

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA EM
GOIÂNIA E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL**

DIANA ALVES DE REZENDE KOKRDA

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. LILIANA PATRÍCIA LEMUS SEPÚLVEDA PEREIRA

GOIÂNIA
ABRIL DE 2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA EM
GOIÂNIA E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL**

DIANA ALVES DE REZENDE KOKRDA

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial do Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira.

GOIÂNIA
ABRIL DE 2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Kokrda, Diana Alves de Rezende.

K79t O trabalho do/a assistente social na saúde pública em Goiânia e o projeto ético-político do Serviço Social [manuscrito] / Diana Alves de Rezende Kokrda. – 2014.
115 f. ; il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2014.

“Orientadora: Profa. Dra Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira”.

Bibliografia.

1. Serviço Social. 2. Saúde pública. I. Título.

CDU 36:614(043)

BANCA EXAMINADORA

Dra. Darci Roldão Carvalho de Sousa
(Presidente)

Dra. Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira
(Orientadora)

Dra. Walderez Loureiro Miguel
(Membro Convidado)

Dr. Germano Campos Silva
(PUC-GO – Suplente)

Mestranda: Diana Alves de Rezende Kokrda

Aos meus pais, minha eterna admiração!

AGRADECIMENTOS

Aos/Às professores/as do Mestrado, pela valiosa partilha deste estudo.

À minha orientadora, Dra. Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira, pela importante colaboração durante minha experiência acadêmica e por me fazer acreditar que é possível avançar em busca dos nossos objetivos.

Às professoras Dra. Walderez Loureiro Miguel e Dra. Maria José de Faria Viana, pelas relevantes contribuições no exame de qualificação e na análise da dissertação.

À professora Dra. Darci Roldão Carvalho de Sousa, pelas contribuições na análise da dissertação.

À professora Dra. Maria José de Faria Viana (*in memoriam*).

Às Assistentes Sociais que participaram como sujeitos da pesquisa, com o intuito de colaborar para o aprimoramento da reflexão e do exercício profissional.

À minha querida sobrinha Andressa Camilo, por estar comigo em todos os momentos dessa caminhada.

À minha irmã, Nelcina Martins Alves, pela dedicação de sempre.

Às/Aos colegas de turma pela amizade e companheirismo, construídos durante esta jornada.

Serviço Social: compromisso de classe
por uma sociedade emancipada.

Semana do Assistente Social, CFESS, 2011.

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO | 15 |
| CAPÍTULO 1 | 21 |
| TRABALHO, SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL | 21 |
| 1.1 TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL | 21 |
| 1.2 DO SERVIÇO SOCIAL TRADICIONAL À SUA RUPTURA..... | 25 |
| 1.3 DO CONGRESSO DA VIRADA AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL..... | 35 |
| CAPÍTULO 2 | 42 |
| POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL | 42 |
| 2.1 DA REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | 42 |
| 2.2 DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE AO RECONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO DA ÁREA | 52 |
| 2.3 OBJETIVAÇÕES DE RUPTURAS DO SERVIÇO SOCIAL NA FORMAÇÃO E .. | 57 |
| CAPÍTULO 3 | 70 |
| O TRABALHO DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA DE GOIÂNIA E O PROJETO PROFISSIONAL | 70 |
| 3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM GOIÂNIA..... | 70 |
| 3.2 O TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA | 71 |
| 3.3 COMO O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL PERMEIA O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA | 74 |
| CONSIDERAÇÕES | 106 |
| REFERÊNCIAS | 109 |
| ANEXOS | 115 |

SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ABEPSS | Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social |
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| AIS | Ações Integradas de Saúde |
| ALAETS | Associação Latino-Americana de Escolas de Trabalho Social |
| ANDES | Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior |
| CAIS | Centro de Assistência Integral à Saúde |
| CAPs | Caixas de Aposentadoria e Pensões |
| CBAS | Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais |
| CBCISS | Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social |
| CEAS | Conselho Estadual de Assistência Social |
| CEBES | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde |
| CEBs | Comunidades Eclesiais de Base |
| CELATS | Centro Latino-Americano de Trabalho Social |
| CEME | Central de Medicamentos |
| CENEAS | Comissão Executiva Nacional de Entidades Sindicais de Assistência Social |
| CEP | Código de Ética Profissional |
| CFESS | Conselho Federal de Serviço Social |
| CIAMS | Centro Integrado de Assistência Municipal à Saúde |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONASP | Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária |
| CONLUTAS | Central Sindical Popular |
| CRESS | Conselho Regional de Serviço Social |
| DATAPREV | Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social |
| EBSERH | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares |
| ENESSO | Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social |
| FAS | Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social |
| FASUBRA | Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições Públicas de Ensino Superior do Brasil |

| | |
|-----------|--|
| FENASPS | Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social |
| FENTAS | Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Saúde |
| IAPs | Institutos de Aposentadorias e Pensões |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social |
| LBA | Legião Brasileira de Assistência |
| LOS | Lei Orgânica de Saúde |
| MPAS | Ministério da Previdência e Assistência Social |
| NOAS | Norma Operacional de Assistência à Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONGs | Organizações Não Governamentais |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OSCIPs | Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público |
| OSs | Organizações Sociais |
| PEPSS | Projeto Ético-Político do Serviço Social |
| PPA | Plano Pronta Ação |
| PUC Goiás | Pontifícia Universidade Católica de Goiás |
| PUC/SP | Pontifícia Universidade de São Paulo |
| SABs | Sociedade Amigos de Bairro |
| SALTE | Saúde, Alimentação, Transporte e Energia |
| SEGOV | Secretaria de Governo |
| SESC | Serviço Social do Comércio |
| SESI | Serviço Social da Indústria |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

LISTA DE GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1: Regiões distritais pesquisadas..... | 76 |
| Gráfico 1: Distribuição das entrevistas quanto ao gênero | 76 |
| Gráfico 2: Distribuição das entrevistas por década de formatura..... | 77 |
| Gráfico 3: Distribuição das entrevistas por instituição formadora..... | 79 |
| Gráfico 4: Distribuição das entrevistas quanto à educação permanente..... | 79 |
| Gráfico 5: Distribuição das entrevistas quanto ao tipo de vínculo profissional. | 82 |
| Gráfico 6: Distribuição das entrevistas referentes à existência de outro vínculo profissional. | 82 |
| Gráfico 7: Distribuição das entrevistas quanto à carga horária de trabalho. | 84 |
| Gráfico 8: Distribuição das entrevistas quanto às condições de trabalho e do sigilo profissional. | 86 |
| Gráfico 9: Distribuição das entrevistas quanto às principais atribuições desenvolvidas pelos assistentes sociais na Instituição..... | 87 |
| Gráfico 10: Distribuição das entrevistas quanto à utilização dos parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. | 88 |
| Gráfico 11: Distribuição das entrevistas quanto ao desenvolvimento de pesquisa pelos profissionais em relação à realidade trabalhada..... | 89 |
| Gráfico 12: Distribuição das entrevistas quanto à prática do planejamento do trabalho realizado na instituição. | 90 |
| Gráfico 13: Distribuição das entrevistas quanto à participação do/a assistente social em conselhos, movimentos e lutas sociais. | 91 |
| Gráfico 14: Distribuição das entrevistas quanto ao conhecimento do PEPSS. | 92 |
| Gráfico 15: Distribuição das entrevistas referentes ao comentário do profissional sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social..... | 93 |
| Gráfico 16: Distribuição das entrevistas quanto à efetivação dos instrumentos legais do PEPSS no cotidiano profissional. | 94 |
| Gráfico 17: Distribuição das entrevistas quanto à participação dos profissionais nos debates e acompanhamento dos encontros regionais e nacionais CFESS/CRESS. | 95 |
| Gráfico 18: Distribuição da posição dos profissionais sobre a atual política de saúde pública no país. | 96 |
| Gráfico 19: Distribuição das entrevistas quanto ao papel das Organizações Sociais na Saúde (OSs)..... | 97 |

| | |
|--|-----|
| Gráfico 20: Distribuição das entrevistas quanto à realização de reuniões para avaliação do trabalho. | 99 |
| Gráfico 21: Distribuição das entrevistas quanto às principais áreas dos cursos de capacitação, escolhidos pelos profissionais. | 99 |
| Gráfico 22: Distribuição das entrevistas quanto à importância da teoria para a realização da prática profissional. | 100 |
| Gráfico 23: Distribuição das entrevistas quanto ao caráter imediatista da profissão nas unidades de saúde de urgência e emergência. | 102 |
| Gráfico 24: Distribuição das entrevistas quanto às implicações das ações de caráter imediato para o distanciamento do PEPSS..... | 103 |
| Gráfico 25: Distribuição das entrevistas sobre a materialização do PEPSS na prática profissional. | 104 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| Anexo 1: Termo de consentimento livre e Esclarecido (TCLE) | 116 |
| Anexo 2: Consentimento de participação da pessoa como sujeito. | 121 |
| Anexo 3: Roteiro semiestruturado de entrevista com assistentes sociais..... | 123 |

RESUMO

A presente dissertação de mestrado tem como objeto de análise o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde pública em Goiânia e o projeto ético-político profissional. Este estudo pretende apreender a prática profissional de assistentes sociais nas Unidades Básicas de Saúde de Urgência e Emergência de Goiânia e sua relação com o PEPSS. Buscou-se identificar as mediações ocorridas no mundo do trabalho, da saúde pública e do Serviço Social. A análise da categoria trabalho está embasada no entendimento da peculiaridade histórica do modo de produção capitalista, ao manifestar seu significado como trabalho alienado na forma social de assalariamento. A pesquisa identifica as particularidades do exercício profissional no âmbito da saúde pública e demonstra que demandas individuais ainda não são tomadas como parte de demandas coletivas. Ações imediatas, pontuais e fragmentadas, com ausência de planejamento, de pesquisa e de análise crítica do exercício profissional, concorrem para o distanciamento da ruptura com o conservadorismo, portanto, com os rumos do projeto profissional.

Palavras-chave: Trabalho, Profissão, Serviço Social, Projeto Ético-Político.

ABSTRACT

This master's dissertation examines the work of the social worker within the context of the public health system in the city of Goiânia, in light of the social service ethical-political project. The study aims to analyze the professional practice of social workers at the urgency and emergency basic health care units in Goiânia, and its relationship to the Ethical-Political Project of Social Work in Brazil. It seeks to identify the mediations that take place in the areas of labor, health and social work. The capitalist mode of production underpins the analysis of the labor category, manifesting itself as estranged labor in the social form of wage disbursement. The research reveals the particularities of the professional practice within the public health scope, demonstrating that individual demands are not yet taken as collective ones. The instant, onetime and piecemeal actions, devoid of any planning, research and critical analyses, contribute to detach the practice from the courses of the social service ethical and political project.

Keywords: labor, profession, Social Work, ethical-political project.

INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado tem como objeto de análise o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde pública em Goiânia e o Projeto Ético-Político Profissional desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde de Urgência e Emergência de Goiânia. Entende-se o PEPSS como uma forma determinada de pensar e exercer a profissão de assistente social, construída a partir do final dos anos 1970 e marcada pela ruptura com o conservadorismo profissional. Constitui-se como uma “autoimagem” da profissão, na qual estão presentes seus valores, seus objetivos, suas funções e os requisitos, normas e balizas para o seu exercício. Sua síntese pode ser encontrada na Lei n. 8662/93, que regulamenta a profissão de assistente social no Brasil; no Código de Ética Profissional de 1993; e nas Diretrizes Curriculares da formação profissional em Serviço Social. Evidentemente, não se concebe o projeto ético-político como algo dado. Antes, ele constitui-se como uma conquista da categoria profissional que se encontra em processo permanente de construção e consolidação. Fruto da recente trajetória profissional, trata-se de projeto que se encontra articulado às lutas da sociedade. Tem como um de seus principais desafios a sua materialização no cotidiano do exercício profissional, o que supõe pensá-lo em articulação com as condições reais de trabalho dos/as assistentes sociais (NETTO, 1999).

Nesse sentido, surgem as seguintes indagações:

- a) Quais as implicações das transformações societárias em curso no trabalho dos/as assistentes sociais no contexto da saúde pública?
- b) De que modo o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde pública contribui para a consolidação do PEPSS na prática profissional?

Com essa problematização, é possível refletir sobre a dinâmica que envolve o exercício profissional do/a assistente social no contexto da saúde pública e também sobre sua relação com o projeto profissional crítico, valendo-se da teoria social de Marx. Os objetivos específicos são os seguintes: a) identificar as implicações do mundo do trabalho com o Serviço Social e o PEPSS; b) verificar a processualidade da saúde pública no Brasil e no Serviço Social; c) analisar como se concretiza, na prática profissional, o PEPSS e quais os desafios à sua consolidação no âmbito da saúde pública.

A proposição de um estudo investigativo-crítico deve-se ao fato de a

pesquisadora atuar no âmbito da saúde pública, em unidades básicas de saúde de urgência e emergência de Goiânia.

Vale assinalar que as unidades básicas de saúde de urgência e emergência são espaços de atuação onde as questões individuais são privilegiadas, fortalecendo a visão da problemática pessoal/individual, em decorrência dos espaços e ações coletivas.

O recorte temporal do presente estudo compreende o espaço de tempo de 2006 até 2012. Trata-se do período de maior efetivação de assistentes sociais por meio de concurso público nas unidades de saúde de Goiânia, assim como do não reconhecimento, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, dos profissionais de Serviço Social desse período no atual Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos da Saúde.

A hipótese diretriz que estrutura esta pesquisa é a de que há um distanciamento da prática profissional do/a assistente social nas unidades básicas de saúde de urgência e emergência de Goiânia com o PEPSS. Supõe-se que essa fratura da prática com o projeto profissional se deve ao fato de as ações dos profissionais serem desenvolvidas de forma não planejada, não avaliada, e de terem caráter imediatista.

Os sujeitos da pesquisa são vinte assistentes sociais, equivalendo a uma amostragem de 34,4% do universo de cinquenta e oito profissionais de Serviço Social em exercício nas unidades de saúde estudadas, no período da pesquisa. Os profissionais foram entrevistados a partir de um roteiro semiestruturado, com questões que, em sua maioria, exigiram uma resposta discursiva sobre a atuação profissional. As questões versam sobre a prática profissional, o PEPSS, a atual política de saúde pública no Brasil e o reflexo do seu processo de privatização.

As seguintes categorias são analisadas: trabalho, Serviço Social, esfera pública e esfera privada, Estado e sociedade civil, SUS, controle social, contradição e imediaticidade.

Destacam-se algumas reflexões, como a formulada por Iamamoto (2012), por exemplo, de que um dos maiores desafios vividos pelo assistente social no presente é o desenvolvimento de sua capacidade de decifrar a realidade e a construção de propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

Além disso, apresenta-se uma reflexão crítica sobre a necessidade de ser questionado o significado da intervenção profissional numa perspectiva transformadora. Por conseguinte, o projeto profissional subsidia a práxis no momento em que esse pensar é posto em causa.

Os procedimentos metodológicos adotados neste estudo são a pesquisa bibliográfica e de campo, seguindo uma dimensão qualitativa.¹

Os seguintes critérios foram observados para participação dos assistentes sociais na pesquisa de campo²: estar lotados em unidades de saúde de urgência e emergência, também conhecidas como Unidades 24 horas, bem como ser inscritos/as no Conselho Regional de Serviço Social e graduados/as após 1990, período de efetivação do PEPSS.

Para a coleta de dados, realizaram-se entrevistas, previamente agendadas, no espaço profissional do/a assistente social. O período da pesquisa abrangeu os meses de setembro e outubro do ano de 2013. Os sujeitos dessa pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo a Resolução nº 196/1999 do Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado em 3 de setembro de 2013, conforme o Parecer nº 381.663, do Comitê de Ética da PUCGO e da SMS de Goiânia.

Das dezenove Unidades Básicas de Saúde de Urgência e Emergência do Município de Goiânia, distribuídas por Distritos Sanitários, onze delas constituíram-se em espaços de realização da pesquisa onde os/as profissionais estão lotados/as e em exercício.

Vale assinalar que os Distritos Sanitários são divididos em regiões sanitárias, envolvendo um determinado espaço geográfico, populacional e administrativo, e constituem-se de unidades de saúde responsáveis pela organização dos serviços e atendimento à população em sua área de abrangência.

Para a elaboração das entrevistas a serem realizadas, as questões foram organizadas a partir de três eixos principais: perfil profissional, atuação profissional e avaliação da prática profissional.

