorções de que: “na prática a teoria é outra”, “onde aplico Marx no meu dia a dia”, “cada caso é um caso”. São inúmeras as situações, pois o mundo do trabalho com suas exigências inéditas acaba sucumbindo os profissionais em seu cotidiano laboral, requisitando muitas vezes respostas irrefletidas e acríicas frente ao real.

A especialização vem após a graduação e com um conhecimento minimamente do cotidiano da profissão, pois se o profissional se interessa mais pela temática de criança e adolescente ou idosos ou pessoas com deficiência ou mulheres, previdência, assistência, saúde, educação, sócio-jurídico, habitação. São várias as ramificações, pois é possível tomar sua decisão após a graduação. Assim, formação continuada também proporciona que o profissional se afaste do tecnicismo, do pragmatismo, da imensa burocratização das instituições contemporâneas.

A construção de novos conhecimentos se faz presente a partir do momento em que sabemos do movimento dialético da realidade social, pois, segundo Konder (2008, p. 7-8) “o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação” nos faz acreditar que pouco

sabemos ao longo da vida. Novas tecnologias surgem, novas descobertas, inovações no que já existe.

Com isso, a formação profissional, conforme consta nas Diretrizes Curriculares (1999), viabiliza uma capacitação teórico-metodológico, ético-político como um dos requisitos para o exercício de atividades técnico-operativas, com vistas à apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade. Assim, conforme o CFESS (2010, p. 63):

As atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, a gestão, dos Conselheiros de Saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria que será explicitada posteriormente.

Sabe-se que em unidade hospitalar são desenvolvidos trabalhos que necessitam de equipes. E no Serviço Social, há trabalho em equipe? Como se desenvolve esse trabalho? Para as entrevistadas:

AS - PS	“Acho que não há trabalho em equipe. Acho que o trabalho, ele é individual, cada um na sua caixinha, cada um faz sua parte dentro do todo, não tem nem trabalho em equipe dentro do próprio Serviço Social, não é feito em equipe, cada um cuida da sua clínica. Nem no Serviço Social e nem com outras categorias profissionais.”
AS - Ortopedia	“Eu participo aqui do Programa de Tabagismo, e o tabagismo é um trabalho que requer uma equipe. Então, a equipe tem a enfermeira, tem a médica e tem assistente social.”
AS - Maternidade	“Para o Serviço Social, nós temos esse trabalho em equipe, sim. O fato de nós não estarmos numa mesma sala, não impede isso. Nós temos uma abertura entre nós, nós podemos nos reunir quando necessário. No dia a dia, nós estamos sempre nos comunicando.”
AS - NRAD/EAD	“Basicamente, o trabalho é feito em equipe. Eu nunca vou fazer um atendimento sozinha.”

No âmbito das quatro visões de trabalho em equipe, duas delas trabalham realmente em equipe (Tabagismo e Equipe de Atenção Domiciliar). São trabalhos que envolvem profissionais de outras áreas do conhecimento, em prol de um objetivo comum. Já os outros dois posicionamentos, divergem: para uma, o trabalho pode ser em equipe e para a outra, não.

Primeiramente, há diferença entre trabalho em equipe e trabalho em grupo? Idalberto Chiavenato (2010, p. 400-401), autor da Administração, define equipe como um grupo de pessoas com habilidades complementares e que trabalham em conjunto para alcançar um propósito comum pelo qual são coletivamente responsáveis. Já grupo, são indivíduos interdependentes que compartilham informação e tomam decisões que ajudam a cada membro a executar melhor as suas atividades dentro de sua área de conhecimento.

Tal definição nos leva a crer que as duas profissionais que divergem, trabalham em grupo, pois sempre que precisam se reúnem para discutir um determinado assunto, sem um propósito comum. As outras duas trabalham em equipe multiprofissional, contudo, esse profissional precisa ter clareza de suas competências e atribuições para estabelecer seu processo de trabalho. Assim:

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser definida na saúde. Iamamoto (2002, p. 41) afirma que “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002 *apud* CFESS, 2010, p. 46).

Com essa visão geral, abordada anteriormente, da saúde e das profissionais, passar-se-á agora ao universo da unidade hospitalar. Será apresentado um pouco sobre as particularidades profissionais do assistente social nesse ambiente de proteção social especial de média complexidade. Serão entendidas suas demandas, suas competências e atribuições, as correlações de forças existentes nesse espaço, o trabalho profissional e o projeto ético-político e, por fim, as dimensões teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativo explícitas nas ações profissionais do assistente social.

3.1 Demandas ao Serviço Social em unidade hospitalar

Antes de se adentrar nas demandas propriamente ditas de unidade hospitalar, é preciso enfatizar um saber antes já consolidado, que são os

direitos políticos, civis e sociais. Direitos esses conquistados ao longo dos últimos séculos por meio da luta de classes e reivindicações de classe.

Pode-se usar a Revolução Francesa como exemplo, ao destacar os “direitos da burguesia em ascensão de se rebelar contra o poder do déspota, de criar condições para que os direitos humanos fossem defendidos individualmente, garantindo a uma parcela da população o direito de escolher como viveria” (COUTO, 2010, p. 43).

Assim, os direitos sociais, que é nosso foco, segundo Couto (2010, p. 48), são cunhados pela ideia de igualdade, na medida em que decorrem do reconhecimento das desigualdades sociais criadas na sociedade capitalista. Expressam-se pelo direito à educação, à saúde, à assistência, à previdência, ao trabalho. Assim sendo:

Os direitos sociais possuem caráter redistributivo, buscam promover a igualdade de acesso a bens socialmente produzidos, a fim de restaurar o equilíbrio para a coesão social. Partem de aspirações ideais que, ao serem proclamadas, não dão garantias de seu usufruto, pois o direito reivindicado não se traduz necessariamente em direito reconhecido e protegido (Bobbio, 1992). [...] A concretização dos direitos sociais depende da intervenção do Estado, estando atrelados às condições econômicas e à base fiscal estatal para ser garantidos. Sua materialidade dá-se por meio de políticas sociais públicas, executadas na órbita do Estado. Essa vinculação de dependência das condições econômicas tem sido a principal causa dos problemas da viabilização dos direitos sociais, que, não raro, são entendidos apenas como produto de um processo político, sem expressão no terreno da materialidade das políticas sociais (COUTO, 2010, p. 48).

Dessa forma, constituem-se em direitos de prestação de serviços ou de créditos, pois geram obrigações positivas por parte do Estado, que detém a responsabilidade de, por meio do planejamento e da consecução de políticas para o bem-estar do cidadão, “atender às demandas por educação, trabalho, salário suficiente, acesso à cultura, moradia, Seguridade Social, proteção do meio ambiente, da infância e da adolescência, da família, da velhice, dentre outros” (COUTO, 2010, p. 48).

A saúde também é considerada como um direito social. Nesse contexto, o Serviço Social atua incessantemente nas demandas que surgem e:

[...] compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o Direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético

político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto de reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004 *apud* CFESS, 2010, p. 29-30).

As demandas do Serviço Social em unidade hospitalar são muito diversificadas. Há demandas institucionais, dos usuários, do próprio profissional, dos colegas de trabalho, até mesmo do Serviço Social. Há demandas espontâneas dos usuários. Há também as demandas encaminhadas: às vezes, com destino certo, às vezes, não. O Serviço Social atende às demandas da classe trabalhadora e na contradição da realidade social à instituição que representa o Estado. Assim:

Outras demandas referem-se às condições reais de vida dos usuários que se apresentam como: desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário. As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental (CEFSS, 2010, p. 43).

Nesse sentido, analisamos as demandas, no intuito de identificar se há alguma frequência entre elas e, também, visa a elaborar respostas para a intervenção para o enfrentamento da questão social. Foi perguntado às entrevistadas quais são as principais demandas presentes no cotidiano da instituição, cujas respostas foram:

AS - PS	“As principais demandas, questões materiais que as famílias vêm atrás do Serviço Social. Vem atrás de algum benefício, porque a renda está precária em virtude dos gastos não previstos com medicação, com internação na questão da saúde do familiar. Isso tudo, para quem tem uma renda precária, faz diferença. Então, a maior demanda, a princípio, é acessar benefícios e serviços.”
AS - Ortopedia	“Em relação ao Serviço Social, o que a gente sente muito é a questão do idoso, morador de rua que não tem para onde ir. Esse é um problema muito frequente: a questão de abrigo para idoso. Demanda por remédio tem sempre, por cesta básica.”
AS -	“Chega para nós o paciente que depende de políticas, políticas de

Maternidade	passa livre, de algum tipo da assistência, de política para benefícios.”
AS - NRAD/EAD	“Muitas demandas da preparação desses familiares para o cuidado, questões de alcoolismo, drogadição. Outras questões que também a gente vai atuando: também a questão de preparo financeiro dessa família, para ter suporte, ter condições de estar com o paciente na casa, cuidar desse paciente, olhar para esse cuidador, como está sendo esse cuidado, ele está lidando como esse cuidado. Então, o Serviço Social não olha só para o paciente em si, mas para todo ambiente ali da casa. Enquanto a equipe está fazendo atendimento com perguntas clínicas, do estado físico do paciente, eu estou vendo outras questões ambientais e sociais. A criança, às vezes, no desenho está me mostrando muita coisa, nessa interação comigo, conversando, eu estou vendo outras questões. Então, é aí que a gente consegue ver uma situação de violência intrafamiliar ou ver outra questão das próprias complexidades que se colocam dentro de um ambiente. Eu tento fazer a visita de admissão ou uma primeira visita depois que foi feita a admissão para conhecer, e fazer as orientações na questão da tarifa social junto a CEB, orientações socioeconômicas. Todo paciente novo eu vou querer conhecer, vou querer ver porque ali, naquela primeira conversa, a gente começa a ver as demandas, o que tem que ser trabalhado, como vai ser o projeto para aquela família.”

Pode-se fazer a seguinte análise das demandas mais evidentes entre as falas: financeira e assistência. Cabe contextualizar que a assistência social é uma outra política a ser discutida. Não é o assistente social da saúde que fará assistência social. Ao contrário, ele irá desenvolver um trabalho de interrelação com a rede de proteção social para garantir integralidade do acesso à saúde, “tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade” (MIOTO e NOGUEIRA, 2006, p. 8).