¹ A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. A amostragem deve possibilitar abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004, p. 43)

² Pesquisa de campo é o recorte feito pelo pesquisador em termos de espaço, que representa uma realidade empírica a ser estudada com base nas concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação. Na pesquisa social, esse espaço é o lugar primordial da dinâmica de interpretação social (MINAYO, 2004, p. 43).

As unidades em que os profissionais entrevistados estão lotados e em exercício são as seguintes:

- a) CAIS Campinas e CAIS Deputado João Natal (Vila Nova) – ambos do Distrito Campinas/Centro: quatro profissionais entrevistados;
- b) CAIS Amendoeiras, CAIS Jardim Novo Mundo e CAIS Chácara do Governador – Distrito Leste: quatro profissionais entrevistados;
- c) CAIS Cândida de Moraes – Distrito Noroeste: quatro profissionais entrevistados;
- d) CAIS Jardim Guanabara e CIAMS Urias Magalhães – Distrito Norte: dois profissionais entrevistados;
- e) CAIS Bairro Goiás – Distrito Oeste: dois profissionais entrevistados;
- f) Unidade de Pronto-Atendimento – UPA – Distrito Sudoeste: dois profissionais entrevistados;
- g) Pronto-Socorro Psiquiátrico Wassily Chuck – Distrito Sul: dois profissionais entrevistados.

O método empregado nesta pesquisa é o método dialético-crítico. Fundamenta-se na Teoria Social de Marx, dado o entendimento de que é necessária uma relação entre o sujeito que pesquisa e o objeto pesquisado. Nessa direção, Netto (2011) explica que a teoria é a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa. Pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. O papel do sujeito é essencialmente ativo; precisamente para apreender não a aparência ou a forma dada ao objeto, mas a sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica.

O estudo organiza-se em três capítulos.

No primeiro capítulo, buscam-se apreender as transformações ocorridas no mundo do trabalho em seus diferentes contextos e dimensões. Evidenciou-se a necessidade de estudar, apreender e analisar o conjunto de sucessivas lutas e conquistas do Serviço Social numa nova perspectiva para a profissão, a partir do movimento de ruptura com o conservadorismo e a consolidação do PEPSS.

A processualidade histórica do Serviço Social no Brasil proporcionou não somente a renovação e ruptura com o conservadorismo, mas também a potencialização do movimento profissional que se estruturou, crítica e politicamente,

para o enfrentamento da dinâmica do sistema capitalista e as ofensivas da política neoliberal.

No segundo capítulo, registra-se o histórico processo de lutas, resistências e disputas da saúde pública no Brasil, quando se procurou relacionar essa política com o Serviço Social.

No terceiro capítulo, ressalta-se o trabalho do/a assistente social no âmbito da saúde pública, sobretudo nas unidades de saúde de urgência e emergência em Goiânia, quando se apreenderam os limites e as possibilidades da relação profissional com o PEPSS.

As informações oriundas da coleta de dados foram reunidas e analisadas com base no conjunto de teóricos que subsidiam este trabalho: Kosik (1976), Marx (1978), Netto (1990, 1995, 1999, 2004, 2005, 2006, 2009, 2011a, 2011b); Vasconcelos (2003, 2009); Mészáros (2006, 2007, 2011, 2013), Guerra (2011), Bravo (2011), Iamamoto e Carvalho (2012), Viana (2012), Coelho (2013), Coutinho (2010), dentre outros.

A partir dos estudos desses teóricos, foi possível entender que a atuação profissional de assistentes sociais, nos locais de trabalho, pode tornar-se uma relação construída dialeticamente e proporcionar um caminho possível e necessário à consolidação do PEPSS, para além dos protocolos e da rotina dos espaços ocupacionais.

Este estudo busca contribuir no processo de análise acerca do trabalho do/a assistente social na saúde pública e o PEPSS na perspectiva de transcender a cotidianidade. Conforme salienta Vasconcelos (2003, p. 28), os “assistentes sociais só podem captar o movimento, o sentido e o significado da prática profissional, buscando-os no movimento histórico da realidade social, do qual o Serviço Social é parte e expressão”.

Com a apreciação da Banca Examinadora, os resultados serão divulgados por publicação impressa e em CD-ROM, e serão disponibilizados para fins acadêmico-científicos na Biblioteca Central da PUCGO e no CRESS 19ª Região-Goiás. Também serão publicizados em outros espaços, como fóruns, congressos, seminários, simpósios, debates e outras atividades acadêmicas que contribuam na educação permanente de estudantes e profissionais.

A divulgação dos resultados, ainda, virá mediante relatórios, artigo científico, em periódicos impressos e meio eletrônico, disponibilizado parcial ou

integralmente.

Espera-se que este estudo possa fortalecer e aprofundar as reflexões sobre o trabalho de assistentes sociais na saúde pública e em outros espaços sócio-ocupacionais.

CAPÍTULO 1

TRABALHO, SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL

1.1 TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL

Nos marcos da teoria social crítica, a noção de trabalho remete ao seu sentido ontológico fundamental, ou seja, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza. Ao atuar na natureza, o homem modifica sua própria condição e seus valores. Para produzir e reproduzir os meios de vida e de produção, os homens estabelecem determinados vínculos e relações mútuas, dentro e por intermédio dos quais exercem uma ação transformadora da natureza e de si mesmo.

Nesse sentido, o capital também é uma relação social de produção. O capital se expressa sob a forma de mercadorias, meios de produção e meios de vida necessários à reprodução da força de trabalho.

Refere lamamoto (2011, 74-75):

O capital está formado por mercadorias, sendo, duplamente, *valor de troca* (dinheiro) – pois é valor que se valoriza, fruto da troca de uma quantidade dada de trabalho materializado por uma maior quantidade de trabalho vivo e *valor de uso*, tal como se manifesta nas relações dentro do processo de trabalho – combinações sociais do trabalho e meios de trabalho a elas correspondentes, respectivamente, condições subjetivas e objetivas do processo de trabalho. Como as forças produtivas se transferiram ao capital, a produtividade do trabalho é a produtividade do capital. (*Grifo do autor*).

O trabalhador que não conhece as sutilezas do sistema capitalista acredita que as mercadorias possuem valor em si e não a partir do seu trabalho nelas depositado. O trabalhador vende sua força de trabalho e tanto ele quanto a sua força viram objeto. Ele não produz para si, mas para outros. Dessa forma, o trabalhador se aliena e se submete ao capitalista, e a apropriação de lucros torna-se cada vez mais concentrada e privada em mãos de poucos (MARX, 1978).

Para Mészáros (2006), o eixo central do processo de alienação revela-se pelo conceito de trabalho, considerado tanto em seu sentido geral como atividade produtiva, delimitação ontológica fundamental da humanidade, como em sua percepção particular, historicamente definida, no contexto de divisão do trabalho capitalista. Nesse aspecto particular, o trabalho é o alicerce de toda alienação.

A análise da alienação no contexto real deve partir do pressuposto de que o modo do trabalho (trabalho assalariado) está para a atividade humana assim como o particular está para o global. Segundo Mészáros (2006), se o elemento ontologicamente absoluto não é diferenciado do modo historicamente específico, a mediação como elemento ontológico absoluto torna-se complexo para elucidar a questão da transcendência real da alienação. Desse modo, crescem as mazelas inerentes às contradições do sistema capitalista, agravadas pelas relações de classe. Na mesma proporção que cresce a força produtiva, ampliam-se as desigualdades e as injustiças sociais. Nesse sentido, Iamamoto (2011, p. 67) afirma:

O capital emprega o trabalho, pois o processo de valorização subsume o processo de trabalho, ou seja, os meios de produção não estão a serviço da atividade criadora do trabalhador, mas este é um meio para conservar o valor e aumentá-lo, sendo o trabalho excedente absorvido pelo capital.

O capital, em seu movimento de valorização, ou seja, como produtor de valor de troca, produz a invisibilidade do trabalho e a banalização do humano, estratégia condizente com a indiferença diante da esfera das necessidades sociais e dos valores de uso. O valor de troca das mercadorias se expressa entre si, por meio das coisas, dos produtos do trabalho, os quais assumem a função intermediária de portador de relações entre pessoas. Assim, o valor de uso é uma determinada relação social tomada como coisa (IAMAMOTO, 2011).

Destarte, a objetivação ou exteriorização da atividade do ser humano revela-se em traço ontológico da atividade do trabalho genérico. Assim, o trabalho como atividade idealizada e moldada pela consciência é produto da espécie humana, e ela, por sua vez, é produto dessa forma de trabalho (ANTUNES, 2004).

Do ponto de vista da valorização, os acontecimentos se apresentam diferentemente: não é o trabalhador que desfruta dos meios de produção, são os meios de produção que utilizam o trabalhador. Não é o trabalho vivo que se realiza no trabalho objetivo, é o trabalho objetivo que se converte em um valor que se valoriza em capital, e como tal funciona. É apenas o trabalho humano que é a genuína fonte de valor de uso. Isso porque, à medida que as coisas são percebidas como possuidoras de valor intrínseco, a realidade manifesta o valor depositado pelo trabalho humano realizado sobre elas (MARX, 1978).

Sobre a valorização do homem acerca do trabalho, Mészáros (2007, p. 42)

faz a seguinte constatação:

Um dos aspectos mais degradantes da ordem social do capital é que reduz os seres humanos à condição reificada, a fim de adequá-los aos estreitos limites da contabilidade do tempo do sistema: o único gênero de contabilidade – extremamente desumanizadora – compatível com a ordem social do capital. Esse tipo de desenvolvimento social tão humanamente empobrecedor é justificado teoricamente na forma de uma abstração ideologicamente reveladora operada pelos economistas políticos.

O autor constata que, no âmago da estrutura do sistema socioeconômico existente, uma multiplicidade de interconexões potencialmente dialéticas é reproduzida na forma de dualismos, dicotomias e antinomias, práticas perversas que restringem os seres humanos à condição reificada (MÉZAROS, 2007).

O trabalho faz a mediação entre o homem e a natureza, entre as relações sociais, de tal modo a produzir a base material indispensável para a reprodução das sociedades. Esta é a função social do trabalho. Nesse sentido, o trabalho abstrato desempenha uma determinação social do trabalho, que supõe determinadas relações de produção entre os indivíduos, e somente ele cria valor de troca, essencial ao avanço e manutenção do capitalismo. Desse modo, no aspecto específico de valor social, o elo entre o trabalho só aparece por meio da troca de suas mercadorias. Na sociedade mercantil, o trabalho privado só se torna social pela transformação do trabalho concreto (valor de uso) em trabalho abstrato (valor de troca). Iamamoto (2011, p. 61) apresenta a seguinte análise:

O ponto de partida de Marx é, portanto, o trabalho (e não o valor) e a estrutura da sociedade mercantil, isto é, a totalidade das relações de produção entre as pessoas que se expressam nas transações que efetuam entre si. [...] Nesse sentido, o trabalho abstrato apresenta uma determinação social do trabalho, uma igualação social de diferentes tipos de trabalho.

O trabalho abstrato – como produtor de valor de troca – se encaixa na produção de mais-valia. Tudo que produz mais-valia é trabalho abstrato (LESSA, 2002). É a partir dessa concepção que se entende que o trabalho abstrato se dá por meio do processo social pelo qual o capital, em busca de sua autovalorização, desconsidera as alterações ontológicas entre diferentes práxis sociais, restringindo a capacidade de reproduzir à produção de valor de troca.

O mecanismo teórico explicativo dos termos trabalho abstrato e trabalho

concreto constitui o caráter do trabalho, exemplificado na mercadoria força de trabalho, cujo valor de uso em essência é trabalho concreto, desempenhado pelo empregado alienado no sistema de valorização do capital. No capitalismo, a força de trabalho é tida como uma espécie de mercadoria, uma unidade de valor de uso e ao mesmo tempo de valor de troca. O preço dessa troca da força de trabalho se apresenta, necessariamente, na forma disfarçada de preço do trabalho, chamado de salário. Tal disfarce advém de como o salário é pago em troca da força de trabalho expressa na quantidade de trabalho, de modo a ser capaz de criar um novo valor em quantidade elevada ao custo da força de trabalho. O contraste entre seu custo e o valor de troca por ela produzido, em decorrência do consumo capitalista sobre seu valor de uso, estrutura a mais-valia.

Ocorre que o trabalho não pode ser separado do conhecimento, das ideias e percepções de mundo, isto é, das diversas maneiras de pensar a vida real. Desse modo, o trabalho visa alcançar tanto valores de uso, como o dever-ser e o comportamento do homem, conduzido ao longo da história para as finalidades sociais. Por conseguinte, a história é o processo pelo qual o homem se forma e se transforma a si mesmo, em consequência da qual ele se encontra em um eterno movimento do vir-a-ser (LUKÁCS, 1978).

As mudanças produzidas no “mundo do trabalho” forneceram uma múltipla processualidade na classe trabalhadora, que, ao mesmo tempo em que “desproletarizou” o trabalho industrial fabril, também aumentou, consideravelmente, o assalariamento no setor de serviços. Caracteriza-se uma subproletarização do trabalho, nas formas de trabalho precário, parcial, temporário, terceirizado, doméstico e informal. Identifica-se uma importante heterogeneização do trabalho, manifesto, sobretudo, pela crescente incorporação do gênero feminino no mundo operário, mas também pela presença expressiva de trabalho migrante, além da desespecialização ou desqualificação do operário industrial, e o surgimento dos trabalhadores multifuncionais (ANTUNES, 1998).

No caso específico do Serviço Social, como profissão, Iamamoto (2011, p. 40) destaca:

Trata-se da tensão entre uma atividade legalmente regulamentada como profissão liberal, dotada de relativa autonomia na condução e direcionamento social, historicamente determinada pela correlação de forças sociais e políticas; mas que se realiza pela mediação do trabalho

assalariado, que atualiza no universo da profissão os determinantes da alienação do trabalho.

A autora elucida ainda a tensa conjunção entre projeto profissional e trabalho assalariado, como trabalho concreto e abstrato. As/os assistentes sociais estabelecem-se, socialmente, como trabalhadores assalariados, sendo que sua inserção no mercado de trabalho se dá por meio de uma relação de compra e venda de sua força de trabalho especializada e capacitada com organismos empregadores. Mesmo que os profissionais disponham, no mercado de trabalho, de relativa autonomia, na prática de suas atividades, os empregadores desenvolvem e impõem condições que conduzem o processamento da ação e impossibilitam de realização os resultados projetados.

Conforme Iamamoto (2011, p. 41), se “a profissão dispõe de condicionantes sociais que ultrapassam a vontade e a consciência de seus agentes individuais, ela é também fruto dos sujeitos que a constroem coletivamente, forjando respostas profissionais”.

Desse modo, o Serviço Social brasileiro, nas últimas décadas, se reorganizou numa luta contra o tradicionalismo profissional e seu aspecto conservador, correspondendo criticamente a profissão às exigências de seu tempo.

1.2 DO SERVIÇO SOCIAL TRADICIONAL À SUA RUPTURA

O Serviço Social nasce como profissão na sociedade capitalista urbano-industrial, que inaugura uma nova fase do sistema econômico, em meio a um contexto de revoluções políticas e inovações tecnológicas. Para Netto (2011a, p. 19),

[...] trata-se do período histórico em que ao capitalismo concorrencial sucede o capitalismo dos monopólios e recoloca, em seu patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica, todos eles desvelados pela crítica marxiana.

No sistema econômico, na consolidação do capitalismo europeu, as alterações ocorreram nos métodos e no modelo de produção, em que as máquinas passaram a “trabalhar” em grande escala, superando os métodos de produção,

utilizados anteriormente. A partir do processo de produção em larga escala, baseado no padrão keynesiano fordista, de centralização e concentração da riqueza, de avanços tecnológicos, surgem junto a esse processo novas necessidades sociais da classe de trabalhadores, explorados pelo capital. Ao analisar as mudanças ocorridas no trabalho e nas formas de regulação do Estado, por exigência do capital, no contexto dos anos 1940, após as duas grandes guerras mundiais, Viana (2012, p. 43) destaca:

Com o Estado Keynesiano-fordista, o trabalho ganhou centralidade, ao estruturar as políticas sociais e econômicas, assim como as estratégias de pleno emprego. Tornou-se, além disso, um campo simbólico, passando a nomear não só o trabalho, mas também o lugar do não-trabalho.

Na lógica dessa fase do capitalismo, o capital financeiro, cada vez mais forte, hegemônico, deveria aumentar sua capacidade de produção e de expansão. Por meio das grandes fusões patrimoniais, retirou, no seu processo histórico de acumulação de riquezas, os grilhões do poder produtivo das sociedades humanas, que daí em diante se tornaram capazes de uma multiplicação rápida, constante, e até o presente, ilimitada, de transformação de homens em mercadorias e serviços (HOBSBAWM, 1962).

A exploração exprime-se nas múltiplas expressões da questão social, no desemprego estrutural, na dificuldade de acesso a bens e serviços, bem como na exploração do trabalho e da mais-valia absorvida pelo capital.

As contradições básicas, oriundas do sistema capitalista, são manifestações concretas do processo de acumulação da riqueza socialmente produzida, da pauperização absoluta e relativa, dos índices alarmantes de desigualdade social, do desemprego estrutural, da desregulamentação de direitos e do corte dos gastos públicos na área social. Todas essas contradições agravaram as múltiplas expressões da questão social.

Na reflexão e busca de um eixo que combinasse o desenvolvimento sócio-histórico do Serviço Social e a realidade social, a categoria profissional admitiu que nesse eixo estaria a chamada “questão social”. Entretanto, a diversidade conceitual no núcleo da literatura profissional, por meio de diferentes pontos analíticos, tem provocado uma série de indagações sobre a direção que esta assume entre os profissionais da área em seus espaços sócio-ocupacionais.

Destarte, o Serviço Social, como profissão inserida na sociedade capitalista, circunscreve-se na reprodução das relações sociais. Assim sendo, o processo de trabalho do assistente social é norteado em decorrência dos interesses de classes, tensionados tanto pelos interesses do capital como do trabalho.

Iamamoto (2011, p. 13) analisa como a mercadoria e seu fetiche mistificam e reificam as relações sociais:

A forma específica de valor – a forma mercadoria e seu fetiche – entranha tanto nas relações de circulação, quanto aqueles que têm lugar entre os agentes de produção. Ela inverte e subverte o sentido das relações sociais em um amplo processo de mistificação e reificação, submetendo as relações entre os homens a relações entre coisas.

A questão social, no sistema capitalista, constituiu-se, elaborada e reproduzida, na sociedade de forma ampla. É decorrente das relações sociais de produção que se constituem com base na estrutura da sociedade e que, em determinadas circunstâncias históricas, com a formação de um excedente, possibilitaram a apropriação privada dos meios de produção, resultando no aparecimento de classes sociais desiguais e contraditórias.

A questão social é senão 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. Expressa a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa exigir outros tipos de intervenção, para além da caridade e repressão. (IAMAMOTO, 2011, p. 168).

Historicamente, o Estado brasileiro passou a agregar parte das exigências dos cidadãos, pelo disposto constitucional da cidadania por meio de leis sindicais, sociais e trabalhistas. Atuando em conjunto com instituições assistenciais, abriu-se, assim, para o emergente Serviço Social brasileiro, um mercado de trabalho gradativo, em que o Estado estruturou a profissionalização do assistente social e ampliou sua área de trabalho.

Essa atitude regulamentadora e social do Estado passou a apresentar fortes características paternalistas e repressivas por meio do binômio repressão-assistência, quando do período da ditadura militar, instaurada em 1964. Nesse contexto, Bravo (2011, p. 58) analisa que:

Em face da questão social, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

As características dessas mudanças apontam para a institucionalização do Serviço Social e sua profissionalização. Dessa forma, o Serviço Social se institucionalizou e legitimou-se profissionalmente como um dos mecanismos estruturados pelo Estado e pelo empresariado, com o amparo da Igreja Católica, na concepção do enfrentamento da chamada “questão social”.

As transformações ocorridas no interior da produção capitalista desencadearam mudanças substanciais nos processos e nas formas de trabalho de milhares de trabalhadores em escala mundial. Essas mudanças retratam um cenário contraditório de avanços para o capital que concentra e produz riquezas e recuos para os trabalhadores, com o aumento do desemprego estrutural, do trabalho precário e flexibilizado, e ampliação da pobreza e desigualdade.

Para que ocorresse uma transição das estruturas socioeconômicas de maneira “harmoniosa” e pacífica entre a classe operária, empregadores e Estado, surge, então, a ação da Igreja Católica. Iamamoto (2012, p. 169) assim explica:

À Igreja Católica, por meio do apostolado de seu movimento laico, caberá a tarefa de reunificação e recristianização da sociedade burguesa por intermédio da ação sobre as corporações e demais grupos básicos, concluindo pelo alinhamento doutrinário do Estado, ordenando as relações de produção a partir da restauração de costumes cristãos.

Nesse contexto, a Doutrina Social da Igreja Católica teve grande influência de contribuição no desenvolvimento do perfil da profissão de Serviço Social no Brasil e no mundo, pois durante o período de industrialização surgiram novas necessidades sociais como expressões da questão social. O Papa Leão XIII decidiu publicar a Encíclica Rerum Novarum, datada de 15 de maio de 1891, que continha orientações sobre a doutrina social da Igreja. É relevante destacar que tal encíclica possui resposta ao contexto de sua época, favorecendo a propriedade privada, tida como um direito natural outorgado, legitimada divinamente e estabelecendo referência à estrutura do Estado e da população como correspondentes à intenção divina.

A Encíclica Rerum Novarum estabeleceu metas de ação para as classes,

o Estado e, especificamente, para a estrutura organizacional da Igreja, ao se beneficiar da reforma social como ferramenta para combater os problemas sociais da época. Isso expressou um direcionamento ideológico, com orientação social e sustentação para intervenções, como no Serviço Social, por exemplo, que teve nesse viés a base para sua estruturação (FORTI, 2013).

Em 1931, na comemoração dos quarenta anos da Encíclica Rerum Novarum, o Papa Pio XI renovou e aperfeiçoou as orientações doutrinárias da Igreja sobre a questão social, instituindo a Encíclica Quadragésimo Anno.

A respeito da Encíclica Quadragésimo Anno, Castro (apud FORTI 2013, p. 93) diz:

Assim como antes foram os clérigos os encarregados da beneficência diária, assim também agora deverão ser os assistentes sociais católicos, entre outros profissionais leigos, os que assumam na prática “o cuidado com a questão social”, acrescentando-lhe o espírito caridoso e perícia técnica.

Essas encíclicas motivaram a profissão de Serviço Social no Brasil, no sentido de atuar por meio de apostolado social. Assim, Iamamoto e Carvalho (2012, p. 165) apontam o que segue:

A Doutrina Social da Igreja substituiu a análise da realidade para o enfrentamento da questão social por valores, exigências, por uma apreensão moral dos fenômenos sociais. As respostas para a questão social, conhecidas à época como questão moral, foram orientadas por ações com um forte viés de cunho religioso.

Em 1930, iniciou-se o que os historiadores do período consideram como o ciclo de mobilização do movimento católico laico mundial, pelo fato de estarem criadas as condições para que a Igreja fosse chamada a intervir nas dinâmicas sociais de forma mais ampla. O movimento laico viveu uma fase de identificação com o espírito das Encíclicas Sociais, de modo que a Igreja passou a se envolver mais diretamente nas causas sociais emergentes da população.

Seguindo a premissa de Iamamoto (2004, p. 236), de que “a profissão de Serviço Social não se explica por si mesmo, senão a partir de sua inserção na sociedade”, uma percepção crítica da profissão implica o esforço de introduzi-la no conjunto de condições e relações de forma a lhe atribuir um significado e torná-la possível e necessária no mundo do trabalho. O aperfeiçoamento das forças

produtivas, a emergência da burguesia industrial e as relações sociais compostas nesse decurso caracterizaram novas visões sociais e intercorrências que passaram a exigir novos parâmetros de racionalidade e efetividade, pertinentes ao trato sobre os efeitos produzidos pela sociedade capitalista. Iamamoto e Carvalho (2012, p. 83) afirmam:

O Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, processos apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais emergentes, a constituição e expansão do proletariado e da burguesia industrial, e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder do Estado em conjunturas históricas específicas.

O Serviço Social passou a se configurar como uma profissão que apreende e analisa a produção e reprodução das relações sociais contraditórias entre as classes sociais e se posiciona em oposição ao capitalismo. Iamamoto e Carvalho (2012, p. 23) explicam:

O Serviço Social surge como um dos mecanismos utilizados pelas classes dominantes como meio de exercício de seu poder na sociedade, instrumento esse que deve modificar-se, constantemente, em função das características diferenciadas da luta de classes e/ou das formas como são percebidas as sequelas derivadas do aprofundamento do capitalismo.

Com referência à situação conservadora e moralizante da questão social, surge no Brasil, em 1932, o Centro de Estudo e Ação Social – CEAS. Sob o ponto de vista da Igreja Católica, a questão moral era tida como a junção de problemas sob a responsabilidade do indivíduo e daqueles que os vivenciam. Para Miguel (2005), o CEAS surgiu como instância fortalecedora dos anseios de setores da Ação Social Católica que procuraram tornar efetivas e dar maior agilidade às iniciativas e obras filantrópicas, promovidas pelas classes dominantes, sob inspeção da Igreja Católica. O objetivo principal do CEAS era fomentar a formação de seus parceiros, por meio da análise e estudo da ideologia social da Igreja e embasar suas atividades nessa formação ideológica e no conhecimento dos problemas sociais.

A partir do momento que o Estado brasileiro passou a interferir diretamente nas relações entre a classe trabalhadora e o empresariado, não só se estabeleceu uma normatização jurídica do mercado de trabalho, por meio de legislação social e trabalhista, como passou a administrar a organização e a

prestação dos serviços sociais.³ Como um novo traço das estratégias de combate à questão social, abordada como problema moral, à luz da visão social católica de caráter humanista conservador, o Serviço Social opôs-se aos ideários liberais.

Nesse cenário, em 1936, dá-se a criação da primeira Escola de Serviço Social⁴ no Brasil, no Estado de São Paulo, atualmente compondo com outras unidades de ensino superior, como a PUC/SP.

Com o desenvolvimento do debate sobre a necessidade de se implementar bens e serviços, regulamentados pelo Estado e oferecidos por empresários, como demanda da classe trabalhadora, foi aberto para o Serviço Social brasileiro um novo mercado de trabalho na área das políticas sociais. Foram criadas, na década de 1940, instituições como o Serviço Social do Comércio (SESC) e o Serviço Social da Indústria (SESI), como forma de se difundir a ideologia dominante (IAMAMOTO, 2011).

Segundo estudo de Miguel (2005), em Goiás, com o SESC, instituído no ano de 1947, foi iniciada a criação de condições e o espaço viável à implantação da Escola de Serviço Social no Estado. No SESC, em Goiás, a categoria contribuiu para o desenvolvimento da profissão no Estado. Em 1957, dá-se a criação da Escola de Serviço Social no Estado, no mesmo ano em que se tornou livre, em todo território nacional, a profissão de assistentes sociais.

Ainda no contexto de 1960, a profissão passou a indagar sobre seus referenciais teóricos e operativos e a expressar suas inquietações e descontentamentos em face daquele contexto histórico. Em toda a América Latina, buscava-se um movimento de renovação profissional, que exigia dos assistentes sociais a criação de um novo projeto profissional, compromissado com as demandas e interesses de segmentos da sociedade, usuários de seus serviços. As apreensões e insatisfações, naquele momento histórico, conduziram a indagações sobre o papel

³ Segundo Iamamoto (2012, p. 98), “os serviços sociais são uma expressão concreta dos direitos sociais do cidadão, embora sejam efetivamente dirigidos àqueles que participam do produto social por intermédio da cessão de seu trabalho, já que não dispõem do capital nem da propriedade da terra. São serviços a que têm direito todos os membros da sociedade na qualidade de cidadãos, mas são serviços que vêm suprir as necessidades daqueles cujo rendimento é insuficiente para ter acesso ao padrão médio de vida do ‘cidadão’; são, portanto, a esses efetivamente dirigidos e por eles consumidos predominantemente”.

⁴ Às vésperas do Estado Novo (1937-1945) o Serviço Social ingressou no Brasil, com a instalação da primeira escola brasileira de Serviço Social, fundada em São Paulo, em 1936, pelo Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), que dava assim cumprimento a uma de suas principais finalidades: difundir e intensificar a formação e ação social católica (MIGUEL, 2005, p. 20).

do Serviço Social “tradicional”, por meio do Movimento de Reconceituação,⁵ que demandou a revisão global, em vários níveis: teórico, metodológico, operativo e político.

Nesse contexto, pode-se afirmar que o Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina constituiu-se em uma expressão de ruptura com o Serviço Social tradicional, conservador; e, na possibilidade de uma nova identidade profissional, com ações voltadas às demandas da classe trabalhadora. Segundo Faleiros (1981, p. 133), passou-se a ter “uma visão política da interação e da intervenção”.

A renovação do Serviço Social no Brasil implicou a laicização da profissão. Constituiu-se um pluralismo teórico, político e ideológico, dissolvendo aos poucos a visão conservadora profissional, fortalecida pelo Estado, possibilitando, portanto, a constituição de uma intenção de ruptura com o conservadorismo profissional.

Na década de 1970, após o surgimento do movimento de renovação, a profissão se ampliou, estabeleceu proximidade com as ciências sociais e conexão com os movimentos sociais e também com o sindicalismo combativo. O assistente social intensificou seus questionamentos em referência à perspectiva técnico-burocrática, pelo fato de esta ser considerada um mecanismo de dominação de classe a serviço dos interesses do capital.

Durante o período de 1970 buscavam-se o reconhecimento da profissão e a qualificação da formação do curso de Serviço Social. A perspectiva modernizadora caracterizou-se como um dos posicionamentos adotados com a renovação do Serviço Social no país, caracterizando o esforço de adaptar a profissão às determinações advindas dos processos sociopolíticos emergentes. Conforme Netto (1990), o Serviço Social ajustou-se ao projeto de governo para atender aos interesses do “grande capital”. Nesse aspecto, o Serviço Social sempre foi considerado um mecanismo de interferência estabelecido, mediante um conjunto de métodos sociais, operacionalizados e aplicados às estratégias de desenvolvimento

⁵ O Movimento de Reconceituação, conhecido também como Reconceitualização do Serviço Social, surge, paulatinamente em toda a América Latina até a segunda metade de 1960, nos países com desigualdades sociais. Foi criado para dar resposta aos questionamentos da sociedade ao Serviço Social tradicional, e para atendimento das reais necessidades da América Latina, em confronto com governos imperialistas e capitalistas. “O movimento de reconceituação contribuiu fundamentalmente para deslocar o eixo de preocupação do Serviço Social da situação particular para uma relação geral [...] e de uma visão psicologizante e puramente interpessoal para uma visão política da interação e intervenção” (FALEIROS, 1981, p. 132).

capitalista.

Durante as décadas de 1960 e 1970, os movimentos populares urbanos fortaleceram-se por meio das Sociedades Amigos de Bairro (SABs) e pelas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), desencadeando reivindicações por saúde, educação, moradia e pelo voto direto.

A necessidade de mudança social culminou na perspectiva modernizadora do Serviço Social, que compôs o processo de renovação do Serviço Social e indicou a revisão de suas bases na busca de se adequar às tendências sociopolíticas sobre as quais a autocracia burguesa passou a ter domínio. As reflexões nessa perspectiva resultaram em importantes e significativos documentos para a profissão.

Durante os anos de 1967 até o final da década de 1970, o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS) promoveu seminários em Araxá-MG, Teresópolis-RJ e Sumaré-SP. O Seminário de Araxá-MG, ocorrido em 1967, tratou da teorização do Serviço Social, propondo o “rompimento” com as bases mais tradicionais da profissão. Nesse aspecto modernizador, alcançou, naquele instante, um direcionamento que estruturou e legitimou o papel e as atuações profissionais do Serviço Social. Buscou, ainda, a valorização e o aprimoramento das condições do ser humano, com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

No evento de Teresópolis-RJ, que ocorreu em janeiro de 1970, o intuito foi a cristalização da perspectiva modernizadora. O documento de Teresópolis veio expressar o pensamento do projeto autocrático burguês e suas instituições. A elaboração do documento teve aspectos distintos daquele de Araxá, pois o disposto em tal Seminário foi rejeitado pelos profissionais da área, que preferiram uma atividade diferenciada, o que resultou na inviabilidade da redação de um texto final condizente com os anseios dos profissionais da área.