Nesse ponto, o assistente social atua em relação às demandas de forma a recebê-las e identificá-las. Nesse processo o profissional precisa, muitas vezes, desenvolver uma ação intersetorial a fim de garantir o acesso do direito à saúde. Dessa forma, sabemos que, em muitos casos, a rede de proteção social não funciona, sobrecarregando por sua vez a saúde com demandas que não são a ela atribuídas.

Nesse contexto, o Estado é o ente que tem o poder de garantir políticas públicas efetivas aos cidadãos e a responsabilidade de garantir o acesso dos sujeitos à saúde como um direito e não um favor ou caridade, pois segundo Mioto e Nogueira, “[...] enquanto direito, a pretensão do dever de cumpri-lo é do

Estado, sendo reconhecido que a saúde não poder ser um bem ou serviço factível de troca no mercado". (2006, p. 6). Como está explícito na Constituição Federal, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assim como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Dessa forma, entende Soares que:

A filantropia substitui o direito social. Os pobres substituem os cidadãos. A ajuda individual substitui a solidariedade coletiva. O emergencial e o provisório substituem o permanente. As micro-situações substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado minimalismo do social para enfrentar a globalização da economia. Globalização só para o grande capital. Do trabalho e da pobreza cada um cuida do seu como puder. De preferência, um Estado forte para sustentar o sistema financeiro e falido para cuidar do social (SOARES, 2003 *apud* IAMAMOTO, 2004, p. 34).

Com isso, Iamamoto (2004, p. 3) afirma que a atual desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção à pobreza para a iniciativa privada e individual, culpabilizando o sujeito, e assim impulsiona as motivações solidárias e benemerentes, submetidas ao arbítrio do indivíduo isolado, e não a responsabilidade pública do Estado. E assim sabemos que esse fato serve para desresponsabilizar o Estado e ele, por sua vez, repassa para a sociedade civil seu dever. Com isso, notamos que:

O resultado no campo das políticas públicas na área social, na América Latina, tem sido o reforço de traço de improvisação e inoperância, o funcionamento ambíguo e sua impotência na universalização do acesso aos serviços dela derivados. Permanecem políticas casuísticas e fragmentadas, sem regras estáveis e operando em redes públicas obsoletas e deterioradas (YAZBEK, 2001 *apud* IAMAMOTO, 2004, p. 3-4).

A assistência também será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social. As pessoas precisam entender que o direito é amparado por lei e o Estado tem o dever de arcar. Porém, ainda acontece de ter pessoas que não sabem que a saúde é um direito e, se esse direito for violado, ela pode e deve buscar meios para fazer valer a lei. Assim:

As consequências de transitar a atenção à pobreza da esfera pública dos direitos para a dimensão privada do dever moral são: a ruptura da universalidade dos direitos e da possibilidade de sua reclamação judicial, a dissolução da prestação dos serviços submetidos a decisão privada, tendentes a aprofundar o traço histórico assistencialista e a regressão dos direitos sociais (IAMAMOTO, 2004, p. 3).

O usuário precisa saber sobre os canais de comunicação existentes, para verbalizar o seu não acesso ou suas intercorrências, entre outros assuntos. As ouvidorias, os movimentos sociais e o Conselho de Saúde são canais de participação da população e espaço democrático para reclamar, sugerir, fiscalizar e até mesmo para formulação de políticas de saúde.

Sabemos que são vários os determinantes sociais que levam o sujeito a situações de vida que acabam sendo uma das diversas expressões da questão social. Os resultados advêm de uma ampla radicalização da concentração de renda nas mãos de poucos, má gestão do dinheiro público, corrupção. Esse cenário gera o empobrecimento da população, o que, conseqüentemente, dá margem para o aumento do desemprego e do subemprego, o aumento brutal da violência. Como se vê, no atual governo do Brasil, há o desmonte dos direitos conquistados e das políticas sociais universais, impondo um sacrifício forçado a toda sociedade. Entretanto:

[...] novas contradições são criadas com a contrarreforma na saúde, que tentam não viabilizar o SUS constitucional, acarretando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários. Esse quadro está relacionado também com as condições concretas do trabalho dos profissionais: baixa remuneração; precarização do trabalho; aumento e diversificação das atividades; redução de pessoal e carga horária excessiva (CFESS, 2010, p. 42).

Diante das demandas expostas pelas assistentes sociais, elas percebem também quem é o público usuário dos serviços de saúde pública do DF. Com isso, foi perguntado na entrevista quem são os usuários (perfil) dos serviços prestados pelo/a assistente social. As respostas foram as seguintes:

AS - PS	“O perfil do usuário é pessoa com baixa renda, baixa escolaridade, condições precárias de vida, de moradia. Em função dessa renda, muita gente de fora do DF vem pra cá para fazer seu tratamento de saúde.”
AS - Ortopedia	“População feminina, idosa ou menor de idade, condição financeira e condição de vida sempre muito baixa, às vezes muito, muito baixa, às vezes baixa. Um perfil de pessoas que não têm uma boa situação de vida. A gente vê que tem a questão de gênero muito forte na sociedade. Ainda, a mulher realmente tem que assumir tudo, arcar com tudo, trabalho, o trabalho de casa, e os filhos. O idoso não tem às vezes recurso, e fica nessa situação dependendo de outras instituições para ele ter uma vida mais digna. São famílias de baixo poder aquisitivo, emocionalmente não estão bem, falta emprego, falta

	dinheiro, falta saúde.”
AS - Maternidade	“Perfil, nós temos aquele usuário que veio pela primeira vez, é uma demanda que veio e acabou de sair do médico, ele tem uma demanda que apareceu naquele momento. E tem aquele paciente que às vezes é aquele que a gente brinca e chama de “crônico social”, é aquele paciente que está sempre indo e voltando com algum tipo de demanda.”
AS - NRAD/EAD	“É um paciente que já está acamado, ele já tá com todos os tipos de sonda, com traqueo. Esse é o perfil do nosso paciente.”

A análise a ser feita com relação ao perfil do usuário demonstra que são pessoas de baixa renda e suas condições de vida são precárias. Entre as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social, segundo os Parâmetros de atuação do assistente social na saúde, constam:

[...] construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista, previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde (CFESS, 2010, p. 45).

É importante o profissional saber qual o perfil de seus usuários, pois é informação necessária que auxilia na elaboração de um plano de ação, no planejamento de determinada estratégia institucional, na organização da prática de suas ações, ou no pensar de alguma temática para trabalhar com esse público, dentre outras formas.

O perfil dos usuários do Serviço Social em unidades hospitalares revela que são pessoas das camadas mais empobrecidas da sociedade, como Yazbek (1996) denomina de classe subalterna, população carente, excluídos. São Sujeitos que fazem uso das políticas de saúde, cujos serviços são geridos pelo SUS. Assim, (YAZBEK, 1996, p. 41):

As políticas sociais assumem o papel de atenuar, através de programas sociais, os desequilíbrios no usufruto da riqueza social entre as diferentes classes sociais, bem como os possíveis conflitos sociais decorrentes de precárias condições de vida a que se encontram submetidas as classes subalternas.

Sabe-se que este público é um público que ainda desconhece seu real direito, pois lhe falta orientação. Assim, tem-se que (YAZBEK, 1996, p. 42):

O Estado, ao fornecer um fluxo de bens e serviços necessários à sobrevivência dos subalternos, busca reforçar sua capacidade de impor à sociedade como um todo, os interesses políticos e sociais

das classes hegemônicas. Ao mesmo tempo e na mesma ação, os subalternos introduzem, no interior dos próprios aparelhos do Estado, questões relevantes aos seus interesses.

Assim, para conduzir toda essa demanda e com um determinado perfil, precisa-se de profissionais que saibam quais são suas atribuições e competências para lidar com seu domínio de conhecimento. Esse é o assunto do próximo subitem.

3.2 Competências e atribuições dos profissionais do Serviço Social

As competências e atribuições dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde, sejam aqueles realizados em outro espaço sócio-ocupacional, seguem como orientação e direção os direitos e deveres constantes do Código de Ética Profissional e da Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. Observa-se que, para desempenhá-las, é necessário ter em mente a clareza dos objetivos que a norteiam.

O que distingue o trabalho de um leigo para o de um assistente social são as particularidades da profissão juntamente com os objetivos definidos. A elaboração de relatórios, laudos, pareceres, visita domiciliar, elaboração de projetos, estudos socioeconômicos, atendimento individual ou grupal, treinamentos, assessoria, consultoria, realização de palestras, dentre outros, vão preceder de um objetivo concomitantemente as competências e atribuições que estarão ali para direcionar a atuação profissional. Assim, a Lei de Regulamentação da profissão estabelece, no seu artigo 4º, as competências do assistente social conforme o seguinte:

Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em

matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

As atribuições privativas do assistente social constam do artigo 5º da mesma lei, nos seguintes termos:

Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

As competências e atribuições dos assistentes sociais requisitam algumas competências gerais, que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996) (CFESS, 2010, p. 35).

São essas competências gerais que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas, necessárias ao

enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano (CFESS, 2010, p. 35).

Nesse sentido, foi questionado às entrevistadas sobre quais as atribuições e competências profissionais desempenhadas pelo assistente social na instituição hospitalar. As respostas foram as seguintes:

AS - PS	“Atribuições: supervisão, atendimento ao usuário, relatório, entrevista, tentar manter o sigilo, todas as intervenções e levando em consideração o Código de Ética que está preconizado.”
AS - Ortopedia	“Atribuições e competências, contato com a família, chamar a família, por exemplo, em relação a maternidade. Tem mães que não querem o bebê, então a gente tem que fazer contato com a justiça, com a Vara, faz contato, manda relatório, espera a decisão do juiz. Isso também é competência e atribuição do Serviço Social, ninguém mais. A questão da denúncia de violência é do assistente social, mas é também de todos os profissionais que atendem, o primeiro que atende. Então, também é competência e atribuição do Serviço Social. O Serviço Social está denunciando quando a gente vê maus tratos de idoso, criança, mulher. A gente tem essa questão firme e forte, como eu falei, a questão da família, chamar a família quando a paciente está internada, a gente também conversa com a paciente vê as demandas que ele tem, tem pacientes que tem família e não quer falar com ninguém da família. Então, a gente respeita a quem ele vai chamar. Questões de família é tudo do Serviço Social, tudo que se refere a família. Chamar a família, conversar com a família, com esposa de paciente. Documentação também é competência do Serviço Social, é questão mais administrativa. Antigamente, a pessoa não tinha documento nenhum, só a certidão de nascimento, aí não podia sair do hospital, não podia. No tabagismo, também o que precisa fazer eu faço, independentemente de ser minha atribuição ou não, eu faço, por que eu quero me sentir bem, eu quero sentir que eu estou participando de alguma forma daquele processo.”
AS - Maternidade	“Atribuições, atender individualmente ou em grupo os pacientes, manter contato com outras instituições, identificar recursos dessas instituições para que sejam feitos alguns encaminhamentos. Com relação às competências, entrevistar o paciente, fazer uma escuta qualificada com o paciente, ou seu familiar, ou usuário que vem no ambulatório com demanda espontânea. Fazer uma escuta qualificada quando necessário, emitimos relatórios, relatórios sociais, encaminhamos para os órgãos que forem necessários, ou justiça ou assistência, ou seja, usamos os encaminhamentos dentro da instituição também, fazemos também relatórios para desospitalização, orientação para passe livre, benefícios sociais, previdenciários, atendimento individuais.”
	“Atribuições do assistente social, mas basicamente a gente participa de reuniões familiares, reuniões da rede social também. O assistente social trabalha com outras instituições, então: CRAS, CREAS, Ministério Público, Conselho Tutelar. Tem que trabalhar com essa interlocução dos atores institucionais. As competências exclusivas,

AS - NRAD/EAD	essas atribuições qualquer um pode fazer realmente, as competências exclusivas da gente mesmo é a orientação por exemplo, encaminhamentos sociais, pareceres sociais, relatórios sociais, isto é, só a gente pode fazer. Esses pareceres e relatórios sociais também são competência exclusiva, acompanhamento do estagiário, competência exclusiva. Agora, orientação para familiar, a participação em rede, o diálogo com outras instituições, não, isso não é competência, é atribuição, não é exclusiva.”
------------------	---

As competências “expressam capacidade para apreciar ou dar resolatividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional”. Fazendo uma análise das competências profissionais à luz do Código de Ética, percebe-se que encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos são as competências mais frequentes. Quanto às atribuições privativas das assistentes sociais mencionaram a supervisão de estagiários de Serviço Social. As atribuições são referentes “às funções privativas do assistente social” (CFESS, 2012, p. 37). Assim,

Sabemos que o Serviço Social, historicamente, atua nas múltiplas refrações da questão social, conformadas na ordem social contemporânea e seus procedimentos técnicos são instrumentais vinculados a uma intencionalidade, que extrapola a requisição institucional, cuja demanda nos é colocada sem lapidação teórica e ético-política. Só a competência do(a) profissional, pelo conhecimento teórico-político é capaz de decifrar seu significado (CFESS, 2012, p. 30).

Acrescentando ao que foi dito na citação acima, os instrumentais necessitam de competência e saber quais as suas atribuições privativas, conhecimento que somente o assistente social pode desempenhar.

Com isso, entraremos no assunto de instrumentos, assim questionando as entrevistadas sobre quais os instrumentos e técnicas são utilizados na execução do trabalho. As respostas foram as seguintes:

AS - PS	“Os instrumentos são entrevista, orientações, encaminhamentos, observação, elaboração de relatório, elaboração de pareceres.”
	“Instrumentos são entrevista, formulários. No tabagismo, tem uma abordagem rápida do tabagismo que eu gosto muito, a gente tenta conversar com a pessoa mesmo descontraidamente sobre essa questão. Os instrumentos do Serviço Social: visita domiciliar,

AS - Ortopedia	entrevista, abordagem, orientação, encaminhamento. Isso tudo são instrumentos que eu uso, encaminhamento para o CRAS, para o CREAS, encaminhamento dando o endereço da instituição, para pessoa procurar. As técnicas, eu uso assim como eu falei, tem uma abordagem, uma linha assim mais dialógica, então eu busco dar apoio pras pessoas, busco dar esclarecimento, clarificar alguma situação. Têm técnicas de grupo também, que a gente tem que tá presente quando tem situações no grupo, tem o apoio, técnicas que você tem que interromper a fala que a pessoa quer falar o tempo todo. No individual, é mais o apoio, clarificação, orientação, encaminhamento.”
AS - Maternidade	“Os instrumentos são formulários de entrevistas e tudo. Hoje a gente não tem mais, hoje a gente não trabalha mais com esse formulário preenchendo. As técnicas são as entrevistas, as conversas individuais de cada paciente.”
AS - NRAD/EAD	“A gente utiliza muita visita domiciliar, parecer social, relatório social, e encaminhamentos. Além disso, são feitas também as reuniões institucionais e, dentro também, reuniões de equipe.”

“Muito mais relevante, nesta perspectiva, do que sugestões para bem realizar uma entrevista, importa a qualidade das cadeias de mediação de que dispomos para provocar processos reflexivos (PRATES, 2003, p. 2). A procura de iniciar a análise com reflexão é pensar que os instrumentais por si não querem dizer algo essencial, mas a forma que será utilizado fará a diferença”. Não há dúvidas de que é unânime quais são os instrumentais utilizados na execução do trabalho. Quanto às técnicas, também é unânime, e um ponto delicado de se tratar. Iamamoto destaca que:

Geralmente, tem-se uma visão dos instrumentos de trabalho como um “arsenal de técnicas”: entrevistas, reuniões, plantão, encaminhamento etc. Mas a questão é mais complexa. Quais são os meios de trabalho do assistente social? A noção estrita de instrumento como mero conjunto de técnicas se amplia para abranger o conhecimento como um meio de trabalho, sem o que esse trabalhador especializado não consegue efetuar sua atividade ou trabalho. As bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o assistente social aciona para exercer o seu trabalho: contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação, ao mesmo tempo em que a moldam. Assim, o conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado; mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado. Nessa perspectiva, o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo assistente social ao longo do seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho (IAMAMOTO, 2007, P. 62-63).

Para Prates, “partir de uma concepção que vê a realidade e os sujeitos sociais que a constituem e por ela são constituídos como unidades dialéticas, pressupõe uma nova forma de olhar, tratar e utilizar os instrumentais”. Ou seja, os instrumentais não são usados meramente como pragmáticos, burocráticos, tudo vai depender da intencionalidade do profissional, pois “é preciso demarcar que na perspectiva dialético-crítica a centralidade é atribuída à finalidade e não ao instrumental em si” (PRATES, 2003, p. 1).

Portanto, os instrumentais e as técnicas fazem parte de um conjunto de ações desenvolvidas pelo assistente social ao longo de sua intervenção, dotadas de uma intencionalidade e que culminará em uma ação transformadora por meio da política pedagógica, estimulando o indivíduo a pensar por si e a tomar suas próprias decisões, a partir das alternativas concretas.

Diante desse contexto, na entrevista foi questionado às assistentes sociais sobre quais são as dificuldades, limites e possibilidades do exercício profissional na instituição em que atua. As respostas foram:

AS - PS	“A dificuldade que eu vejo maior é de atendimento à demanda. A instituição não consegue sempre atender essas demandas, ela precisa contar com a rede, ela não basta por si só. É um limite de atuação ao mesmo tempo. Uma possibilidade, a articulação de rede. Melhorar essa articulação com a rede. A articulação também não é simples, porque as outras instituições têm seus limites, assim como a saúde, aqui no hospital.”
AS - Ortopedia	“A dificuldade financeira. A população não tem saúde, não tem educação, não tem dinheiro. Então, isso, o assistente social não pode fazer nada em relação à assistência material, é bem limitado. As possibilidades, tentar junto com a pessoa fazer com que ela se transforme diante desse caos que é a vida dela, que ela veja suas soluções, que ela tenha força, esperança para seguir. O limite é essa falta de verba, de participação maior do Estado, de em relação aos outros profissionais. Também a gente tem um limite. A gente não pode atuar.”
	“As dificuldades nós já falamos, não tem recurso financeiro. Eu vejo isso como uma dificuldade. Os limites, demanda em que o paciente não tem solução, os seus problemas de saúde. Não estou nem falando de política, estou falando de saúde. Por exemplo, alguns tipos de especialidades. Tem especialidade que o paciente precisava para hoje, e ele vai conseguir a, sei lá, daqui seis meses, talvez até um ano. Tem exames também que ele tem essa dificuldade de conseguir, ele não vai ter recursos para pagar esse exame. E tem outra situação, em que o paciente passou pelo especialista, ficou definido que ele vai depender de uma intervenção, sei lá, de uma intervenção cirúrgica,

<p>AS - Maternidade</p>	<p>esse paciente consegue fazer os exames, muitas das vezes com muitas dificuldades e às vezes paga parte desses exames, porque às vezes faltam recursos na rede para ele poder fazer e ele retorna para marcar a cirurgia, tenta marcar e não consegue. As nossas possibilidades, elas vão assim a quem do serviço de saúde porque, primeiro a gente tem que conhecer bem toda política em volta na região. Por exemplo, eu tenho um paciente que precisa de uma consulta com o oftalmologista, tá demorando muito na rede e se tem contato, tem a Casa do Ceará, que faz por um preço. É um órgão ou uma instituição filantrópica que tem aqui no DF que faz um preço mais acessível. Você pode passar essa informação para o paciente e de repente ele faz lá, a política de assistência também, se bem que a política de assistência eu sinto que está assim muito sucateada. Então, nossas possibilidades, se for do ponto de vista material, é uma escassez muito grande, mas eu vejo também de outra forma, você pode também trabalhar não com esse paciente, não é só a questão que ele está precisando, dá para você trabalhar com ele no emponderamento, sabe(?!), na orientação, e eu gosto muito disso, apesar de trabalhar dentro de um hospital, existe muito a possibilidade de fazer emponderamento.”</p>
<p>AS - NRAD/EAD</p>	<p>“As dificuldades foram essas que eu acabei abordando da questão do sigilo, a questão da humanização do trabalho é uma dificuldade muito grande. Os limites que a gente tem são os limites estruturais, que deveria ter dois motoristas pra gente conseguir fazer a divisão da equipe e fazer um bom atendimento. As possibilidades reais hoje, o trabalho do assistente social faz uma diferença na Equipe de Atenção Domiciliar, porque quando você trabalha na perspectiva de garantia de direitos, não só garantia de direitos familiares, mas garantia de direitos também de uma equipe, que tem a demanda que precisa fazer aquele serviço e que esse familiar às vezes, por uma situação de fragilização, se coloca numa posição, às vezes é colocado numa posição de inferioridade. O assistente social vai empoderando esse familiar, ele vai levando a informação. Trabalhamos muito com essa perspectiva do acesso a garantia de direitos, do familiar ser emponderado. O assistente social, ele tem essa formação, o assistente social tem essa possibilidade. A gente vê equipes que não têm assistente social e que têm assistente social, vê a diferença, porque o assistente social, ele que possibilita esse diálogo, essa escuta, esse emponderamento familiar.”</p>

Como análise das respostas, pode-se perceber quando se pergunta as dificuldades, limites e possibilidades, envolve vários atores como: o governo, a instituição, o Serviço Social, o profissional, o usuário, o colega entre outros. Quanto às dificuldades aparecerão, na medida em que surgem as estratégias para superar tal situação. Limites também existem vários, porém o que fará a diferença é o posicionamento político do profissional frente às barreiras. E por último, as possibilidades, que também são inúmeras, a contar daquelas realizadas dentre alternativas concretas. Colocaram também a questão do

recurso financeiro que a instituição recebia e repassava ao Serviço Social. Lembrando que como foi dito anteriormente, não podemos confundir política de saúde com política de assistência. Ambas tem seu núcleo de atuação.