O processo de luta e resistência ampliou-se e se aprofundou gradativamente, atraindo diversos atores que buscavam participação da sociedade civil organizada no interior do autoritarismo militar. Segundo Bravo (2011, p. 63), a partir de 1974, evidenciou-se a crise do “milagre econômico” brasileiro. E explica:

Seus efeitos sobre a população brasileira permitiram o reaparecimento, no cenário político, de forças sociais que lutavam para recuperar o espaço

vedado com o golpe militar, cabendo destacar o sindicalismo operário, aliado às categorias profissionais.

Os primeiros sinais de ruptura podem ser registrados pela experiência do Método BH, considerado um marco no processo histórico do Serviço Social brasileiro. O objetivo foi conquistar, por meio do Serviço Social, um viés coletivo, mobilizador, incentivando a estruturação social nas reivindicações dos interesses da classe trabalhadora. Netto (2005, p. 276) explica como o método BH se estruturou:

Para além da crítica ideológica, da denúncia epistemológica e metodológica e da recusa das práticas próprias do tradicionalismo, envolvendo todos estes passos, ele corou a sua ultrapassagem no desenho de um inteiro projeto profissional abrangente, oferecendo uma pauta paradigmática dedicada a dar conta inclusive do conjunto de suporte acadêmicos para a formação dos quadros técnicos e para a intervenção do Serviço Social.

No último seminário, o de Sumaré-SP, de 1978, o documento elaborado representou a quebra de paradigma que objetivou a reconceituação do Serviço Social, ao se criar uma metodologia, chamada de “cientificidade”, ou seja, um aprimoramento científico no trato dos fatos sociais. O Documento de Sumaré abrangeu a busca de novas concepções (cientificidade do Serviço Social), conhecimentos e teorias, fundadas em um entendimento de ser humano, de mundo e na elaboração de novos mecanismos que pudessem instrumentalizar uma atividade condizente ao novo posicionamento. As teorias abordadas para tal viabilidade foram: cientificismo, fenomenologia e dialética. Foi um projeto de ajuda psicossocial, quando a ditadura já começava a ruir, surgindo nesse contexto a psicologia social. Nesse período dos eventos realizados em Araxá, Teresópolis e Sumaré, o capitalismo se modernizou e alcançou uma nova feição, ao deixar de lado sua característica concorrencial para atingir sua fase monopolista, produzindo, dessa forma, significativos impactos na estrutura societária. Observa Netto (2011a, p. 20):

A constituição da organização monopólica obedeceu à urgência de viabilizar um objetivo primário: o acréscimo do controle dos mercados. Essa organização, na qual o sistema bancário e creditício tem o seu papel econômico-financeiro substantivamente redimensionado, comporta níveis e formas diferenciados que vão desde o “acordo de cavalheiros” à fusão de empresas, passando pelo *pool*, o cartel e o truste.

A construção da composição monopolista possibilitou seu objetivo

primordial, qual seja, inserir os lucros capitalistas por meio do controle dos mercados. Assim, a organização do monopólio da economia capitalista estabeleceu os preços das mercadorias e serviços e aumentou as taxas de lucros nos setores monopolizados, originando um subconsumo. Isso acarretou a diminuição da taxa de lucro de investimentos, criados pela concorrência, e a redução da utilização de mão de obra pela inovação tecnológica. Por fim, provocou a elevação do crescimento da taxa de trabalhadores industriais de reserva (NETTO, 2011a).

O conjunto dos anseios almejados em decorrência das lutas vividas pelos trabalhadores, nesse período, refletiu um avanço na construção da consciência de classe, com consequências também em diversas categorias profissionais, consideradas liberais, entre essas a de assistentes sociais. Acentuou-se, nessa época, a organização sindical da categoria, que se consolida com uma representação, reconhecida nacionalmente, a Comissão Executiva Nacional de Entidades Sindicais de Assistentes Sociais (CENEAS) criada em 1979, como mecanismo de articulação e mobilização nacional de suas entidades sindicais. E, nesse mesmo ano, ocorre o “Congresso da Virada”.

1.3 DO CONGRESSO DA VIRADA AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

Em 1979, o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido como “Congresso da Virada”, teve um significado ímpar para a profissão, no sentido de apontar e efetivar novos rumos ao Serviço Social brasileiro. O que demarcou sua importância, porém, foi a atitude de assistentes sociais em se rebelar contra suas próprias organizações, as quais eram conservadoras e atendiam, até então, aos interesses das classes dominantes.

A Comissão que planejou e organizou o Congresso instaurou o que chamou de Comissão de Honra, que homenagearia os líderes do regime militar no Brasil. Essa Comissão foi destituída e o Congresso decidiu homenagear trabalhadores que morreram e lutaram pelas liberdades democráticas (NETTO, 2009).

Seguindo a necessidade de mudança, o “Congresso da Virada”, de 1979, tornou-se um dos mais importantes marcos sócio-históricos e políticos do Serviço Social brasileiro, a partir do qual se iniciou a construção de um projeto profissional

de ruptura. Segundo Martinelli (2009), esse evento, com grande visibilidade política e alcance social, instituiu-se como solo fecundo, no qual foram lançadas as raízes de um PEPSS comprometido com a classe trabalhadora e com a construção de uma nova ordem societária.

O Congresso da Virada, ao viabilizar uma nova conexão de forças a partir de um compromisso coletivo com os trabalhadores, tornou-se referência central na trajetória da categoria brasileira de assistentes sociais. Sua estruturação supunha a aliança com os movimentos sociais organizados, no sentido de lutar contra a ditadura, pelo Estado democrático de direito, pelos direitos e pela luta popular, a luta de classe. O Congresso teve como parâmetro e marco primordial a ruptura do Serviço Social com o conservadorismo.

O conservadorismo profissional evidenciava a prática profissional dessa época, como ação profissional que intervinha na vida dos trabalhadores. Sua estrutura era voltada à atividade assistencial, por meio da integração de trabalhadores nas relações sociais vigentes, reforçando a mútua colaboração entre capital e trabalho (IAMAMOTO, 1992).

Os debatedores presentes no III CBAS decidiram por um direcionamento sociopolítico de um projeto profissional comprometido com a classe trabalhadora, estruturado conforme a reorganização político-sindical da categoria e voltado ao crescimento da mobilização e de lutas. Esse posicionamento garantiria conexões com as questões particulares da categoria, proporcionando-lhe representatividade e legitimidade.

Com base nesse Congresso, ocorreram grandes transformações e alterações ao que havia sido proposto, anteriormente, pelos próprios assistentes sociais, no que tange à atuação profissional e a um novo projeto ético-político da profissão, não mais embasado no conservadorismo, cujas ideias norteavam o Serviço Social tradicional. A categoria passou a se organizar na construção de um projeto profissional, articulado a um projeto social emancipatório, democrático e comprometido com os interesses da classe trabalhadora, e as bandeiras dos movimentos sociais.

O III CBAS demonstrou à conjuntura política brasileira os anseios democráticos, contidos e reprimidos no Serviço Social, que se tornou aliado das lutas abertas de resistência democrática, ao articular uma conexão da luta democrática com a luta anticapitalista. Dessa maneira, a ruptura com o monopólio

político conservador permitiu inferências que colaboraram, decisivamente, para o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil.

Na verificação da concentração e organização dos trabalhadores sociais latino-americanos e da participação de assistentes sociais brasileiros, nesta causa, é importante ressaltar o reconhecimento de que a composição latino-americana, com ações críticas, é uma articulação essencial para desafiar as políticas neoliberais. A compreensão é de que a estruturação do PEPSS nacional não deve ser aplicada somente no Brasil, mas abranger-se para toda a América Latina.

Com esse propósito, surgiram o Centro Latino-Americano de Trabalho Social (CELATS) e a Associação Latino-Americana de Escolas de Trabalho Social (ALAETS). A ALAETS busca fomentar a proximidade e a coordenação entre as Escolas, Universidades, associações, estudantes e professores do Serviço Social na América Latina, para estimular conexões de formação e cooperação em dimensões básicas de formação teórica e prática, visando também impulsionar uma aproximação da organização profissional de Serviço Social que existia em cada país. Além disso, trouxe ainda a necessidade de ter aliados acadêmicos por meio da disseminação da influência por parceria, resultando na criação do CELATS (MIGUEL, 2005).

Foi na perspectiva de consolidação de direitos e do processo democrático do país que surgiu no Brasil, na década de 1980, a chamada Constituição Cidadã. Com a Constituição Federal de 1988 houve uma ampliação na área dos direitos sociais e políticas sociais, cuja normatização abriu novas frentes para o exercício profissional, principalmente na área da seguridade social,⁶ em seu tripé saúde, previdência e assistência social, conferindo a essas políticas o *status* de política pública.

Uma das estruturas de consolidação da seguridade social é seu suporte na lógica do seguro social. Tal proteção garante direitos apenas ao trabalhador que está ativo no mercado de trabalho ou que colabora, mensalmente, como autônomo ou segurado especial à previdência social.

Boschetti (2006) aponta que, muito embora esses avanços na seguridade social tenham sido firmados na Constituição de 1988, ainda se apresentam como

⁶ Art. 194, da Constituição Federal: "A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social [...]" (BRASIL, 1988, p. 53).

políticas pouco eficientes no tocante à redução dos índices de pobreza e de desigualdade socioeconômica, persistentes no Brasil. As lutas democráticas em decorrência de direitos republicanos para a construção da Constituição Cidadã foram as mesmas lutas por um projeto profissional forte, hegemônico, emancipatório.

Com base no documento do CFESS (1993), é lutando contra a corrente do sistema capitalista que o PEPSS direciona-se em favor da equidade e da justiça social. A perspectiva é da universalização, ampliação, consolidação da cidadania, com vistas à garantia de direitos civis, sociais e políticos dos trabalhadores e de se socializar a participação política e a riqueza, socialmente produzida.

Com a elaboração de seu PEPSS, a categoria vai se mobilizar para as questões sociais e profissionais mais abrangentes, as quais trazem rebatimento para a prática profissional. Anteriormente, a categoria estava voltada para questões imediatas que, muitas vezes, não levavam em consideração as transformações socioeconômicas e políticas do país, efetuadas na sociedade e no Estado, que determinavam as condições desse exercício profissional.

Foi nas décadas de 1980 e 1990 que se consolidou a estruturação de um projeto profissional que se dispunha romper com o histórico de conservadorismo no Serviço Social brasileiro. Nesse período, mais precisamente em 1998, foi realizado, em Goiânia, o IX CBAS, cujo tema central – “Trabalho e Projeto Ético-Político Profissional” – constituiu-se em um evento com relevante participação de congressistas e de trabalhos apresentados, expressão do adensamento de referência acadêmica e técnico-profissional e do amadurecimento ético-político dos/as assistentes sociais (IAMAMOTO, 2004).

Com a elaboração de seu projeto profissional, hoje conhecido como PEPSS, os assistentes sociais passam a abordar as questões sociais e profissionais numa ótica mais ampla e sob o entendimento de que estas demandas trazem, substancialmente, consequências para a direção profissional, uma vez que aquele foi adotado pela maior parte da categoria.

Mesmo diante de um Estado mínimo para o social e máximo para o capital – da privatização dos bens públicos, da precarização das relações de trabalho e do acirramento da questão social –, o Serviço Social busca caminhar na direção de um projeto societário emancipatório, tendo como fundamento o PEPSS. lamamoto (2009, p. 19) explica:

Os/as assistentes sociais atuam nas manifestações mais contundentes da questão social, tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais de distintos segmentos das classes subalternas em suas relações com o bloco do poder e nas iniciativas coletivas pela conquista, efetivação e ampliação dos direitos de cidadania e nas correspondentes políticas públicas.

Vale destacar que as configurações da questão social vão repercutir, diretamente, no local de trabalho dos assistentes sociais, as quais se moldam pelo modo de vida e de trabalho de usuários de políticas sociais. Repercutem também nas novas configurações do mercado de trabalho dos/as assistentes sociais que, como partícipes da divisão sociotécnica do trabalho, sofrem os impactos das feições desse mercado. As práticas do trabalho profissional na sociedade não dependem somente da atuação do/a assistente social, mas do conjunto das relações, mecanismos e condições sociais por meio das quais ele se realiza. Nesse aspecto, lamamoto (2009, p. 24) afirma:

As condições que circunscrevem o trabalho do/a assistente social expressam a dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade. O exercício profissional é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e interesses sociais... Como a sociedade é atravessada por projetos sociais distintos, projetos de classe para a sociedade, tem-se um terreno sócio-histórico aberto à construção de projetos profissionais também diversos, indissociáveis dos projetos mais amplos de sociedade.

Neste contexto, para Braz (1999, p. 45-46), há elementos que colaboram para o processo de materialização do projeto, com base em três dimensões:

- a) Dimensão da produção de conhecimentos no interior do Serviço Social; é a esfera de sistematização das modalidades práticas da profissão, onde se apresentam os processos reflexivos do fazer profissional e especulativos e prospectivos em relação a ele. Esta dimensão investigativa da profissão tem como parâmetro a afinidade com as tendências teórico-críticas do pensamento social. Dessa forma, não cabem, no projeto ético-político contemporâneo, posturas conservadoras que estão presas aos pressupostos filosóficos, cujo horizonte é a manutenção da ordem.
- b) Dimensão político-organizativa da profissão: tanto dos fóruns de deliberação quanto das entidades representativas da profissão. Fundamentalmente, o conjunto CFESS/CRESS, a ABEPSS e as demais associações prático-profissionais, além do movimento estudantil representado pelo conjunto de CAs e DAs e pela ENESSO. É por meio dos fóruns consultivos e deliberativos destas entidades representativas que são tecidos os traços gerais do projeto, quando são reafirmados (ou não) determinados compromissos e princípios. Assim, subentende-se que o projeto ético-político (como uma projeção) pressupõe, em si mesmo, um espaço democrático, aberto, em construção e em permanente tensão e conflito. Esta constatação indica a coexistência de

diferentes concepções do pensamento crítico, ou seja, pluralismo de ideias no seu interior;

- c) Dimensão jurídico-política da profissão: é o aparato jurídico-político e institucional da profissão que envolve um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos consagrados no seio profissional. Há nessa dimensão duas esferas diferenciadas, porém articuladas, são elas: um aparato político jurídico de caráter estritamente profissional: e um aparato jurídico político de caráter mais abrangente. No primeiro caso, temos determinados componentes construídos e legitimados pela categoria, tais como o atual Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e as Diretrizes Curriculares. No segundo, temos o conjunto de leis advindas do capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988 que, embora não exclusivo da categoria, foi fruto de lutas que envolveram os assistentes sociais, por outro lado, faz parte do cotidiano profissional de tal forma que pode funcionar como instrumento viabilizador de direitos por meio das políticas sociais.

Essas dimensões constituem o eixo principal do PEPSS, cuja compreensão exige fundamentação teórica e política, bem como um aprimoramento intelectual contínuo, reflexão que extrapola o fazer em si mesmo e o imediatismo do cotidiano e dos espaços sócio-ocupacionais.

Segundo Netto e Braz (2006), o projeto profissional possui uma dimensão bem maior que sua materialidade no fazer profissional. É um projeto que enfrenta e resiste às ofensivas da política neoliberal. Essa luta é contínua, é anticapitalista, que questiona o modelo de sociedade vigente, a concentração da riqueza, socialmente produzida, e que se posiciona em favor da equidade e da justiça social.

Mesmo diante de contexto tão adverso às políticas sociais, nesta análise em particular, no caso da saúde pública, num contexto de aumento da pobreza, concentração da riqueza socialmente produzida, aumento do desemprego, de exploração do trabalhador pelo capital, de flexibilização do trabalho e privatização dos serviços públicos, o Serviço Social segue na contramão do sistema capitalista, na perspectiva de um projeto profissional crítico e em defesa de uma sociedade emancipada. Em face deste quadro, Mézáros (2013, p. 28) ainda explicita que:

A causa fundamental dos nossos problemas cada vez mais sérios não é a face inaceitável do capitalismo desregulamentado, mas sim a sua substância destrutiva. É aquela sustância opressora que deve resistir e anular todos os esforços destinados a restringir o sistema do capital, mesmo que minimamente.

As modificações da sociedade desencadeadas ao longo das décadas sob o domínio do capitalismo financeiro e da sua afirmação como sistema hegemônico

acentuaram os problemas, conflitos e as contradições sociais, principalmente na área da saúde pública brasileira, como se passa a estudar e analisar.

CAPÍTULO 2

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL

2.1 DA REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde passou a ser legalmente reconhecida como direito em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), conforme explicita:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (DECLARAÇÃO... 1948, p. 03).