Outro ponto que fica bastante evidente é a questão da dimensão política que a profissão tem e que, nas palavras das profissionais, se mostra com um viés (emponderamento). E o último ponto é a questão da “garantia” de direitos por parte dos profissionais.

Assim, percebe-se que há a necessidade de esclarecer quais as particularidades do trabalho do assistente social em unidade hospitalar, quais os objetivos da profissão frente às demandas e frente à instituição, o que de fato é matéria do Serviço Social. Isso pode ser solucionado por diversas formas, como: palestras, debates, oficinas, encontros com a temática. Despertar a reflexão no profissional de sua atuação no cotidiano, que, por estar imerso nas demandas da instituição, muitas vezes toma decisões acríicas no âmbito do exercício profissional. É importante fazer um intercâmbio com a academia por meio da supervisão de estágio e com outras entidades CFESS/CRESS, ABEPSS etc. Sem nunca perder de vista o Código de Ética, a Lei de Regulamentação e o projeto ético-político da profissão. Enfim, são inúmeros os caminhos que podemos trilhar para se almejar uma qualificação profissional crítica e reflexiva diante da conjuntura atual em que o país vive.

A palavra “emponderamento” chamou atenção nas respostas das entrevistadas, pois esse termo no Serviço social tem um cunho enviesado. O que significa? Conforme Faleiros (1999, p. 51), *empowerment* “implica compromisso ou engajamento dos assistentes sociais com o fortalecimento do oprimido no processo de enfrentamento de sua fragilização/patrimonialização”. Para Judith Lee, destaca-se:

Três dimensões desse processo “o fortalecimento do eu, a criticidade e o uso de recursos: a) o desenvolvimento do sentido do eu mais positivo e poderoso; b) a construção de uma capacidade de compreensão mais crítica da rede das realidades sociais e políticas e do meio; e c) o fomento de recursos e estratégias ou de mais competência funcional para alcançar objetivos pessoais e coletivos (JUDITH LEE, 1994 *apud* FALEIROS, 1999, p. 51).

Então, o “emponderamento” é o fortalecimento do sujeito frente às mazelas que o acometem enquanto produto do sistema capitalista opressor, explorador em que vivemos. É na estratégia de lidar com esse fortalecimento

que o assistente social trabalha a dimensão política como potencial ético-político do Serviço Social. Para alguns autores:

As ações socioeducativas “consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para as demandas e necessidades dos usuários” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006 *apud* MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 240).

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2010, p. 55).

Nessa perspectiva, o profissional de Serviço Social deve utilizar, segundo Vasconcelos (1993), a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve priorizar a atenção coletiva, em grupo, o que possibilita a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos (CFESS, 2010, p. 56).

A dimensão política é a ferramenta de articulação, entre profissional e usuário, de construir juntos possibilidades dentro da realidade de cada sujeito. Estimular a reflexão para que ele mesmo possa tomar suas próprias decisões.

Como último ponto, não querendo enfatizar, pois já foi dito anteriormente que o assistente social não “garante direitos”, pois essa responsabilidade é do Estado. O profissional age na defesa, na viabilização, na ampliação dos direitos da classe trabalhadora, assim como consta do Código de Ética e Lei de Regulamentação da profissão.

3.3 Correlação de forças no âmbito hospitalar

Ouve-se falar muito no Serviço Social sobre “correlação de forças”, o que significa? Segundo Faleiros, o paradigma da correlação de forças significa:

[...] a concepção da intervenção profissional como confrontação de interesses, recursos, energias, conhecimentos, inscrita no processo de hegemonia/contra-hegemonia, de dominação/resistência e conflito/consenso que os grupos sociais desenvolvem a partir de seus projetos societários básicos, fundados, nas relações de exploração e de poder. Nesse sentido, os efeitos da prática profissional enquanto

“suprir carências”, “controlar perturbações” ou “legitimar o poder” implicam correlações de forças (mediações econômicas, políticas e ideológicas) que se articulam com outros efeitos como pressionar o poder, ter o direito à sobrevivência ou questionar a instituição. O objeto da intervenção do Serviço Social, se constrói na relação sujeito/estrutura e na relação usuário/instituição, em que emerge o processo de fortalecimento do usuário diante da fragilização de seus vínculos, capitais ou patrimônios individuais e coletivos (FALEIROS, 1999, p. 44).

De fato, o Serviço Social atua cotidianamente com as correlações de forças, pois para defender/viabilizar um direito de usuário, seja ele individual, de um grupo ou coletivo, seja nas políticas, nas agremiações, nos sindicatos etc. Antes de qualquer passo, o assistente social analisa: A quem vai interessar? Para qual projeto societário tal ação está vinculada? Quem está envolvido? Obviamente, o interesse é do grande capital, porém, o assistente social trabalha nas contradições dessa realidade, e é nesse terreno tenso e conflituoso que o profissional terá que fazer uma articulação para atender aos interesses da classe trabalhadora, por meio de mediações econômicas, políticas, muitas vezes ideológicas. Portanto, conforme destaca Faleiros:

No capitalismo, as relações de trabalho/assalariamento condicionam, de forma mais ou menos determinante, a inserção dos sujeitos no processo de educação, nos serviços de saúde, nos tipos de habitação, de vestir, de alimentar e de ver o mundo, ou seja, com menores rendimentos, menores são as chances de vida. Esses condicionamentos são permeados por lutas que fazem avançar ou recuar seus limites e possibilidades, na medida da correlação de forças em seu enfrentamento, com o conseqüente fortalecimento ou fragilização dos sujeitos e suas trajetórias, em diferentes dimensões. Um fortalecimento ideológico, por exemplo, pode não se acompanhar de ganhos econômicos ou políticos, implicando diferentes mediações, cujo conceito é necessário precisar. (FALEIROS, 1999, p. 47).

Enquanto isso, a classe trabalhadora continua sendo explorada, com o custo de vida alto, essa situação a obriga a buscar suporte no Estado, e essa busca esbarra em seletividades, condicionalidades para acessar determinadas políticas. Enfim, como afirma Faleiros (1999, p. 48-49),

Nas sociedades capitalistas, os grandes proprietários dispõem de mais força econômica e política em função de seu patrimônio, mas as forças subalternas têm o patrimônio da mobilização, da organização política, do questionamento ideológico, da ampliação da democracia e da cidadania e de sua inserção cultural e afetiva.

Em unidades hospitalares, as correlações de forças como sabemos aparece na falta de médico no pronto-socorro, no remanejamento de um profissional de um setor para outro, a falta de material para trabalho etc. São

inúmeros os exemplos de intervenção profissional, como confrontação de interesses, de recursos envolvidos nesse processo. Não é só a base operacional que fica comprometida, a estratégica também. Os projetos societários estão em disputa constantemente e se inicia na cúpula, se ramificando para os demais envolvidos. Os efeitos refletem na prática profissional do assistente social como: fazer assistência na saúde, controlar usuários no pronto-socorro, revoltado pela falta de equipamento para continuar seu tratamento, legitimar as ordens do médico entre outros.

Diante do exposto, pode-se perceber como acontecem as correlações de forças em unidade hospitalar? Instituição pública, obviamente, ligada ao Estado e que atende demandas para as políticas de saúde. Assim sendo, questionou-se as entrevistadas se há algum trabalho (da equipe ou de assistentes sociais) para além do atendimento individual e familiar, de forma a trabalhar a organização, mobilização e participação social dos usuários. Como? De que forma?

AS - PS	“No Núcleo de Serviço Social não tem como, não é feito nenhum trabalho de articulação nesse sentido, além da família e do paciente. E o que mais podemos fazer é o encaminhamento para rede. Essa articulação, mobilização dentro do hospital, ela é bem complexa de ser feita, talvez fosse melhor elaborado e realizado pela Atenção Primária. Acho que não é o caso de ser feito aqui, poderia, mas assim eu não vejo como, como fazer essa articulação, eu ainda não vi nenhuma referência, nada que pudesse usar de exemplo.”
AS - Ortopedia	“Eu não tenho assim muito ânimo para trabalhar nessas associações, representações de classe, de categoria e tal, mas o Serviço Social tem grande espaço, já me cobraram participação.”
AS - Maternidade	“Eu já fui membro ativo do Conselho de Saúde, inclusive participei de várias organizações de várias conferências de saúde, atuante como membro na organização de todo evento, mas hoje eu não faço mais parte. Isso não quer dizer que eu não possa estar conversando sempre que posso com o paciente, mostrando a ele que existem os canais de reivindicação.”
AS - NRAD/EAD	“Eu fiz o projeto chamado Ciclo de Debates, que a ideia não era vir um profissional aqui apresentar como se ele fosse o detentor, mas ele sentar junto com os cuidadores e ter uma mesa redonda de diálogo.”

Percebe-se que, como Faleiros afirma, essas correlações de forças são mediações de cunho econômico (algo mais macro), de cunho político (que envolvem diversas articulações, *lobbys* e sociais) e ideológico (dimensão

política, analítica, reflexiva), e isso é feito cotidianamente no trabalho do assistente social.

Quando a assistente social se depara com uma restrição de acesso a algum direito, imediatamente procura instâncias superiores para recorrer e questionar a instituição o porquê daquela restrição, ou quando o sujeito perde o emprego, sua mãe que lhe dava apoio faleceu recentemente, tem cinco filhos, o mais velho fora da escola, pois cuida dos irmãos, todos na faixa de 2 a 12 anos, mora de aluguel, não tem familiar por perto e mora em zona rural, quais os direitos que essa família pode acessar? Ela está ciente de seus direitos?

Equipamento quebrado da sala de cirurgia de alta complexidade e usuários na fila de espera para serem atendidos. Como esses usuários podem se mobilizar, se organizar pelo direito à saúde, a uma qualidade de vida, principalmente se for pessoa idosa? Quais os canais de comunicação que o usuário tem para verbalizar seu sofrimento e para que outras pessoas na mesma situação se unem em prol dessa causa? São exemplos que mostram como funcionam as correlações de forças no contexto hospitalar cotidianamente.

Segundo o documento Parâmetros de atuação do assistente social na saúde, existe um eixo de mobilização, participação e controle social no qual diz respeito a:

[...] um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde. Uma outra preocupação consiste na democratização da instituição por meio da criação de conselhos gestores de unidades e outros órgãos colegiados, que visem à participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade. Envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulação com movimentos sociais (CFESS, 2010, p. 57).

Assim, nota-se que as correlações de forças podem muito mais do que se imagina. Seu poder, sua força combina com a atuação do assistente social.

Nessa jornada, temos alguns “aliados” na atuação profissional que tem o intuito de auxiliar, agregar, contribuir, somar conhecimentos na experiência do cotidiano. Pode-se recorrer também às entidades representativas da categoria

como o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS).

Nesse contexto, com relação ao conjunto CFESS/CRESS, em que medida há contribuições para o seu exercício profissional na saúde hospitalar? Já foram acionados em algum momento da atuação profissional?

AS - PS	“Acho que o CRESS/CFESS pode estar trabalhando na articulação política de melhora das condições do SUS. Agora a atuação deles específica, eu nunca fiquei sabendo.”
AS - Ortopedia	“Não, nesses 30 anos que eu trabalho, eu nunca acionei o Conselho Regional.”
AS - Maternidade	“Não, nunca precisei acioná-los.”
AS - NRAD/EAD	“O CFESS/CRESS atua muito nessa perspectiva do emponderamento do profissional, porque, como a gente trabalha com essas questões de embate, é uma questão que às vezes a gente acaba sofrendo assédio moral, por essas situações de tentar garantir o direito. Não vieram aqui, nunca veio ninguém do CRESS aqui.”

Segundo a Lei de Regulamentação da profissão, em seu artigo 7º, o CFESS e o CRESS “constituem, uma entidade com personalidade jurídica e forma federativa, com o objetivo básico de disciplinar e defender o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional.” E, em seu parágrafo 2º, diz “representar, em juízo e fora dele, os interesses gerais e individuais dos Assistentes Sociais, no cumprimento desta lei”. Isso implica que de um modo geral, o conjunto CFESS/CRESS atua constantemente em prol da categoria. Conquistas como a Lei das 30 horas, e tantas outras, foram com lutas dessas entidades. Assim:

O Brasil conta hoje com [...] profissionais atuando nos mais diferentes espaços sócio-ocupacionais, que demandam compromisso ético-político, autonomia e defesa dos direitos, das políticas públicas, e das condições necessárias ao exercício profissional, sobre tudo na conjuntura atual, em que o movimento de restauração capitalista vem impondo ao Brasil, especialmente a partir dos anos 1990, uma avassaladora tendência de reestruturação do Estado e desregulamentação das relações econômicas e sociais em uma perspectiva neoliberal, que submete o Estado nacional aos ditames do capital estrangeiro e dos organismos internacionais. De um lado, reestruturação produtiva opera transformações na gestão e controle dos processos de trabalho; de outro, contra-reformas empreendem a destruição dos direitos sociais. A lógica destrutiva do capital aprofunda a concentração de renda, acirra as desigualdades, agudiza a pobreza e o desemprego, e precariza as condições de vida e de

trabalho. É nesse contexto que a fiscalização do exercício profissional, como função precípua do conjunto CFESS/CRESS, deve ser implementada cotidianamente em sintonia com o projeto profissional construído democraticamente pela categoria profissional e requer o envolvimento nas lutas sociais para fortalecer a organização política da classe trabalhadora e contribuir para o enfrentamento das ofensivas conservadoras que concomitantemente impõem desafios à nossa intervenção profissional, política e à consolidação do projeto ético-político profissional (CFESS, 2008, p. 167-168).

Nesse sentido, o conjunto CFESS/CRESS também atua nas correlações de forças nas unidades hospitalares. Com isso, podemos refletir com as entrevistadas, como se configuram as relações hierárquicas na instituição e qual o impacto para o exercício profissional.

AS - PS	“Nessa instituição, o médico manda. Então, se ele falar que não tem vaga para internação, ou então, que ele não vai atender, não tem o que ser feito. Se for essa situação, isso impacta nas demandas de não acesso ao serviço. Então, vem parar aqui no Serviço Social.”
AS - Ortopedia	“Eu tenho uma chefia e essa chefia tem uma outra chefia que é o diretor do hospital. Quando eu comecei a trabalhar, era mais longe, sabe, essa nossa relação com a chefia, era uma coisa assim distante, e a chefia sempre à frente de tudo a gente sempre recebia. Agora, eu me sinto mais participativa em relação à hierarquia, à minha chefe e ao diretor do hospital.”
AS - Maternidade	“As relações hierárquicas são bem definidas dentro da instituição em que eu trabalho. Eu não vejo como entrave não, até porque eu tenho bem claro qual é essa hierarquia, como são as coisas. Como é o tramite legal de tudo. Então, assim, eu vejo a hierarquia aqui dentro de uma forma tranquila e não vejo dificuldade.”
AS - NRAD/EAD	“A hierarquia, na verdade, ela existe, a gente tem hoje uma coordenadora. Acima dela, nós temos uma Gerente de Atenção Domiciliar. Acima da Gerente, nós temos uma diretora da Atenção Básica, e que está submetida ao superintendente.”

Percebe-se que há semelhanças entre as falas, pois nas relações hierárquicas o que se evidencia são as disputas de interesses (relações de poder). Essas relações não podem ser confundidas com competição entre egos, “quem manda mais”, tampouco ser reduzida a um organograma. No Serviço Social, essa relação se tensiona devido à ocupação de espaço para defender direito de usuário, em que há um sistema que seleciona esse acesso e como forma a burocratização. Um médico não pode se recusar atender um paciente, pois isso caracteriza violação de direito.

Para Faleiros, hoje, o campo de intervenção social está permeado por diferentes atores, especificamente na área da saúde, entre os quais assistentes sociais, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes administrativos, técnicos em enfermagem, psicólogos, disputando o espaço profissional e o espaço institucional (1999, p. 40). Nesse contexto, as relações hierárquicas passam pelos projetos societário em disputa, isso está explícito quando sai um governo e entra outro e a direção dos hospitais muda repentinamente. Comprometendo, às vezes, a dinâmica antes utilizada que estava dando certo de forma estratégica.

Essas relações tendem a ser estruturais e superestruturais do poder, e as suas manifestações concretas se expressam no cotidiano. O poder, em si, é uma relação. “Uma relação complexa, é evidente, que passa pelos processos de hegemonia e contra-hegemonia, de dominação de raça, etnia, gênero, cultura” (FALEIROS, 1999, p. 41).

No âmbito das relações hierárquicas, sabe-se que há impactos para o exercício do profissional, o enfrentamento, o embate é diário. Em espaços como a saúde pública, o interesse que vai prevalecer é o da gestão, da direção. Uma cúpula que vai decidir pelos demais, e isso acaba gerando reflexos para os usuários do serviço, seja a sala do Serviço Social que está ocupando um espaço que pode ser aproveitada pela nutrição, seja um usuário que está ocupando leito depois de ter alta médica, mas não alta social, seja um projeto desenvolvido pelo Serviço Social que não terá mais continuidade devido a ordens superiores. São inúmeros os exemplos que acontecem. O profissional precisa politicamente se articular para não deixar o usuário sem acesso a determinado serviço e que, dependendo da situação, pode comprometer sua saúde em muitos dos casos.

No âmbito das relações hierárquicas, há fatos que comprometem as relações sociais, e o conflito é um deles. Faleiros destaca que:

O conflito/questionamento no ambiente de trabalho surge por meio das relações sociais, pois implicam luta de interesses seja ele econômico, poder, raça, etnia, gênero, disciplinas, ideologias e, por isso mesmo, sujeitas a contra-hegemonia, resistência, indisciplina, questionamento, abrindo espaço, assim, para as mudanças instituintes de um novo modo de produzir a vida, os bens e os seres humanos (FALEIROS, 1999, P. 46).

Dessa forma, foi perguntado às profissionais se elas já entraram em conflito/questionamento no ambiente de trabalho por alguma situação, para defender direito de usuário.

AS - PS	“Já, numa questão de atendimento de adolescente desacompanhado na emergência, eu já tive que intervir para que esse adolescente fosse atendido.”
AS - Ortopedia	“Não, eu não busco nunca um enfrentamento quando a pessoa está alterada, sempre espero baixar, aí depois eu vou lá”
AS - Maternidade	“Já sim, já entrei em conflito para garantir. Por exemplo, aqui, quando eu tenho uma mãe que manifesta o desejo de entregar o filho para adoção, você não tem noção do quanto que essa mulher é julgada, começa do CO (Centro Obstétrico). A partir do momento que ela diz “eu vou entregar” o quanto de juízo de valor que aparece, eu procuro defender, porque às vezes eu chego e está aquela rodinha. Gente, é um direito que ela tem. O que é melhor? entregar para uma adoção segura ou ela abandonar em local perigoso? Ou ela entregar para uma adoção ilegal? Então, assim, eu trago esse exemplo aqui que é uma coisa rotineira para mim, essa questão, da mesma forma, que a mulher é usuária de droga, aqui também é muito criticada e aí a gente, assim, é constantemente você tá trabalhando na defesa.”
AS - NRAD/EAD	“No meu trabalho mesmo, só teve uma vez de ter embate com chefia, por conta de alta que não deveria ter sido dada a alta. Então, só uma vez que realmente teve uma questão com chefia, assim de ter esse conflito e não foi, não no sentido de conflito, mas precisava garantir um direito que existia uma demanda judicial, e existia, a equipe não queria acolher essa demanda judicial. Então, eu tive que conversar: olha, o direito à alimentação é um direito à vida, e você está tirando o direito de alimentação, você tira o direito à vida desse paciente, então foi uma situação muito complicada e que foi quando eu tive que recorrer ao CRESS e conversar e passei a sofrer assédio moral por conta disso.”