Baseada na Declaração de Alma-Ata,⁷ saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental. A consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do setor da saúde, ação de muitos outros setores sociais e econômicos.

No Brasil, até a década de 1980, o direito à assistência em saúde era destinado somente aos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, o que contemplava apenas a parcela de contribuintes para a previdência social. A maioria da população era privada do acesso às ações de saúde, de modo que dependia da assistência prestada por instituições filantrópicas, que não supriam a demanda.

O início da assistência à saúde dos trabalhadores no Brasil se deu com a intervenção estatal, mais efetivamente na década de 1920. Nessa época, o médico Carlos Chagas assumiu o Departamento Nacional de Saúde, instalando programas sanitários como forma de prevenção das doenças. No mesmo contexto foi consolidada a Previdência Social, que vai absorver a assistência médica aos trabalhadores como uma de suas atribuições, decorrentes de contribuições com as

⁷ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma-Ata –, URSS, ocorrida em 6 de dezembro de 1978. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs. As primeiras CAPs surgiram dentro das empresas ferroviárias e, posteriormente, foram ampliadas aos portuários, marítimos e outras categorias, iniciando o sistema previdenciário no Brasil, como resposta das empresas e do governo às reivindicações operárias. A criação das CAPs ocorreu em 1923, com a Lei Eloy Chaves⁸ (COHN, 2010).

As mudanças que a sociedade brasileira conheceu na década de 1930 foram decorrentes do processo de industrialização e urbanização no Brasil, da redefinição do papel do Estado, do surgimento das políticas sociais e de outros resultados às reivindicações dos trabalhadores.

Os acontecimentos sociais, econômicos, culturais e políticos dessa década também proporcionaram o aparecimento das políticas sociais brasileiras, como as da saúde, cujas plataformas advinham da década anterior. Com o crescimento da urbanização, cresceram também as mazelas que caracterizaram a questão social naquele tempo. Nesse sentido, era imprescindível que o Estado trouxesse respostas políticas, especificamente para a situação precária na questão da saúde, higiene e habitação da população e da classe trabalhadora, que sofria com as condições insalubres de trabalho.

Ainda nesse contexto do governo do presidente Getúlio Vargas, promoveu-se uma reforma administrativa e constitucional. Período em que se criou o Ministério da Educação e Saúde, com a atribuição de coordenar as ações de saúde pública. Também se deu a vinculação dos sindicatos ao Estado, exigindo-se pagamento de contribuição sindical por parte dos empregados sindicalizados (AGUIAR, 2011). O Estado, como administrador das relações entre capital e trabalho, instituiu o salário mínimo, que possibilitou o acúmulo de capital suficiente ao investimento na infraestrutura, demandada pela industrialização. No início da década de 1940 foram decretadas as leis trabalhistas, instituindo uma relação contratual entre capital e trabalho (AGUIAR, 2011).

A expansão da indústria ocorreu nas condições precárias de trabalho, crescendo os riscos e os problemas de saúde dos trabalhadores desse setor, que não possuíam moradia e saneamento adequados. Dessa maneira, aos problemas de saúde da população foram acrescentados outros, decorrentes da inserção no

⁸ A Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias. Após a promulgação dessa lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social (MARTINS, 2002).

processo produtivo industrial e das condições deficientes no modo de viver.

Contudo, as medidas tomadas encaminhavam-se no sentido de conservar a força de trabalho propício à produção, valendo-se da assistência médica associada à Previdência Social, que a partir de 1933 transformou as CAPs em Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. Nesse momento, a gestão dos Institutos passou gradativamente para o controle do Estado. Explica Cohn (2010, p. 16):

Acompanhando as profundas transformações da sociedade brasileira nesse período, sobretudo os processos de acelerada industrialização e urbanização, os serviços previdenciários de saúde vão progressivamente sendo pressionados pela demanda dos trabalhadores assalariados urbanos.

O presidente Vargas foi deposto por um golpe militar em 1945, momento este em que houve um retomo ao processo de redemocratização do país, com eleições para presidente e para a Assembleia Constituinte. A esse período seguiram-se a consolidação do populismo nacionalista, o pluripartidarismo de âmbito nacional e uma crescente efervescência social.

No período de 1946 a 1951, governou o país Eurico Gaspar Dutra, quando se criou o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). O historiador Fausto (1996) assinala que o Plano SALTE inseriu a formulação indicativa para o setor privado e o consentimento de linhas especiais de crédito, criando o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, atual Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), como normatizador e regulador desse processo.

O presidente Getúlio Vargas, que em 1951 havia sido destituído do cargo, retorna ao poder por meio de eleições indiretas. Consolidou o populismo pela prática de contato direto com as massas populares. Ainda, em seu governo, foi criado o Ministério da Saúde, desvinculado da área da educação (AGUIAR, 2011).

Cohn (2010, p. 16) fala sobre esse período:

Marca o início de um processo acelerado de aprofundamento das dicotomias entre atenção médica curativa e medicina preventiva de caráter coletivo, acompanhada da dicotomia entre serviços públicos e privados de saúde.

A partir do ano de 1956, o país foi presidido por Juscelino Kubitschek, por

meio da Coligação Nacional-Desenvolvimentista, que promoveu transformações econômicas com apoio do capital internacional e colocou em ação o Plano de Metas,⁹ que previu a construção da nova capital federal, Brasília. No que diz respeito à saúde pública, esse Plano resultou em tímidas conquistas. Da parte dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), encorajou-se o modelo de assistência médica curativa aos seus associados, na perspectiva de manutenção do trabalhador saudável para a produção (JACOBI, 2010).

No âmbito da saúde, instituiu-se, de forma gradual e intensa, um sistema de saúde caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que visava somente à mercantilização da saúde. Nesse sentido, em 1966, foi estimulada a unificação dos IAPs, com a fundação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social – INPS –, subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, com responsabilidade pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares (COHN, 2010). Nesse sentido, Jacobi (2010, p. 16) afirma:

Dadas, porém, a importância da presença da previdência social aos serviços de saúde, e sua opção pela compra dos serviços privados – seja sob a forma de credenciamento ou sob a forma de convênios – associada a um decrescente gasto do orçamento da União com o setor, cristaliza-se nessa mesma década o setor privado de prestação de serviços médicos. [...] Em contraposição, a rede pública de serviços passa a sofrer um acentuado processo de sucateamento, fruto da sua não prioridade no interior das políticas de saúde, e destas no interior das diretrizes políticas gerais do país.

Ressalta-se que a assistência médica previdenciária era prestada, particularmente, pelos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços próprios dos Institutos, transcorrendo-se, a partir de então, a contratação dos serviços privados de saúde. Desse modo, o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social – INPS – passou a ser o grande cliente dos serviços privados de saúde, incentivando-se um modelo de organização da prática médica pela objetivação do lucro (BRAVO, 2011).

⁹ O Programa de Metas, elaborado para o período que vai de 1956 a 1961, pressupôs a existência de pontos de estrangulamento e estabeleceu objetivos globais e setoriais no intuito de romper os segmentos estrangulados, por meio de uma ação conjunta com o setor privado. Os programas apresentados ao setor privado não tiveram como ser cumpridos, em virtude de vários motivos, e o governo passou a interferir de maneira mais direta na economia, mantendo o controle sobre faixas de decisão privada. Nesse instante, podemos notar uma maior participação do Estado na economia brasileira (FAUSTO, 1996, p. 304).

Em 1974, o sistema previdenciário foi separado do Ministério do Trabalho, passando a se constituir Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Conjuntamente com a instituição do MPAS foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS –, cujos recursos eram reservados ao financiamento da construção de novos hospitais. Esse Ministério criou o Plano de Pronta Ação – PPA¹⁰ (AGUIAR, 2011).

O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS – foi instituído em 1977, com os seguintes órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social – INPS –, voltado para o pagamento de benefícios aos segurados; pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS –, com a atribuição de prestação de assistência médica individual e curativa, por meio dos serviços privados, contratados e associados aos trabalhadores urbanos e rurais; Legião Brasileira de Assistência – LBA; Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – DATAPREV; pela Central de Medicamentos – CEME (NUNES, 2011).

Intensificou-se nesse processo a luta pela redemocratização do país, com o advento da Lei da Anistia,¹¹ datada de 1979, que previu o direito de retorno ao Brasil dos exilados e condenados por crimes políticos.

Em 1979, ano do “Congresso da Virada” do Serviço Social, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados realizou o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde. Nessa ocasião editou-se documento histórico do CEBES,¹² abordando a questão democrática na área da saúde. Segundo Bravo (2011), ao longo das dez medidas recomendadas pelo documento, a terceira medida tratava sobre a criação de “um Sistema Único de Saúde”; a quarta, do dever do Estado “pela administração desse sistema”; a quinta, a “incumbência ao SUS da ação de planificar e executar uma política nacional de saúde”; e a sexta, “de criar mecanismos eficazes de

¹⁰ O Plano de Pronta Ação – PPA – consistiu em uma medida para a viabilização da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde (BAPTISTA, 2007, p. 44).

¹¹ A luta pela anistia política visava, sobretudo, ao reconhecimento dos direitos políticos e de expressão e que permitia a volta ao país de milhares de exilados. Além daqueles que cometeram crime político, foram anistiados, dentre outros: os empregados de empresas privadas, demitidos e destituídos de seus cargos por motivo de participação em greve ou em outros movimentos contestatórios; aqueles que, em razão de estarem na prisão ou no exílio, não cumpriram serviço militar; dirigentes e representantes sindicais, assim como servidores públicos e militares (GONÇALVES, 2008, p. 38).

¹² Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, criado em julho de 1976. Por meio da *Revista Saúde em Debate* mantinha um espaço de divulgação dos problemas de saúde brasileira, da crítica e propostas para reformas do sistema de saúde (BRAVO, 2011, p. 94).

financiamento do sistema de maneira a não sobrecarregar a população com a criação de novos impostos para subsidiar esse novo sistema”. A discussão-alvo foi a visão pública da saúde *versus* a privada, delimitando o papel de cada instância.

O Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP –, criado em 1981, com conexão ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS –, tinha em sua estrutura a proposta de mudança do modelo assistencial. A partir do CONASP, ocorreu a criação, em 1983, do Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS¹³ (COHN, 2010).

À medida que crescia a participação popular, fortaleceram-se os sindicatos e a oposição política, acarretando, no ano de 1984, o surgimento do “Movimento das Diretas Já”.

Os candidatos que concorreram à eleição para presidente da República foram Tancredo Neves e Paulo Maluf. O candidato Tancredo Neves foi eleito, porém veio a falecer sem ter tomado posse. O seu vice, Sarney, assumiu dando início à chamada Nova República. Nesse período, foram alcançadas novas conquistas por meio do Movimento da Reforma Sanitária, com a contribuição de alguns parlamentares, movimentos de saúde, trabalhadores da saúde, acadêmicos, e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO.¹⁴ Com as entidades desse diversos segmentos organizados registrou-se uma politização crescente na divulgação de conhecimentos, com críticas e experiências modernizadoras no campo da saúde e orientações de articulação da sociedade para as transformações na área sanitária (AGUIAR, 2011).

O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil almejava um projeto estruturado na perspectiva de mudanças substantivas do sistema de saúde, caracterizado pela assistência médica curativa, intensamente associada ao setor privado e lucrativo, altamente excludente, pouco resolutivo e dispendioso. O Projeto da Reforma Sanitária buscava o oposto, ou seja, visava à criação de um sistema único de saúde estatal, resolutivo e de qualidade. Vasconcelos avalia (2003, p. 76):

¹³ O 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 (AGUIAR, 2011, p. 34).

¹⁴ A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, criada em 1979, atuava na formação de profissionais com ênfase na saúde coletiva e articulação com a sociedade organizada e o poder público para a reorganização das políticas públicas de saúde (AGUIAR, 2011, p. 35).

A Reforma Sanitária sustentou-se na ampla crítica à concepção de saúde, vigente até então, restrita à dimensão biológica e individual, como também na afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e da prática médica, tendo a determinação social da doença como fundamento para se pensar o processo de trabalho em saúde.

A defesa do Projeto da Reforma Sanitária era conduzida pelo Movimento Sanitário, que agregava sanitaristas empenhados na luta pelas modificações do sistema de saúde. Todos buscavam eliminar ou diminuir as condições precárias de vida da população, contra as perversidades do sistema de saúde e pelo reconhecimento da saúde como direito social a ser garantido pelo Estado.

O projeto de Reforma Sanitária, cujo esboço e conteúdo firmaram-se, paulatinamente, ao longo do tempo, indicava as transformações da relação entre Estado e a população, com notória defesa da participação social de maneira institucionalizada nos caminhos da política de saúde e pela construção da cidadania.

Mendes (1995, p. 42), assim define a Reforma Sanitária:

Como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade [...] criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Diante do descontentamento da população que necessitava dos serviços da Política de Saúde, os movimentos sociais, fortalecidos pela ampla manifestação popular, buscaram denunciar as condições precárias dessa política pública e dos serviços previdenciários de cunho médico. Com a ampliação dos movimentos, foram criadas as bases da organização do Movimento da Reforma Sanitária por uma proposta de mudança da concepção e da prática de assistência à saúde.

A expressão Reforma Sanitária foi usada para se referir ao conjunto de ideias voltadas para o alcance das mudanças e transformações no âmbito da saúde. Tais mudanças não abrangiam somente o sistema, mas toda a área da saúde, fortalecida pelo movimento da Reforma Sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária teve, como lideranças, intelectuais, trabalhadores da saúde e lideranças políticas do campo da saúde, que já possuíam uma carreira no setor da saúde e desempenharam um papel de destaque na

oposição ao regime militar, entre os quais Antônio Sérgio da Silva Arouca.¹⁵ As propostas e articulações da Reforma Sanitária desencadearam as diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, regionalização (ESCOREL, 2008).

A peculiaridade essencial da Reforma Sanitária brasileira está no fato de ter sido coordenada pela sociedade civil. A saúde assume uma dimensão política vinculada à democracia. Tratar da Reforma Sanitária não significa só abordar sobre a Reforma Administrativa, nem falar em um momento, em um contexto específico, mas sim analisar um sistema que busca proporcionar a solução do panorama sanitário do país.

O Projeto da Reforma Sanitária expressa o reconhecimento da garantia e acesso do cidadão à saúde e o dever do Estado em suprir os meios necessários para esse acesso. O que acarreta o desenvolvimento de um novo padrão institucional de serviços descentralizados, hierarquizados e sob comando único, sustentados por novos modelos de financiamento, temas que tiveram impactos nas Conferências de Saúde subsequentes, principalmente na VIII Conferência Nacional de Saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília no ano de 1986, com a colaboração expressiva de vários atores sociais, representantes dos diferentes movimentos sociais, movimentos populares de saúde, trabalhadores, usuários da saúde, trabalhadores de universidades, estudantes e intelectuais da saúde, parlamentares, sindicatos, entre outros segmentos. Na Conferência ocorreram debates sobre os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária (BRAVO, 2011).

Destacam-se nessa Conferência: a definição ampliada de saúde; o reconhecimento da saúde como garantia de todos e obrigação do Estado; a criação do Sistema Único de Saúde – SUS; a descentralização e hierarquização dos serviços; concentração voltada integralmente às necessidades de saúde da sociedade e à participação popular. Como consequência dessa Conferência, foi

¹⁵ Antônio Sérgio da Silva Arouca, conhecido apenas como Sérgio Arouca, nasceu na cidade de Ribeirão Preto-SP em 1941. Foi um médico-sanitarista e político brasileiro. Destacou-se pela contribuição decisiva para a melhoria das condições de saúde da população. Considerava Saúde não só como assistência médica, mas também como uma série de condições para que a população não adoecia – reforma agrária, educação, lazer, liberdade, condições de habitação dignas, transporte etc. Sérgio Arouca fez uma leitura cultural e antropológica dos problemas da saúde do povo brasileiro. Trabalhou sempre com a saúde preventiva, mais voltada para o bem-estar das pessoas que para a doença propriamente dita. Saúde, na sua militância sanitarista, estava ligada ao trabalho, saneamento, lazer e cultura (DOMINGUES, 2013).

criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária para o envio das propostas debatidas à Assembleia Nacional Constituinte e sua anotação na nova Constituição do Brasil (BRAVO, 2011).

Este evento representou, incontestavelmente, um marco histórico na saúde brasileira, pois inseriu a sociedade no palco dos debates da saúde. As reflexões resultaram em fóruns específicos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO – e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. O CEBES revelava as iniquidades sociais e a dimensão perversa da assistência à saúde, enquanto exigia a retomada da democratização do país e da saúde. Juntamente com o CEBES, a ABRASCO passou a ser uma das entidades mais influentes e participativas na luta pela redemocratização da saúde e do país (AGUIAR, 2011).