Para o assistente social, não entrar em conflito para defender um direito de usuário é incomum e quase inexistente, pois são inúmeros os casos que levam o profissional a ir para o enfrentamento. Sua essência é ir para o embate permanentemente e insistentemente por seus valores fundantes, que são liberdade e justiça social.

Assim, para o enfrentamento, para o embate, da militância ou não, o assistente social deve estar imbuído de um arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo necessário a uma intervenção, e não menos importante, o projeto ético-político que dará base para o profissional agir de maneira coerente e acertada.

3.4 Trabalho profissional e o projeto ético-político: limites, possibilidades e desafios

As mudanças societárias, que têm ocorrido nos últimos tempos, acarretaram reflexos nas relações sociais. O capitalismo trouxe profundas alterações nos processos produtivos. Esse cenário se agrava com a contrarreforma do país, que vem retrocedendo cada vez mais desde a década de 1990. O Estado quer cada vez menos assumir compromisso ou qualquer tipo de responsabilidade perante a sociedade civil. As políticas públicas vêm sofrendo consideravelmente, nos direitos sociais principalmente, restringindo cada vez mais as ações, com condicionantes e seletividades que só o mais empobrecido e subalternizado pode ter o acesso.

Assim, a conjuntura atual tem permitido que a alienação tome a mente da sociedade. Tantos avanços e tantos retrocessos, seja na cultura, na sociedade ou na política na economia, em qualquer lugar, o capitalismo vai entrar em cena de forma devastadora e os únicos que perdem são as pessoas empobrecidas, a classe trabalhadora.

Diante desse cenário, se insere o assistente social na divisão social e técnica do trabalho, atuando nas contradições do capitalismo. Dessa forma, o mercado de trabalho sofre variações e atinge todos, até mesmo o assistente social, que também é um assalariado. Se modificar algo nas relações de trabalho, haverá reflexos nas condições de vida do sujeito, aumentando o sofrimento e culminando em adoecimentos, que, conseqüentemente, sobrecarregará a política de saúde, de assistência social e a rede como um todo. Dentro dessa perspectiva, como consta na introdução do Código de Ética (2012, p. 22):

É mediante o processo de trabalho que o ser social se constitui, se instaura como distinto do ser natural, dispondo de capacidade teleológica, projetiva, consciente; é por esta socialização que ele se põe como ser capaz de liberdade. Esta concepção já contém, em si mesma, uma projeção de sociedade - aquela em que se propicie aos/às trabalhadores/as um pleno desenvolvimento para a invenção e vivência de novos valores, o que, evidentemente, supõe a erradicação de todos os processos de exploração, opressão e alienação. É ao projeto social aí implicado que se conecta o projeto profissional do Serviço Social - e cabe pensar a ética como pressuposto teórico-político que remete ao enfrentamento das contradições postas à profissão, a partir de uma visão crítica, e fundamentada teoricamente, das derivações ético-políticas do agir profissional.

Assim, como atuará o assistente social nesse contexto? O assistente social fará a diferença nesse processo, nas mais diferentes refrações da questão social. Quanto ao projeto profissional:

[...] supõe articular essa dupla dimensão: de um lado, as condições macrosocietárias que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro lado, as respostas técnico-profissionais e ético-políticas dos agentes profissionais nesse contexto, que traduzem como esses limites e possibilidades são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais (CFESS, 2012, p. 40).

O Código de Ética e Lei de regulamentação da profissão, construído nos últimos trinta anos e que vem sendo enfatizado insistentemente para que a categoria o veja como norteador das ações profissionais. Como também, precisamos enfatizar a legitimação do projeto hegemônico da profissão. No âmbito do assunto abordado, questiona-se as entrevistadas: que princípios e valores guiam a sua prática profissional?

AS - PS	“Os princípios e valores preconizados no Código de Ética.”
AS - Ortopedia	“Os meus princípios são sempre assim, do bem, da honestidade, da dignidade, do respeito, tem situações que você não concorda, mas você respeita, a pessoa não vai mudar, não tá aberta para mudanças e tudo, então é sempre um lado mais humano da coisa.”
AS - Maternidade	“Os princípios éticos. Eu trabalho na garantia de direitos do usuário, sempre. Eu tenho um compromisso, eu tenho compromisso comigo e com o usuário para quem eu estou trabalhando, eu sou uma servidora pública”
AS - NRAD/EAD	“Os princípios do Código de Ética.”

O Código de Ética Profissional (1993) também apresenta ferramentas fundamentais para a atuação profissional no cotidiano, ao colocar como princípios:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Empenho na eliminação de todas as

formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

O cumprimento desses princípios refere-se à luta pela democracia, na construção de uma nova ordem societária. Dessa forma, os princípios éticos, ao saturar o cotidiano, indicam um novo modo de operar o trabalho profissional, estabelecendo limites para as relações de trabalho dentro do Serviço Social. Aquele cumprimento resume e materializa a firme recusa ao pragmatismo de um conservadorismo neoliberal.

Quanto aos valores, pode ser considerada a sensibilidade da capacidade de solidariedade com o próximo, ou tudo aquilo que enriquece as mediações essenciais. A valoração supõe a existência material concreta, surge desse processo em decorrência da ação, surge na forma de responder à necessidade, pois toda ação humana comporta valor. Os valores são construídos socialmente, só existem no mundo dos humanos por meio das relações sociais. Assim, segundo Barroco (2005, p. 28), “a gênese da moral é dada pela capacidade ética de criar valores que servem de referência à conduta dos indivíduos, em sua convivência social”. Nesse contexto, Heller ressalta que:

Podemos falar que valores éticos, estéticos, científicos, religiosos e de categorias orientadoras de valor, tais como: bom e mau, belo e feio, verdadeiro e falso, sagrado e profano. Ao mesmo tempo, as ações são sempre orientadas por categorias de valor, em geral, por mais de uma. Quando afirmo ou nego, convido, proíbo ou aconselho, amo ou odeio, desejo ou abomino, quando quero obter ou evitar alguma coisa, quando rio, choro, trabalho, descanso, julgo ou tenho remorso, sou sempre guiado por alguma categoria orientadora de valor, frequentemente mais de tudo (HELLER, 1983 *apud* BARROCO, 2005, p. 31-32).

No campo dos valores, não há neutralidade, conforme confirma Mota:

Ainda que a inexistência de neutralidade, no âmbito da tradição marxista, seja amplamente reconhecida constata-se uma dificuldade recorrente no processo de formação e no discurso profissional: identificar, a partir de ações concretas, as expressões objetivas e o núcleo dos processos sociais que, mediados pela ação profissional, revelem as marcas da dimensão política da atuação profissional cotidiana (MOTA, 2014, p. 695).

Após a análise das respostas, nota-se que, enquanto profissionais, os assistentes sociais precisam se nortear por princípios éticos, sobretudo nas relações sociais. Não se pode perder de vista o projeto profissional e a legislação que rege essa profissão. Nesse sentido, Martinelli diz:

É desse trabalho crítico e competente sob o ponto de vista ético-político que estamos falando, pois trata-se de um trabalho ético porque se movimenta no campo os valores, porque parte do reconhecimento da condição humana dos sujeitos, e que é político porque aspira sempre à sua emancipação, abrangendo a relação saúde, doença, cuidados, a população atendida, seus familiares e a própria comunidade. Torna-se evidente, portanto, que necessitamos da ética como do pão para a boca, pois é ela que nos permite atentar para os fundamentos valorativos de nossos atos profissionais (MARTINELLI, 2011, P. 501).

Na área da saúde, é reconhecida, segundo Mioto e Nogueira, “a necessidade de adensar o conhecimento sobre a dimensão técnica-operativa, obviamente orientado pelo marco teórico-metodológico e ético-político da profissão e particularizado no campo da saúde” (2009, p. 232). Com isso, Mioto e Nogueira afirmam que “a dimensão crítica do social na saúde aparece com a incorporação da teoria marxiana ao pensamento sanitário através da análise das condições de saúde da população, a partir dos componentes estruturais das sociedades capitalistas” (2009, p. 225). Suas ramificações passam pelas análises particulares, na relação entre saúde e economia, trabalho, medicina, condições de vida, entre outros. Com isso, pensa Martinelli que:

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

Ainda dentro do assunto, questiona-se: que referencial teórico tem buscado para subsidiar a sua prática profissional?

AS - PS	“A dialética marxista.”
AS -	“Bom, eu posso ser assim, absolutamente sincera. Em realidade, eu

Ortopedia	deveria fazer mais leituras e tudo, e atualmente eu não tenho feito. Mas, assim, referencial teórico propriamente do Serviço Social eu tenho que confessar que eu tenho já um tempo que não busco.”
AS - Maternidade	“Quando eu tenho a oportunidade para fazer um treinamento, um curso, aí, sim, eu sinto que eu estou mais próxima de um referencial teórico e tudo, mas, no dia a dia, em que você se afasta um pouco”
AS - NRAD/EAD	“Vários, mas, basicamente, hoje eu vejo que a linha marxista, ela ainda responde, ela não está ultrapassada. Nesses embates, nessas correlações de forças, a linha marxista, acho que é a melhor, porque o que acontece, você tem esse olhar, te dar a possibilidade do todo, do olhar do todo, de um olhar mais ampliado. No micro, quando a gente lida com a família, às vezes a gente tem que recorrer a fenomenologia, por exemplo, ou a uma teoria sistêmica, por que você tá lidando ali com o micro, você precisa entender algumas questõezinhas ali pequetitinhas. Agora, pro trabalho mais amplo que é o nosso trabalho do assistente social, que é esse todo, que é esse diálogo ampliado, aí você precisa ter um olhar marxista mesmo e conversar com os teóricos marxistas, então eu gosto bastante, eu tenho tentado aprofundar em outras áreas.”

O indivíduo vive em constante transformação, e na realidade social em que ele está inserido é fácil perceber o quanto é complexo e dinâmico. Assim, a história desvenda as contradições inerentes à realidade que perpassa o cotidiano. Sobre essa questão, Prates entende que:

Apesar de reconhecermos o Serviço Social como uma disciplina interventiva e, conseqüentemente, ser impossível negar a importância de um conjunto de estratégias que deem conta deste processo de intervenção, é preciso demarcar que na perspectiva dialético-crítica a centralidade é atribuída à finalidade (PRATES, 2003, p. 1).

Para Engels e Marx, “a concepção da história é, sobretudo um guia para o estudo [...] É necessário voltar a estudar toda a história, devem examinar-se em todos os detalhes as condições de existência das diversas formações sociais” antes de procurar deduzir delas ideias (NETTO, 2011, p. 13). Assim, a intervenção do Serviço Social será realizada com base na história, nos antecedentes de vida do sujeito. Todos temos uma história de vida com fatos significativos e contextualizados, pois quando se constrói e reconstrói a história, ela passa por análises reflexivas, se tornando assim dialéticas. Com isso, Prates afirma que:

[...] é preciso analisar com profundidade as contradições que se ocultam ou se fetichizam na realidade, superando a pseudoconcreticidade para propor uma intervenção que tenha alcance e efetividade. E, falar em análise de realidade como

primeiro, constante e contínuo movimento significa interpretá-la a partir da totalidade com suas múltiplas e articuladas determinações, que envolvem aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos. Analisar, interpretar em conjunto com os sujeitos usuários a realidade da qual somos parte já constitui processo interventivo. Somente a partir de uma análise conjunta podemos ressignificar espaços, pensar coletivamente alternativas de enfrentamento, redescobrir potencialidades, associar experiências, buscar identificações, dar visibilidade às fragilidades para tentar superá-las, desvendar bloqueios, processos de alienação, revigorar energias, vínculos, potencial organizativo, reconhecer espaços de pertencimento. E esta análise, realizada pelo processo de reflexão, seja ela com sujeitos ou grupos, não pode ser descontextualizada, muito menos aprisionada em leituras estáticas ou atomizadas que não contemplem o movimento constitutivo do próprio sujeito e do real. Portanto a análise deve ser processo dinâmico, permanente, durante toda a intervenção (PRATES, 2003, p. 2).

Com certeza, a teoria social de Marx é ainda um referencial teórico essencial para entendermos, sob uma perspectiva crítica, que o modo de produção capitalista se desdobra em realidade social e que busca “o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto” (NETTO, 2011, p. 22), por meio do método de Marx. Faz o movimento de singular-universal-particular. Com isso, entende Vasconcelos que:

[...] o profissional de Serviço Social deve utilizar, segundo Vasconcelos (1993), a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve priorizar a atenção coletiva, em grupo, o que possibilita a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos (VASCONCELOS, 1993 *apud* CFESS, 2010, P. 56).

Nesse sentido, será finalizada a pesquisa falando-se das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa explícitas nas ações profissionais do assistente social e entendendo como ela se materializa.

3.5 As dimensões teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo do Serviço Social explícitas nas ações profissionais

As dimensões teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo viabilizam, conforme as Diretrizes Curriculares (1999), a capacitação da formação profissional do assistente social, com vistas à apreensão crítica dos

processos sociais, numa perspectiva de totalidade. Dessa forma, tais dimensões permitem a:

[...] análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país; Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (CFESS, 1999).

Por ser uma profissão interventiva, todas as dimensões são contempladas na sua atuação, seja por um caráter teórico, seja por um caráter político ou operativo. Para ficar claro, serão apresentadas as definições de cada uma das dimensões. Por que dimensão ético-política?

[...] a ideia de política está associada à de poder. O poder não se separa da força (dominação e consenso), que são os meios que possibilitam influir no comportamento humano. A política então, está associada à possibilidade que o homem tem de exercer influência sobre o outro, mesmo que não se tenha consciência disso. Essa possibilidade se efetiva ou não a depender de princípios determinados socialmente (RIOS, 2001 apud SANTOS, 2006, p. 187).

É interessante, também, acrescentar que o profissional desenvolve, juntamente com o usuário, esse caráter reflexivo, pois não o deixará fazer escolhas sem que ele tenha alternativas concretas que reforce a sua tomada de decisão. Continuando, por que dimensão técnico-operativa?

[...] uma dimensão técnico-operativa na medida em que, para que os fins sejam efetivados, há necessidade da busca de meios para sua operacionalização. A busca de meios implica uma dimensão técnico-operativa ao tornar real a finalidade ideal, ao executar um produto final posto pela finalidade ideal. A busca dos meios da ação se materializa nos instrumentos produzidos na e para a realização do trabalho. Entretanto, a escolha dos instrumentos necessários à operacionalização de um resultado requer, também, uma dimensão ético-política (SANTOS, 2006, p. 189).

Então, para materializar o político, é necessário o operativo. Porém, essa política, operacionalizada sem conhecimento, não tem sentido. Assim, por que dimensão teórico-metodológica?

[...] a dimensão teórica que atravessam a posição dos fins e a busca dos meios. Ou seja, não se pode separar conhecimento, finalidades e valores e meios na efetivação da prática, sendo que nesse processo, contudo, é o fim que regula os meios (SANTOS, 2006, p. 189).

Chega-se à conclusão de que são dimensões que se articulam de forma muito ligada uma à outra. São interdependentes, pois funcionam por si e, contraditoriamente, são dependentes, pois depende uma da outra para ter articulação lógica. Na prática funciona assim:

Em sentido lato, são todas as condições materiais – ferramentas, instrumentos – necessárias, de uma forma ou de outra, à realização do processo de trabalho. Ao lado desses elementos materiais, segundo Paro (2001), o homem utiliza, também, recursos conceptuais que consistem nos conhecimentos e técnicas que ele acumula historicamente. Escolher, dentre alternativas, os instrumentos adequados à transformação da finalidade ideal em finalidade real, requer, igualmente, conhecimentos das determinações dos objetos e do real envolvidos no processo; um conhecimento da própria finalidade ideal e dos valores embutidos nela e conhecimento dos meios para alcançá-la (SANTOS, 2006, p. 190-191).

Assim, para se concretizar nas ações das profissionais e materializar as dimensões, foi perguntado às assistentes sociais sobre quais os desafios enfrentados para dar materialidade ao Projeto Ético-Político.

AS - PS	“Eu não sei nem objetivar isso, é tão assim, tá tão difícil a garantia de direitos, que, assim, é uma coisa muito maior que a minha intervenção pode alcançar, vai muito além do que eu consigo fazer aqui nesse, vamos dizer, nesse cotidiano. Bom, aqui eu tenho me esforçado no meu atendimento, dando um olhar crítico, mas é a autonomia da pessoa de seguir ou não, de aceitar ou não o meu pensamento. Precariedade do SUS, total, a precariedade, a má gestão, a visão do lucro na saúde é muito claro e isso é do grande capital, e quer o máximo de lucro em cima da saúde das pessoas. A corrupção atrapalha, então, a falta de educação das pessoas de, não por não saberem, por não serem alfabetizadas, elas já se sentem limitadas de ir atrás de seus direitos, de acessar serviços”
AS - Ortopedia	“O desafio no momento é essa questão que a gente tá lutando junto ao governo, pra voltar aquele benefício do Serviço Social que a gente teve, tinha com a população, uma verba a gente tinha, e eu acho que o desafio é esse, porque quando você minimamente dá alguma coisa a pessoa ela dependendo da forma como você falar, como você agir, a pessoa se sente melhor, se sente assim, uma esperança, nessa vida difícil que as pessoas têm, seria uma forma da gente tá conseguindo esse nosso projeto ético-político da profissão. Desafio de, talvez, de ter a oportunidade, mas aqui no hospital, em termos de cursos, tem curso que a gente pensa em fazer e às vezes não acontece. Acho que seria também um desafio a gente batalhar mais por essa questão da reciclagem de conhecimento de informação, acho que seria importante.”
AS - Maternidade	“Dentro da saúde, eu acho que é onde eu atuo, eu acho que esse sucateamento da saúde, de uma forma geral, traz entraves enormes, enormes, sabe, eu penso assim. Hoje, por exemplo, o que eu sinto, nós temos um movimento, a gente tá vendo acontecer das discussões

	da implantação de OS's, todo mundo tá assim, ansioso, está com medo porque de alguma forma ou de outra de uma forma maior, ou menos, tem algum conhecimento do que é OS e de como elas funcionam.”
AS - NRAD/EAD	“Eu acho que é, porque quando você lida com paradigma do outro, a grande dificuldade é ter esse, não é que o outro tem que aceitar como se fosse uma imposição, mas, por exemplo, na minha atuação, eu imagino que não tenho a perspectiva conservadora, eu tenho a perspectiva liberal, então, assim, se eu tenho a perspectiva liberal, a minha atuação vai ser para uma atuação mais liberal, e aí uma equipe multidisciplinar você está num diálogo e esse é o grande embate. A gente tem uma dificuldade, porque quando a gente fala do paradigma do outro, a gente tá falando de visão conservadora mesmo, e eu trabalho numa equipe multidisciplinar, então, às vezes, eu estou fazendo o atendimento e dando uma orientação e tem outra orientação que a colega quer se pronunciar e numa perspectiva conservadora, e esses embates são bem desgastantes, emocionalmente mesmo, mas, assim, a minha tentativa tem sido essa assim mesmo, até mesmo meus colegas e amigos sabem que a perspectiva é essa, de liberal mesmo, cada um tem as suas escolhas, seu projeto de vida, sua forma de ser, a sua história de vida cada um tem a sua maneira e isso deve ser respeitado, seja ela qual for.”