A VIII Conferência Nacional de Saúde proporcionou visibilidade à proposta de mudança do modelo de assistência à saúde, o qual estabelecia um “Estado democrático e de direito”, buscando extinguir a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços prestados. Durante a Conferência foi discutida a situação de saúde do Brasil e aprovaram-se mudanças significativas, objetivando o acesso à saúde, universal e equitativa e prestada de maneira democrática. Bravo analisa (2011, p. 111):

Essa conferência representou inegavelmente um marco, pois introduziu a sociedade no cenário da discussão da saúde. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da saúde transbordou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

No Brasil, a transformação da estrutura e das ações institucionais foi feita por meio de diversas medidas. Buscaram-se o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento, bem como a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços em âmbito local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS –, em 1987.

O Sistema Único de Saúde – SUS –, aprovado em 1988, absorveu a maioria das propostas elaboradas pelo movimento da Reforma Sanitária, externadas

por emendas populares em associação à participação dos segmentos organizados. Contudo, a criação do SUS não ocorreu de modo consensual, pois surgiram tensões e conflitos entre os que defendiam os interesses privatistas e os que lutavam pela saúde pública e estatal.

A admissão do SUS, com os princípios e as diretrizes agregadas à Reforma Sanitária, indicou uma grande conquista da população. A sua inscrição na nova Constituição reverenciou as proposições da sociedade civil organizada, absorvendo mudanças no papel do Estado e modificando de maneira significativa a estrutura jurídico-institucional do sistema público de saúde nacional.

Ao se orientar por uma junção de princípios e diretrizes, válidos para todo o país, o SUS é constituído pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, direcionados às organizações públicas de saúde de abrangência municipal, estadual e federal, além dos serviços privados em caráter complementar.

Em virtude do novo conceito e entendimento de saúde, expresso na Constituição brasileira de 1988, compreende-se que os níveis de saúde da população demonstram a organização social e econômica do país. Além disso, demonstram que os indicadores de saúde da sociedade devem servir de norte para determinar o ritmo de desenvolvimento do país e a real situação de saúde e bem-estar da população.

Em contraposição ao processo pelo qual o Brasil passava, foram impostas à população, nesse ínterim, elevadas taxas de inflação e grande influência do ideário neoliberal na conjuntura internacional. Nesse sentido, Behring (2009, p. 24) afirma:

A fórmula neoliberal para sair da crise pode ser resumida em algumas proposições básicas: 1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa natural do desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos.

No governo do presidente Fernando Collor (1990-1992), afastado após aprovação do Impeachment,¹⁶ os recursos para as políticas sociais foram reduzidos,

¹⁶ *Impeachment* é um processo de natureza política destinado a apurar e punir condutas antiéticas graves, instaurado, processado e julgado por órgão parlamentar, contra um agente estatal de alto

entre eles os da saúde. Essas medidas contrariaram o cenário da política pública do SUS, que surgiu já com dificuldades para enfrentar o caos sofrido pelo país e a falta de confiança popular em relação à política de saúde e ao Estado brasileiro (VASCONCELOS, 2003).

2.2 DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE AO RECONHECIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO DA ÁREA

A inserção de assistentes sociais no contexto da saúde pública compreende a defesa do Projeto da Reforma Sanitária e a articulação com o movimento de trabalhadores e usuários que lutam pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Assim sendo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, reconheceu a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, entre outras profissões. Nesse sentido, o Conselho ressaltou a relevância da ação interdisciplinar, realizada pelos diferentes profissionais no âmbito da saúde.

Ao reafirmar a importância desse reconhecimento, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), por meio da Resolução nº 383, de 29 de março de 1999, define o assistente social como profissional de saúde. Sua atuação, nessa área, deve se dar na concepção interdisciplinar, buscando garantir o atendimento das necessidades da população usuária, no que diz respeito aos seus interesses e à prestação de serviços. Diz a Resolução:

Atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde. Considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde, resolve caracterizar o assistente social profissional de saúde (CFESS, 1999, p. 02).

O assistente social, no seu trabalho, contribui para o atendimento das necessidades imediatas da sociedade, além de favorecer o acesso às informações e medidas educativas para que a saúde possa ser compreendida como um processo

nível, para impedi-lo de continuar na função pública, mediante sua remoção do cargo ou função atual e inabilitação para o exercício de qualquer outro cargo ou função por um certo tempo (FERREIRA FILHO, 2006, p. 165).

histórico-social e da demanda das relações sociais, econômicas e políticas da população brasileira.

Para contribuir com as discussões acerca da prática profissional, a partir de uma concepção crítica da realidade, o Conselho Federal de Serviço Social e os Conselhos Regionais de Serviço Social – conjunto CFESS/CRESS – construíram, junto à categoria de profissionais, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS – Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde, 2009). Os parâmetros propõem:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 1999, p. 30).

Como respaldo ao projeto da Reforma Sanitária, denotam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, aperfeiçoamento dos serviços com admissão de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equivalência das ações e conferências de saúde. Seu princípio fundamental consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado.

Após a criação do SUS, na Constituição Federal de 1988, sua natureza, estrutura, funcionamento e seus recursos foram previstos legalmente por meio da Lei Orgânica da Saúde – LOS –, Lei 8.080/90, e da Lei 8.142/90, que trata dos requisitos para promoção do controle social democrático.

O SUS foi regulamentado pelo Artigo 4º da Lei 8.080/90, que explicita que o SUS é o conjunto das ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Conforme essa lei, a saúde é compreendida como uma garantia fundamental do ser humano. É incumbência do Estado assegurar as condições necessárias ao seu pleno exercício e gozo, por meio de políticas sociais e econômicas que objetivam a redução de riscos de doenças e de outros agravos, além de assegurar condições que permitam o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Lei 8.142/90 dispõe ainda sobre a participação da população na administração do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Estabeleceu-se assim um significativo espaço público de controle social, por intermédio da participação da população nas conferências e nos conselhos de saúde.

A área da saúde foi precursora no desenvolvimento referente ao controle social, por meio dos movimentos sociais, com intelectuais e outros atores sociais que acreditavam em outro projeto para a saúde da população brasileira, sob a responsabilidade estatal. Sobre a participação da sociedade civil, Gramsci (2000, p. 244) aponta:

O Estado abrange a sociedade política e a sociedade civil, para manter a hegemonia de uma determinada classe sobre a outra. A sociedade civil expressa a luta, os conflitos e articula, contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais. E, para manter o consenso, o Estado incorpora demandas das classes subalternas.

A sociedade civil não é homogênea, pois é um espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas da sociedade civil não são contra o Estado, mas em desfavor de setores que representam os interesses do capital e do trabalho (ou do desdobramento dessa contradição, como a exclusão de gênero, etnia, religião, a defesa de direitos, da preservação do meio ambiente entre outras lutas específicas) na sociedade civil e no Estado em busca de hegemonia.

Foi por meio das lutas dos movimentos sociais que a população brasileira conquistou direitos garantidos constitucionalmente. A Constituição de 1988 contemplou a saúde como um direito social e dever do Estado, visando à estruturação do SUS de caráter universal no acesso igualitário, no atendimento assistencial e justo e nos provimentos de recursos. O texto constitucional sobre a saúde preceitua:

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 (BRASIL, 1988, p. 53).

Destarte, é por meio da promulgação da Constituição de 1988 que se assenta um paradigma único e nacional de dedicação e cuidado à saúde, que

favorece os serviços de saúde pública e previdenciária, além dos serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio.

A Constituição traz a proposta da Seguridade Social, declarada como avanço no aspecto de abrangência de política social. O formato de proteção brasileira é decorrente de lutas e reivindicações da sociedade, inseridas pela Constituição da República de 1988, que agrupa saúde, previdência e assistência social. Conforme preconiza o texto constitucional em seu Capítulo I:

Art. 193: A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e as justiças sociais.

Art. 194: A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988, p. 58).

Esse reconhecimento constitucional faz parte das conquistas de atores que buscavam a garantia também de outros direitos republicanos, como: a cidadania; a dignidade da pessoa humana; os valores sociais do trabalho; a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais e regionais e a prevalência dos direitos humanos, todos assegurados na Carta Constitucional do país, embora não efetivados em sua plenitude.

Os sistemas de proteção social, para Mota (2009), são executados em decorrência de ações assistenciais, voltadas para os incapazes de prover o seu sustento por meio de sua força de trabalho, para proteger e cobrir os riscos do trabalho desenvolvido, nos casos de moléstias, acidentes, invalidez e desemprego temporário, e para manutenção da renda do trabalhador, seja por velhice, morte, suspensão definitiva ou temporária da atividade laborativa. O trabalho, suas condições e relações têm respaldo na constituição dos sistemas de seguridade social. Assim, as políticas de proteção social são estruturadas por princípios e valores da sociedade salarial.

Desse modo, os trabalhadores buscam, por meio de acordos coletivos, a garantia de efetivação dos direitos referentes à saúde, à previdência e à assistência social, como parte de seus contratos de trabalho. Novos mecanismos de consenso são estimulados, tais como: a descentralização, as parcerias e a participação indiferenciada das classes, que se juntam à focalização e à responsabilização individual (MOTA, 2009).

Assim, Mota (2009) entende que o principal imperativo ético da seguridade seria a construção de uma ordem política baseada no reconhecimento da igualdade, da diversidade e da liberdade dos indivíduos. Para isso, é preciso enfrentar desigualdades e iniquidades do sistema capitalista.

O funcionamento do SUS, desde 1990, conduz-se por meio das Normas Operacionais Básicas – NOB – e da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS –, que foram instituídas pelo Ministério da Saúde, com respaldo nos acordos entre administradores e gestores do SUS nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990a).

No ano de 1993, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS – foi extinto. Para os participantes do Movimento da Reforma Sanitária, o INAMPS era tido como uma política contrária ao SUS, pois possuía uma perspectiva voltada somente à assistência médica, e não na perspectiva abrangente da saúde e na seguridade social (AGUIAR, 2011).

Na concepção de Bravo (2011), dois projetos da saúde convivem em constante disputa: o Projeto da Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado privatista e hegemônico. O Projeto da Reforma Sanitária teve como objetivo materializar o SUS e foi fruto de conflitos e mobilizações de profissionais da saúde, empenhados na sua efetivação. Trata-se da estruturação do Movimento da Reforma Sanitária que mobilizou movimentos sociais, intelectuais na luta contra a ditadura, visando à mudança do modelo médico-assistencial privatista para um Sistema Único de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. Nessa perspectiva, Correia (2009, p. 116) expõe:

A sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternas na busca da “direção político-ideológica”.

O Serviço Social, como profissão histórica e socialmente determinada, sofreu consideráveis alterações que conheceram censuras na prática do/a assistente social em inúmeras áreas, como na saúde, com novas reivindicações oriundas dessa política e da reorganização institucional do setor, dos movimentos sociais e do cenário em questão. Essas transformações foram ocorrendo associadas às transformações vividas pelo país, da ditadura à transição política (BRAVO, 2011).

O contexto sócio-histórico de emergência do Serviço Social na saúde, e nas demais políticas sociais, em virtude das mazelas da questão social na sociedade capitalista, sob a égide das políticas neoliberais, apresenta as condições que levaram à constante tensão vivida por esse profissional. Ele atende aos interesses do capital e, concomitantemente, ao usuário das políticas públicas nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, entre eles a saúde.

Conforme Netto (2006), a profissão de Serviço Social é tida pelo Estado como resposta à necessidade de controle do equilíbrio da força de trabalho e de legitimação da instância estatal como força garantidora da propagação do modelo de reprodução capitalista.

Nos serviços de saúde, a requisição de assistentes sociais no mercado de trabalho voltados a produzir serviços para a sociedade está articulada e vinculada à identificação social da profissão. O Serviço Social também se insere no aglomerado de necessidades que se moldam e se redefinem por meio das situações históricas sob as quais a saúde pública se aprimorou para atender às demandas da população.

Ao suprir as necessidades imediatas e mediatas da sociedade, os/as assistentes sociais na saúde intervêm e elaboram um arcabouço de dispositivos que incidem sobre as contradições do sistema de saúde. O objetivo dos/as assistentes sociais, na esfera da saúde, também é contribuir com o alcance do elo perdido, rompido pela burocratização das atividades, tanto internamente, entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto externamente, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais (CORREIA, 2009).

2.3 OBJETIVAÇÕES DE RUPTURAS DO SERVIÇO SOCIAL NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO

A década de 1980 contribuiu, fundamentalmente, na definição de rumos para o Serviço Social brasileiro na construção de um projeto profissional crítico, discutido e coletivamente fortalecido no processo histórico, em conformidade com a luta geral da classe trabalhadora e dos movimentos sociais.

Para Yamamoto e Carvalho (2012, p. 102),

[os] movimentos sociais autônomos constituem a forma politicamente legítima de organização e mobilização dos trabalhadores, como meio de expressão e enfrentamento coletivo de suas necessidades e interesses de classe no cenário político.

A vontade de romper com o Serviço Social “tradicional” colaborou para a formação de espaços de debates entre os/as assistentes sociais, culminando com reflexões realizadas nos inúmeros congressos nacionais, periódicos da categoria, que balizam as concepções dos que buscaram a ética voltada às transformações sociais.

A luta para a construção e consolidação do projeto profissional do Serviço Social vem ocorrendo com severa crítica ao conservadorismo, iniciada com o Movimento de Reconceituação e efetivado no Congresso da Virada, num cenário de reinserção política dos movimentos sociais e populares. O projeto tem como uma de suas características pensar a profissão no contexto histórico no sentido de articular e estabelecer estratégias na luta e defesa de valores e princípios de uma nova ética, comprometida com a emancipação humana.

No âmbito do processo democrático brasileiro, almeja-se romper com a ética da neutralidade e com o tradicionalismo existente na perspectiva positivista/funcionalista.

Segundo Barroco (2007), a ética realiza sua natureza de atividade propiciadora de uma relação consciente com o humano-genérico quando consegue apreender, criticamente, os fundamentos dos conflitos morais e desvelar o sentido e as determinações de suas formas alienadas. Desse modo, é necessário ter conhecimento da situação para agir com reflexão e relacionar de maneira crítica os conhecimentos adquiridos. Nesse sentido, a ética contribui para o profissional agir de forma construtiva na perspectiva de emancipação humana.

Posto que foi criada e estabelecida para servir aos interesses do capital, a profissão do assistente social faz autocrítica de sua caminhada e se coloca também à disposição de uma atividade alternativa àquela para a qual foi chamada a intervir. Sendo assim, contribuiu com os movimentos sociais, como meio de manifestação e luta coletiva de seus interesses de classe no âmbito político, fortalecendo o processo de intenção de ruptura com o conservadorismo no Serviço Social.

O PEPSS surgiu de maneira organizada e articulada na década de 1980. Foi no âmbito do processo de redemocratização da sociedade civil brasileira, de

reorganização política dos movimentos sociais e sob a ótica de uma nova postura ética, novos critérios de valores teóricos e a reestruturação dos referenciais direcionados à formação do profissional. Iamamoto (2011, p. 141) argumenta: “A consolidação do PEPSS que vem sendo construído requer remar na contracorrente, andar no contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos e das marés na vida em sociedade”.

A construção de um novo projeto para o Serviço Social exige, também, a defesa de um projeto societário emancipatório. A construção dos fundamentos do PEPSS foi marcada, portanto, pela recusa e pela crítica ao conservadorismo profissional, conforme assinala Netto (1999, p. 104):

O Projeto Ético-Político tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central, a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. A partir destas escolhas que o fundam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional.

Sob a ótica da construção de estratégias para sua execução e viabilização, o PEPSS registrou claramente a articulação profissional com os movimentos sociais, e também com as lutas das entidades de outras categorias profissionais que comunguem com esses princípios e com a luta geral dos trabalhadores, no sentido de juntar-se aos movimentos coletivos, ocupar e estruturar os espaços públicos com vistas a fortalecer a democracia participativa e o controle social-democrático.

Esse movimento da categoria, em decorrência do projeto profissional, teve significativa expressão na formação, na sistematização, na reflexão crítica às práticas profissionais e na produção de conhecimentos na área. O Serviço Social vinculou o projeto da profissão à luta por uma sociedade emancipada, livre de toda forma de exploração, visando à construção de um horizonte social para além do modo de produção capitalista.

Nesse processo de formação do Serviço Social brasileiro surgiu a necessidade de gestão de um projeto profissional empenhado com a democracia, com os direitos humanos e sociais que são frutos da luta histórica entre classes, da

disputa entre diferentes projetos societários, com as políticas públicas e com a construção da cidadania. Observa Netto (2009, p. 190):

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício profissional.

Os projetos profissionais são pensados por sujeitos coletivos, incluindo não só os profissionais da categoria, mas também o conjunto dos sujeitos que imprimem efetividade à profissão. No caso do Serviço Social brasileiro, esse conjunto envolve o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), a Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO), sindicatos e as demais associações de assistentes sociais.

Em busca da consolidação de uma direção social e política estratégica, o projeto visou à articulação com os segmentos de outras categorias profissionais que partilhem de propostas afins e com os movimentos sociais que lutam pela emancipação, fortalecimento e organização da classe dos trabalhadores. Sobre o projeto profissional do Serviço Social, Netto (2004, p. 05) ressalta:

Esse projeto profissional conquistou hegemonia, na primeira metade da década de 1990, expressa, notadamente, em três níveis: na produção do conhecimento, nos marcos legais, e na organização política. Esse processo foi articulado pela vontade político-organizativa de segmentos profissionais numa definida direção social estratégica, que apontava a necessidade de alianças com o movimento democrático e popular, nas suas lutas contra o projeto neoliberal.

O projeto de formação profissional do Serviço Social definiu-se, no Brasil, mediante uma intenção de ruptura, em decorrência de uma política governamental impulsionada e regulada por organismos multilaterais de estímulo e financiamento, incidindo de forma contundente nos espaços de formação profissional.

O PEPSS tem seus valores e princípios elencados no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662, de 7 de junho de 1993), que dispõe sobre a profissão do assistente social, e nas Diretrizes Curriculares que sustentam a fundamentação teórica e política da formação e do exercício profissional. As diretrizes articulam um conjunto de conhecimentos e habilidades necessários à qualificação profissional, além de buscar ultrapassar a

visão tradicional do currículo centrado em disciplinas, ao buscar também fortalecer a participação do estudante na dinâmica da vida social acadêmica (CFESS, 1993).

O Código de Ética-Profissional do Assistente Social, aprovado em 1993, demonstrou o acúmulo teórico-prático adquirido pela profissão, por meio da negação da base filosófica tradicional e conservadora, e pela busca de uma nova ética que representasse a vontade coletiva, com a intenção de superar uma visão acrítica. Nesse sentido, Barroco e Terra (2012, p. 36) assinalam que:

A compreensão dos limites e das possibilidades da ética profissional demanda uma reflexão fundamentada e politicamente engajada. O conhecimento e a aceitação do Código de Ética não garantem, por si só, a objetivação da ética profissional, pois ela decorre de uma série de condicionantes profissionais e conjunturais que extrapolam o código e a intenção dos agentes, tomados individualmente.

O Código de Ética é um instrumento importante para a profissão. Trata-se de um dos suportes teórico-práticos que alicerçam a ética profissional, propiciando a materialização dos direitos da classe trabalhadora na direção ético-política do projeto profissional. Nesse sentido, a ética pode ser pensada como pressuposto teórico-político que remete ao fazer profissional, às bases necessárias e fundamentadas, teoricamente, diante das demandas apresentadas pela profissão.

O Código de Ética se estrutura com base em um conjunto de princípios, deveres, direitos, que regulamentam e respaldam a conduta profissional rumo a um projeto emancipatório, conforme Barroco e Terra (2012, p. 58):

A emancipação é o valor de caráter humano-genérico mais central do Código de Ética, indicando sua finalidade ético-política mais genérica. Os demais princípios (valores) essenciais: a liberdade, a justiça social, a equidade e a democracia são simultaneamente valores e formas de viabilização da emancipação humana.

Em 1993, ocorreu a reformulação do Código de Ética Profissional, período de grande avanço da política neoliberal e seus desdobramentos, tornando o Estado brasileiro mínimo para o social e máximo para o capital. Surgiu a emergência de um debate ético, sistemático, crítico, interventivo e político, articulado ao processo da formação e do exercício profissional do Serviço Social contemporâneo. Foi, portanto, na dinâmica da sociedade capitalista, diante da ofensiva neoliberal, que o Código de Ética de 1993 explicitou a defesa de princípios que buscaram romper com uma perspectiva corporativista e conservadora (CFESS, 1993).

Nessa concepção, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) apontou que o Código de Ética de 1993 inscreveu a ética e os valores no âmbito da práxis. Lê-se em seu texto (CFESS, 1993, p. 15-16):

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.

Nessa perspectiva, o Código de 1993 explicita a defesa de princípios que rompem com uma ideia corporativista, no ponto de vista que se estabelecem em um aspecto societário e não somente profissional.

A defesa da liberdade, como valor ético central, da democracia, não só política, mas também econômica, da cidadania na perspectiva da universalização de direitos duramente conquistados, da justiça social; dos direitos humanos; da luta pela eliminação de todas as formas de preconceitos e o respeito à diversidade, são princípios que exigem desafios permanentes na luta por sua efetivação, principalmente diante de uma sociedade marcada pelas históricas desigualdades e injustiças sociais. Barroco e Terra (2012, p. 11) analisam a influência e dominação do capital nos anos 1990:

Sob a égide das iniciativas do capital, em seu processo de dominação econômica e ideológica, em nível mundial e nas particularidades em âmbito nacional, os anos 1990 são emblemáticos. Ocorrem o aprofundamento das reformas neoliberais, do conservadorismo na política e a ampla disseminação do pragmatismo, competitividade, individualismo e moralismo como estilos de vida contemporâneos.

Diante desse cenário de avanço e adesão dos governantes às políticas neoliberais, o PEPSS tem passado por constantes conflitos com o projeto societário em vigor no sistema capitalista. A categoria continua resistente no sentido de lutar por uma sociedade igualitária e desprendida das formas de exploração contra a classe trabalhadora, em busca de uma nova ordem societária.

Para Braz e Teixeira (2009), todo projeto e, logo, toda prática, numa sociedade classista, têm uma dimensão política, desenvolvendo-se em meio às contradições econômicas e sociais, engendradas na dinâmica das classes antagônicas.

O PEPSS, mesmo perante um cenário adverso, continua vinculado a um projeto de transformação da sociedade, por meio das ações profissionais que norteiam e fortalecem o caminhar profissional rumo a uma nova ordem societária. O projeto profissional do Serviço Social permanece empenhado na defesa dos direitos humanos e sociais, com a expansão da democracia social e econômica, com o aprimoramento das políticas públicas e com o fortalecimento da cidadania para a sociedade.

Os conceitos de direitos sociais e de justiça social, elencados no PEPSS, são utilizados como premissas universais, reafirmando seus valores fundadores de liberdade e justiça social, da defesa e do aprofundamento da democracia. Como socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida, esse projeto visa à construção de uma nova ordem societária que supere o paradigma da sociedade burguesa.

Segundo Iamamoto (2011), com os efeitos do neoliberalismo,¹⁷ da flexibilização da economia e reestruturação no mundo do trabalho, do Estado mínimo e da retração dos direitos sociais, o Serviço Social aumentou significativamente os campos de atuação, passando a atuar no chamado terceiro setor, e nos conselhos de direito, ocupando funções de assessoria, entre outros. Nesse sentido, ocorrem a ampliação da reflexão de sua instrumentalidade na trajetória profissional, inovação no uso do instrumental técnico-operativo e criação de outros instrumentos como mediação para o alcance das finalidades na direção da competência ética, teórica e política, vinculada à luta por valores emancipatórios. O Serviço Social buscou fortalecer a ideia da necessidade de educação permanente, bem como a ultrapassagem da prática tecnicista, imediatista e assistencialista.

No contexto da organização e representação profissional, o quadro que se nota no Serviço Social brasileiro é de maturação do processo enunciado na passagem dos anos 1980 para os de 1990, pelas rupturas com o tradicional,

¹⁷ O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados (HARVEY, 2004, p. 22).

conservadorismo, embora, como lembra Netto (1995), essa ruptura não significa que o conservadorismo foi superado no interior da categoria profissional.

Nesse contexto registra-se que foi promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social,¹⁸ representando o reconhecimento da política pública de assistência social sob a responsabilidade do Estado, com base nos princípios da descentralização e da participação social. Apesar do avanço na legislação da assistência social, os anos 1990 foram antagônicos para as políticas sociais e se firmaram em terreno fértil para o progresso do neoliberalismo, que desgastou as bases do sistema de proteção social pública e reordenou as interferências do Estado em relação à questão social, minimizando-as. Assim, as políticas sociais vêm sendo objeto de um processo de reorganização, subordinado às políticas de estabilização da economia, em que a opção neoliberal na área social passa pelo apelo à filantropia e à solidariedade da sociedade civil, mediante programas seletivos e focalizados na pobreza extrema e absoluta.

Nesse período, as questões se colocam ao Serviço Social, quer seja na ótica de sua intervenção, quer seja do ponto de vista da construção de seus conhecimentos. O Serviço Social dos anos 1990 se viu no embate com as transformações societárias, produzidas pelo capital, sendo desafiado a compreender e intervir nos novos formatos e manifestações da questão social, que demonstram a precarização do trabalho e a penalização dos trabalhadores na sociedade capitalista contemporânea.

Na visão de Iamamoto (2011), o resultado desse processo tem sido o agravamento das desigualdades sociais dela indissociáveis, o crescimento de enormes contingentes populacionais excluídos do “círculo da civilização”, isto é, dos mercados, uma vez que não conseguem transformar suas necessidades sociais em demandas monetárias.

O Estado administra as expressões da questão social, que passa a ser desintegrada e fracionada em suas consequências, transformada em problemas sociais e regulada pelo poder público por meio de políticas focalizadas e residuais, nos diferentes espaços sócio-ocupacionais.

¹⁸ A LOAS ganhou um novo marco histórico com a aprovação da Lei nº 12.435, que consolida o Sistema Único de Assistência Social, atribuindo responsabilidades, definindo competências, estabelecendo padrões de atendimento, organizando o cofinanciamento e definindo critérios para os recursos necessários (BRASIL, 1993, p. 07).

O profissional do Serviço Social se introduz no contexto das relações entre sujeitos sociais e entre estes e o Estado nas diversas esferas sócio-históricas de atuação profissional. Institui uma prática social e um conjunto de ações de natureza socioeducativa, que incorrem na reprodução material e social da vida. A concepção norteadora é de transformação social, comprometida com a democracia e com o enfrentamento das desigualdades sociais, estimulando a autonomia, a participação e o exercício da cidadania, na defesa e na conquista dos direitos humanos e da justiça social, da forma de organização da categoria e no fortalecimento do projeto profissional.

O Projeto da profissão, em seu contexto ético e guiado por uma concepção de emancipação, estimula uma análise crítica do significado do agir humano e dos elementos valorativos e princípios que norteiam a prática social dos homens. Barroco (2005, p. 04) ressalta a principal dimensão da ética como ação crítica do sujeito histórico e como componente da práxis social.

Como ação prática, a ética é a objetivação concreta dos valores, princípios, escolhas, deliberações e posicionamentos produzidos pela ação consciente dos homens diante de situações de afirmação/negação da vida, dos direitos e valores. Conceber a ética como uma ação crítica de um sujeito histórico que reflete teoricamente, faz escolhas conscientes, se responsabiliza, se compromete socialmente por elas e age praticamente para objetiva-la é conceber a ética como componente da práxis.

Os espaços ocupacionais refletem as condições e os vínculos de trabalho, preponderantes na sociedade brasileira nesses tempos de constantes alterações da estrutura técnica da produção, mediante os avanços da informática, da biotecnologia, da robótica e demais modificações tecnológicas e organizacionais, que impulsionam a produtividade e estimulam o trabalho. É essa dinâmica da dimensão histórica que atrai novas formas ao mercado profissional de trabalho, pluralizando os espaços ocupacionais, constituindo exigências e demandas a esse profissional, no sentido de desenvolver novas habilidades, capacidades e responsabilidades.

Quanto ao espaço profissional, Yamamoto (1992, p. 133) analisa:

Ser o espaço profissional um produto histórico, condicionado tanto pelo nível de luta pela hegemonia que se estabelece entre as classes fundamentais e suas respectivas alianças; quanto pelo tipo de respostas teórico-práticas densas de conteúdo político dado pela categoria profissional.

As condições favoráveis à profissionalização do Serviço Social (e de tantas outras profissões) surgiram a partir da crescente progressão do Estado capitalista no desenvolvimento de processos de regulação e de reprodução social, por meio das políticas sociais públicas.

É no âmbito desses processos, mediante a crescente criação de instituições sociais, que se elaborou o espaço ocupacional para o Serviço Social se firmar como profissão em um cenário em que a questão social se coloca como eixo da intervenção do Estado, por intermédio das políticas públicas. Viana (2012, p. 65) analisa:

Os direitos sociais, como instrumentos, justificadores da atividade intervencionista do Estado Social na implementação de políticas públicas, são também vistos como impulsionadores das pressões que a burocracia estatal exerce contra os cidadãos, em suas liberdades individuais.

Outro ponto relevante no fazer profissional do Serviço Social trata-se da intervenção nos processos e mecanismos vinculados ao enfrentamento da questão social, em suas mais acirradas expressões, que se aperfeiçoam e se modernizam diante das diversas condições sociopolíticas. Trata-se de novas e velhas indagações, advindas das desigualdades sociais, produzidas pelo capitalismo monopolista, como inúmeras expressões da questão social que passaram a demandar serviços nos mais variados espaços sócio-ocupacionais, com os quais os assistentes sociais convivem no cotidiano profissional. Iamamoto (2001, p. 18) resgata a origem da questão social “imaneente à organização social capitalista”, ao afirmar:

[A] pulverização da questão social, típica da ótica liberal, resulta numa autonomização e suas múltiplas expressões, as várias “questões sociais”, em detrimento da perspectiva de unidade. Impede assim de resgatar a origem da questão social imaneente à organização social capitalista, o que não elide a necessidade de apreender as múltiplas expressões e formas concretas que assume.

Essas ponderações, para Netto (2005), levam aos critérios da profissionalização do Serviço Social, a partir da modernização de um espaço sócio-ocupacional definido pela dinâmica paradoxal que se mostra no sistema estatal, em seus contatos com as classes sociais em suas diversas frações, e que transformam

as sequelas da questão social em produto de intervenção continuada e sistemática por parte do Estado. A trajetória da profissionalização do Serviço Social é, na verdade, o caminho pelo qual seus agentes se estabelecem em ações interventivas cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos são definidos para além do seu controle.

O próprio Estado tem sido o grande encorajador da profissionalização do assistente social, visto como responsável pela expansão e organização de um mercado de trabalho, cada vez mais vasto e diversificado desde que contribua com a direção e os rumos do progresso capitalista na sociedade brasileira.

A ponderação sobre o trabalho do assistente social no âmbito estatal remete, necessariamente, à questão das relações, ao mesmo tempo recíprocas e antagônicas, entre o Estado e a sociedade civil. Isso porque o Estado não é um ente apartado da sociedade, sendo objeto dessa relação que se modifica e se especifica em distintas formações sociais e aspectos históricos.

Na esfera estatal, a diminuição das atribuições do Estado e a redução dos investimentos sociais sob orientação neoliberal vêm colaborando para o processo de retirada dele da responsabilização pela implementação de políticas sociais universais, que tem provocado o declínio e o rechaço dos direitos sociais e das políticas públicas.

A implantação de políticas públicas calcadas nos preceitos neoliberais, o agravamento das expressões da questão social e a relativização dos direitos sociais e trabalhistas têm impactado a profissão e o profissional de Serviço Social, acarretando consequências desastrosas em relação aos trabalhadores. Dessa forma, veem-se a redução dos postos de trabalhos, as terceirizações, contratos temporários e a substituição e transferência da responsabilidade do Estado para as organizações “privadas”, como a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Organizações Sociais de Saúde (OSs) e Organizações não Governamentais (ONGs).¹⁹

Na visão de Behring (2003, p. 73), os anos 1990 desencadearam profundas mudanças no sistema de proteção social brasileiro, mediante a reforma gerencial do Estado, ou contrarreforma:

¹⁹ A difusão e a multiplicação das ONGs retratam uma diferenciação em seu perfil, tornando-se os novos sujeitos políticos. Se nas décadas de 1970 e 1980 as ONGs se mantinham retraídas, apenas auxiliando a luta dos movimentos populares, a partir dos anos 1990 passaram a concorrer pelos recursos locais e reconhecimentos públicos (RAICHELIS, 2009, p. 378).