Os desafios enfrentados para dar materialidade ao Projeto Ético-Político surgem por diversos caminhos. Para tornar esse projeto um guia efetivo para o exercício profissional e consolidá-lo por meio de sua implementação efetiva e cotidiana, é necessário articular as dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e a base legal que lhe atribuem sustentação com a realidade do trabalho profissional em que se materializa. Requer uma análise acurada das reais condições e relações sociais em que se efetiva a profissão e no contexto em que ela está inserida, num fundamental esforço de integrar o dever ser com a objetivação desse projeto (CFESS, 2012, p. 44). Para Pagaza:

A materialização do projeto ético-político implica a construção da emancipação dos sujeitos sociais e, para tanto, é necessário ocupar lugares e posições profissionais através de uma perspectiva argumentativa clara, seja em termos políticos, seja na produção de um conhecimento para direcionar as respostas profissionais (PAGAZA, 2004 apud MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 233).

Seja no trabalho político-pedagógico com o usuário, nas ações socioeducativas dos assistentes sociais, seja no âmbito individual, seja grupo ou coletivo, para Prates, somente a partir de uma análise conjunta, podemos ressignificar espaços, pensar coletivamente alternativas de enfrentamento, redescobrir potencialidades, associar experiências, buscar identificações, dar

visibilidade às fragilidades para tentar superá-las, desvendar bloqueios, processos de alienação, revigorar energias, vínculos, potencial organizativo, reconhecer espaços de pertencimento e isso será feito com a articulação entre as dimensões (2003, p. 2).

Enquanto profissionais, os assistentes sociais não têm o poder para decidir pelos usuários, que devem tomar partido de suas responsabilidades. O assistente social deve embuí-los de conhecimento crítico, dentre alternativas, para que ele possa fazer suas escolhas conscientes, pois ele assumirá um compromisso pelo qual assumirá também as consequências de tal ação. Assim, para Batistoni:

Na realidade, é pela mediação da prestação de serviços sociais que o assistente social interfere nas relações sociais que fazem parte do cotidiano de sua “clientela”. Esta interferência se dá particularmente pelo exercício da dimensão socioeducativa (e política/ideológica) da profissão, que tanto pode assumir um caráter de enquadramento disciplinador destinado a moldar o “cliente” em termos de sua forma de inserção institucional e na vida social, como pode direcionar-se ao fortalecimento dos projetos e lutas das classes subalternizadas. Neste sentido, a dimensão socioeducativa “não é algo que seja exterior à prestação de serviços materiais, mas sim algo que lhe é inerente e que lhe dá sentido e direção (BATISTONI, 1989 apud YAZBEK, 1996, p. 57-58).”

A conjuntura do atual governo inviabiliza a materialização do Projeto Ético-político por meio dos recuos e dos retrocessos quanto aos direitos sociais, outrora conquistados com lutas e resistências. Em outros termos, são desafios enfrentados no cotidiano do trabalho do assistente social que, nas palavras de Martinelli, se assim agirmos, firmemente apoiados nos princípios que regem a profissão, bem como nas diretrizes políticas que norteiam o Serviço Social seja em qualquer espaço sócio-ocupacional, estaremos praticando uma ética militante no campo dos direitos, com vistas à consolidação dos direitos de cidadania dos usuários, de seus familiares e dos próprios trabalhadores (2011, p. 503).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na saúde hospitalar, nota-se em cada demanda as manifestações da questão social, expressas no cotidiano, que são latentes em nossa sociedade.

O assistente social, por meio de suas ações profissionais, imbuído de todo um arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico operativo, com respaldo do Código de Ética, da Lei de Regulamentação da Profissão e de princípios e valores que o norteiam, atua com criticidade frente aos desafios que são impostos ao profissional.

Assim sendo, a compreensão da análise crítica da profissão nesse campo de atuação se faz presente a todo instante, seja no atendimento direto ao usuário, com grupo, em reunião com a gestão ou mesmo com os profissionais.

Para defender um direito do usuário, o profissional deve usar não só de sua criatividade para lidar com as dificuldades de limites institucionais e profissionais, mas também acionar outros artifícios, como tensionar as relações postas nos espaços institucionais, para poder garantir o direito de acesso universal e igualitário dos usuários e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, como consta na Constituição Federal de 1988.

Dessa forma, as ações profissionais são complexas e permeadas de contradições em qualquer campo de atuação. O profissional dependerá, dentre outros fatores, da articulação com as correlações de forças existentes nesse espaço, tangenciadas pela dimensão política e que envolve uma série de instâncias a se recorrer quando há um problema, seja ele no âmbito social, econômico ou cultural, sem deixar de lado os constantes desafios enfrentados por esse profissional na saúde.

Assim, é necessário pensar possibilidades para as profissionais não serem sucumbidas pelo cotidiano permeado de singularidades que está posto na realidade. Adotar uma postura crítica diante das dificuldades e limites que se apresentam ao Serviço Social, buscar parceria com a instituição acadêmica na qual possui vínculo pela supervisão de estágio, o trabalho em equipe também se mostraria primordial, pois saberes reunidos em torno de uma situação complexa faz toda diferença. Outro ponto crucial é o aprimoramento intelectual

e profissional de forma contínua, de forma a prestar um serviço de qualidade à população usuária da política de saúde.

Por fim, considerando o estudo realizado nesta pesquisa, o que fica evidente no cotidiano profissional do assistente social em unidade hospitalar é que o mundo do trabalho, com suas inúmeras exigências e cobranças de metas e produtividade, acaba sucumbindo os profissionais, fazendo com que muitas vezes suas ações sejam rotineiras e caracterizadas por respostas imediatas, o que pode contribuir para ações irrefletidas e acríticas frente à complexidade da realidade, permeada pelas manifestações da questão social.

Portanto, como afirma Martinelli (2011), o alcance do posicionamento crítico do profissional, eticamente comprometido, transcende os muros do espaço sócio-ocupacional, no caso deste estudo as unidades hospitalares, buscando núcleos de apoio na família, na comunidade, na rede de apoio, nas instituições prestadoras de serviços públicos e demais lugares sociais de pertencimento em que se dá o cotidiano de vida das pessoas. É na cotidianidade da vida que a história se faz, forjando vulnerabilidades e riscos, mas também forjando formas de superação, de resistência e de lutas em defesa da democracia, dos direitos sociais, das políticas públicas, da cidadania, da autonomia e da plena expansão dos indivíduos sociais.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Diretrizes Curriculares. Brasília: **CFESS/ABEPSS**, 1999. Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/legislacao_diretrizes.pdf>. Acesso em: 23out16

AGUIAR, Zenaide Neto. **Sus - Sistema Único de Saúde - Antecedentes, Percurso, Perspectivas e Desafios**. In: Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde: Breve história da política de saúde no Brasil. São Paulo: Martinari, 2011.

ALVES, Gláucia Lelis. Processo de trabalho, precarização e Serviço Social: uma relação necessária! **O Social em Questão**. Ano XVIII. n° 34, 2015. p.181-204.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social**: fundamentos ontológicos. 3° ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, UnB/CEFSS, 2009. In. MOTA, A. Elizabete (org.s). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete (*et al*) Orgs. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS. 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: VANCONCELOS, Ana Maria de (*et al*). **Saúde e Serviço Social**. ABEPSS/OPAS. 2004.

BRAZ, Marcelo. Notas sobre o Projeto ético-político do Serviço Social. In: **Coletânea de Leis e Resoluções**. CRESS, 7ª região. Rio de Janeiro, 2001.

CARVALHO, Antônio Ivo e BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In. GIOVANELLA, Lúgia (Org.) *et al*. **Políticas e Sistemas de saúde o Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 141-166.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. 2° ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

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

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do/a Assistente Social em questão**. -1º ed. - Brasília: CFESS, 2012.

CFESS. O CFESS e os desafios político-profissionais do Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**. Ano XXIX Especial 2008.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(das) Assistentes Sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível? 4ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FLEURY, Sônia Maria. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W. de S. **Reforma Sanitária – Itália e Brasil**. HUCITEC-CEBES. São Paulo: 1988, p. 195-207.

GRANEMANN, Sara. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, UnB/CEFSS, 2009. In: MOTA, A. Elizabete (org.s). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez, 2009.

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 6º ed. Paz e Terra. 1970.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 10 ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, UnB/CEFSS, 2009. In: MOTA, A. Elizabete (org.s). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez, 2009.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

LESSA, Sérgio. Serviço Social e Trabalho: do que se trata?. **Temporalis 2**. Revista da ABEPSS, ano I, n.2, Brasília, 2000. p. 35-58

MANRIQUE CASTRO, Manuel. **História do Serviço Social na América Latina**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MATOS, Maurílio Castro de. Assistente Social: trabalhador(a) da área da saúde: reflexões a partir do debate brasileiro. **Revista Interações** nº 17. Portugal: 2009. p. 45-63.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 107. 2011. p. 479-505.

MINAYO, Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso e NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **Revista SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25. 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasso e NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e suas exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete (et al) Orgs. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. ABEPSS/OPAS. 2006.

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

MOTA, Ana Elizabete. Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 120. 2014. p. 694-705.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2001.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social. In. MOTA, A. Elizabete (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. MIOTO, Regina Célia Tamasso. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E. (et. al) (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. V. 33, nº 81, p. 27-37. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury, Sônia (org.) **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PINGARILHO, Cristiane. **Breve História da Reforma Sanitária Brasileira**. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.blogspot.com.br/2010/02/o-final-da-decada-de-80-no-brasil-foi.html>>. Acesso em: 02set16

PRATES, Jane Cruz. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana. **Revista Textos & Contextos**, nº 2, ano II. 2003.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, UnB/CEFSS, 2009. In. MOTA, A. Elizabete (org.s). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez, 2009.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Os instrumentos e as técnicas**: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil. 2006. 253 f. Tese (Doutorado Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **(Des) estruturação do trabalho e condições para a universalização da Previdência Social no Brasil**. 2011. 359 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília - UnB, Brasília, 2011.

TEIXEIRA, Joaquina Barata e BRAZ, Marcelo. O Projeto Ético-político do Serviço Social. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, UnB/CEFSS, 2009. In. MOTA, A. Elizabete (org.s). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde In: Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. Ministério da Saúde, 3º ed., São Paulo: Cortez 2008. p. 242- 272.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, UnB/CEFSS, 2009. In. MOTA, A. Elizabete (org.s). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 2º ed. São Paulo: Cortez, 1996.