Os anos de 1990 foram palco de um complexo processo de regressões no âmbito do Estado e da universalização dos direitos, desencadeando profundas transformações societárias, determinadas pelas mudanças na esfera do trabalho, pela reforma gerencial do Estado (ou contrarreforma), pelos processos de redefinição dos sistemas de proteção social que emergem nessa conjuntura, e pelas novas formas de enfrentamento da questão social, com grandes mudanças e rebatimentos nas relações público/privado.

O agravamento da questão social, em decorrência das peculiaridades do processo de reestruturação produtiva no Brasil e dos ideais da política neoliberal, é consequência de uma inflexão no campo profissional do Serviço Social e no campo das políticas sociais, entre elas a saúde. Esta inflexão, por sua vez, é resultado das novas requisições colocadas pelo reordenamento do capital e do trabalho, pela reestruturação do Estado e pelo movimento de organização das classes trabalhadoras.

Nesse sentido, registra-se que há um paradoxo na política brasileira: de um lado, uma constituição cidadã e de outro, um Estado que adere à proposta neoliberal.

O avanço da política neoliberal no Brasil, com o processo de privatização em ritmo acelerado, atinge diretamente as políticas sociais, principalmente a saúde pública. Nesse sentido, instalou-se, em 2010, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que procura desenvolver espaços de debates e reflexões críticas, articulação dos movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e entidades.

A Frente resgatou, como princípio de lutas, a mesma motivação que deu origem às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980: o combate à privatização da saúde. Tanto o Movimento Sanitário quanto a Frente se opuseram à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro, colocando em xeque os novos modelos de gestão – Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) –, que promovem a entrega de patrimônio, bens, serviços, funcionários e recursos públicos para entidades privadas (BRAVO, 2011).

Esse movimento também alcançou conquistas marcantes: constituição de Fóruns de Saúde em vários Estados brasileiros, mobilização de forças sociais como: sindicatos de funcionários públicos; centrais sindicais (Central Sindical Popular –

CONLUTAS; Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora; Central de Trabalhadores e Trabalhadores do Brasil); docentes e discentes de várias universidades do país e algumas entidades nacionais (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, CFESS, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior – ANDES, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA, Central Sindical Popular – CONLUTAS, Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Saúde – FENTAS, Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS) entre outras (BRAVO, 2011).

O CRESS 19ª Região é parte integrante da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Esse movimento tem empreendido lutas contra todas as formas de privatização que vêm ocorrendo após os anos 1990. Contra o desmonte do SUS público estatal e as medidas do atual governo de fortalecimento do setor privado de saúde, a Frente reafirma suas bandeiras em defesa incondicional do SUS público, estatal, universal, de qualidade e sob comando direto do Estado e contra todas as formas de privatização da rede pública de serviços.

Outro ponto relevante é a confecção de publicações com os posicionamentos adotados pela Frente com destaque para o Documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” – datado de 2010. A Frente elaborou também um calendário em constante construção que dispõe questões que dificultam a implantação do SUS público, estatal, gratuito, universal e de qualidade.

CAPÍTULO 3

O TRABALHO DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA DE GOIÂNIA E O PROJETO PROFISSIONAL

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM GOIÂNIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, aprovado na Constituição Federal de 1988, é constituído por um conjunto de serviços, planos, programas e projetos de saúde, integrantes das organizações públicas de âmbitos federal, estadual e municipal, além dos serviços privados em caráter complementar. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizados de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e participação popular.

A descentralização, um dos princípios organizativos do SUS, pode ser compreendida como uma reorganização das responsabilidades no que refere às ações e serviços de saúde entre as esferas de governo: federal, estadual e municipal.

A partir desse princípio, a institucionalização do SUS no Município de Goiânia²⁰ ocorreu por meio da promulgação da Lei nº 6.042/90, regulamentada pelo Decreto nº 1.588/92, sendo o município qualificado como gestão semiplena²¹ no período de 1993-1996.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi criado por meio do Decreto nº 1.426, de 14 de novembro de 1991, e regulamentado pela Lei nº 8.088, de 10 de janeiro de 2002, instituído como órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo.

²⁰ Capital do Estado de Goiás. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade de Goiânia localiza-se no Centro-Oeste brasileiro e encontra-se a 209 km de Brasília, a capital nacional. Ainda segundo dados do IBGE, no ano de 2012 a cidade de Goiânia possuía população estimada em 3.133.274 habitantes; com uma área geográfica de aproximadamente 739 km² (IBGE, 2013).

²¹ Espécie de gestão dos municípios estruturados que dispunham de serviços mais complexos. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde, a qual estabelece a gestão semiplena para os municípios que possuíam expressivo desenvolvimento (BRASIL, 1990a).

Os serviços de saúde desde então são organizados a partir da atenção básica, como porta de entrada do sistema. Nesse contexto, surge a proposta de criação dos distritos sanitários, que busca reorganizar e direcionar a maneira como os serviços e as ações são sistematizados de modo a atender às demandas da população.

É no desafiante cenário de tensões e contradições dos serviços de saúde pública que se efetiva o trabalho dos/as assistentes sociais, sobretudo quando realizado no âmbito dos serviços de urgência e emergência.

3.2 O TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

É no contexto das demandas imediatas que os/as assistentes sociais desenvolvem seu trabalho nas Unidades Básicas de Saúde de Urgência e Emergência, conhecidas também como Unidades 24 horas.

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência para todo o território nacional. Foi criada com o intuito de organizar a rede de Urgência e Emergência do país (BRASIL, 2003).

No Brasil, as Unidades de Urgência e Emergência ampliaram-se e tornaram-se as principais portas de entrada no sistema de atenção à saúde. Essas unidades recebem diferentes tipos de demanda que, em sua maioria, referem-se ao atendimento ambulatorial. Por conta das grandes dificuldades encontradas pelos usuários na marcação de consulta ambulatorial, os serviços de urgência e emergência “atraem” toda a demanda reprimida do sistema. Essa complexidade do sistema, entre inúmeras outras que afetam o modelo brasileiro de atenção à saúde, provoca uma série de impactos no funcionamento das unidades de urgência e emergência.

É nesse ambiente que “atrai” não só demandas, mas toda a tensão do sistema e, mais especificamente, aquelas tensões do serviço de urgência e emergência, que os assistentes sociais desenvolvem seu trabalho.

O Serviço Social nas unidades de urgência e emergência organiza-se em forma de plantões e carga horária de meio período. O plantão é o espaço no qual o usuário é recebido, atendido e, quando necessário, encaminhado aos serviços públicos de saúde.

As ações diretas de atendimentos, prestados aos usuários, ocorrem nos múltiplos lugares de serviços de saúde, desde as necessidades básicas até os procedimentos que se estruturam com base em ações de média e alta complexidade. Essas ações adquirem materialidade na implementação de serviços nos postos, unidades de saúde e hospitais em geral.

Conforme os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009, p. 24):

Para a realização das ações é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional, o planejamento das mesmas, a mobilização e participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A efetivação do Sistema Único de Saúde ocorreu a partir da década de 1990, exigindo novas formas de organização do trabalho na área da saúde, como resposta às reivindicações históricas do movimento sanitário. Contudo, novas contradições passaram a surgir com a contrarreforma do Estado, ocasionando, no cotidiano dos serviços de saúde, inúmeros entraves, como longa espera no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, e o não atendimento aos usuários. Diante dessas distorções, vale assinalar o trecho no qual o CFESS trata da atuação de assistentes sociais na saúde, que deve ir além das ações emergenciais em uma perspectiva de direito.

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 (CFESS, 2009, p. 25).

Os assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, que exercem a prática nas Unidades Básicas de Urgência e Emergência, realizam seus serviços direcionados a uma demanda, de forma espontânea ou encaminhada por outros profissionais, a partir do plantão.

Os plantões e o trabalho de meio período, realizados por assistentes sociais, no ambiente de urgência e emergência, são serviços que requerem desse profissional respostas imediatas aos diferentes tipos de demandas apresentadas. Conforme orientações dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na

Saúde conforme o CFESS, as principais ações estratégicas a serem desenvolvidas pelo assistente social no âmbito da saúde são:

Democratizar as informações por meio de orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social (CFESS, 2009, p. 26).

O profissional de Serviço Social, ao utilizar a prática reflexiva no cotidiano de seu trabalho, permite aos usuários a análise e descoberta das situações vivenciadas por eles, mediante raciocínio crítico estimulado pelo assistente social. O propósito é que o usuário possa participar, de modo a refletir como ser histórico no processo de solução e na dinâmica da realidade. Nesse sentido, os Parâmetros enfatizam:

Os assistentes sociais, nas suas diversas inserções e na efetivação das suas atribuições e competências, precisam ter como preocupação as diversas armadilhas que são colocadas pela organização social capitalista e pelas teorias não críticas e pós-modernas no que se refere à análise das expressões da questão social evidenciadas no cotidiano profissional (CFESS, 2009, p. 40).

Diante do agravamento da questão social, sobretudo na saúde pública, faz-se necessário ultrapassar o aparente e desvelar a realidade social. Dessa forma, Kosik (1976, p. 15) explicita:

O complexo dos fenômenos que povoam o ambiente cotidiano e a atmosfera comum da vida humana que, com a sua regularidade, imediatismo e evidência, penetram na consciência dos indivíduos agentes, assumindo um aspecto independente e natural.

Diante do trabalho de assistentes sociais nos serviços de urgência e emergência, surge a necessidade de reflexões constantes acerca do atendimento realizado. Nesse sentido, o PEPSS e os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde são referências que imprimem mais qualidade no trabalho realizado pelo profissional nos espaços sócio-ocupacionais. Mesmo em um

ambiente de demandas e respostas imediatas, como o espaço das urgências e emergências, faz-se necessário, conforme Kosik (1976, p. 83), analisar que:

A realidade não está contida na cotidianidade imediatamente. A análise da vida de cada dia constitui, em certa medida, apenas a via de acesso à compreensão e à descrição da realidade; além das suas possibilidades, ela falsifica a realidade. Neste sentido não é possível entender a realidade da cotidianidade, mas a cotidianidade é entendida com base na realidade.

Nesse sentido, faz-se necessário reafirmar, junto à categoria, movimentos sociais, conselhos de direitos e à população usuária, o fortalecimento das lutas em direção de um projeto societário emancipatório. Com esse propósito, o profissional, por meio de suas ações, de práticas contínuas e de sua direção social crítica na rotina do trabalho, contribui para o fortalecimento do projeto profissional.

3.3 COMO O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL PERMEIA O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA

Para avançar nas reflexões sobre o trabalho de assistentes sociais na saúde pública, sobretudo nas unidades de urgência e emergência, a pesquisa realizada com profissionais do Serviço Social possibilitou analisar o trabalho de assistentes sociais na saúde e o PEPSS.

Esta análise não pretende se restringir a uma crítica à técnica. É necessário atentar-se para os efeitos decorrentes do tecnicismo, em que a técnica se torna o alvo principal, a práxis social perde o real significado e o profissional se torna estático. É o que afirma Kosik (1976, p. 74): “[...] o caráter coisificado da práxis, expresso pelo termo preocupar-se, significa que na manipulação já não se trata mais da obra que se cria, mas do fato de que o homem é absorvido pelo mero ocupar-se e não pensa na obra”.

Não se pretende posicionar apenas para uma visão crítica à prática profissional, pois é preciso atentar-se para a absolutização do “espírito” da técnica. Esta última torna-se o evento principal e o profissional encontra-se inerte, porque é reduzido ao anonimato, às “funções” que pratica, e nunca é um fim, mas sempre meio para o inacabado. Por isso, a indagação que deve ser feita é a da importância de uma reflexão que evidencie o problema dos fins a que a técnica se destina, com o objetivo de observar em que medida ela está sendo prestada a serviço do homem

ou da sua exploração.

A necessidade que se coloca é de entender que há um complexo de processos em que as coisas só são estáveis na aparência. A análise, embasada na teoria crítico-dialética, proporciona esse entendimento, ao considerar a categoria da contradição como inerente à realidade social, e é justamente essa contradição que se torna a força motriz que provoca o movimento e a transformação. Pensar, dialeticamente, permite ser suficientemente crítico para ir além e descobrir o que se oculta por trás da aparência dos fatos. Afinal, qual a essência escondida das coisas? Como romper com a prática conservadora que objetiva o *status quo*?

Conforme Kosik (1976, p. 27),

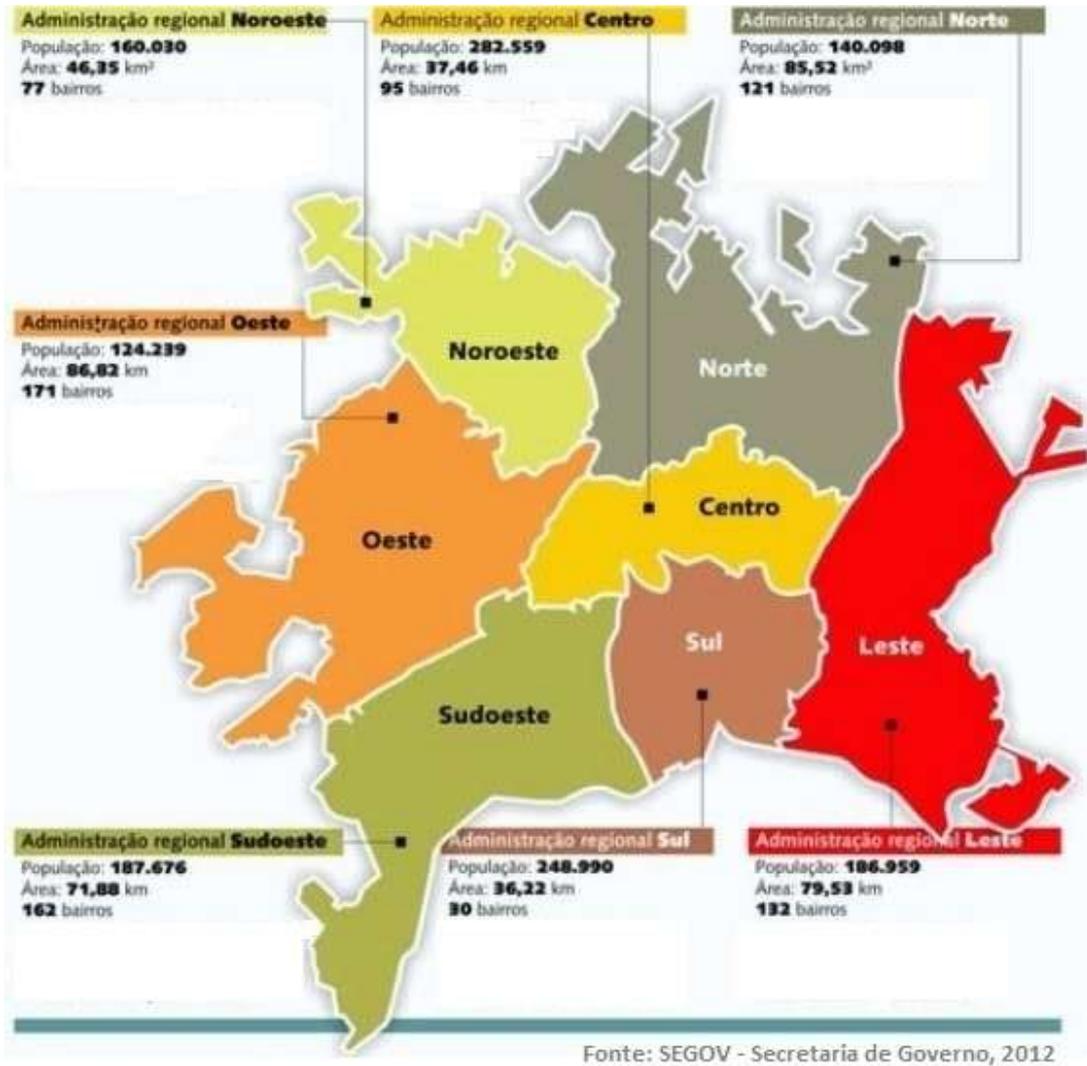
[...] como as coisas não se mostram ao homem tal qual são e como o homem não tem a faculdade de ver as coisas diretamente na sua essência, a humanidade faz um *detour* para conhecer as coisas e a sua estrutura. Justamente porque tal *detour* é o único caminho acessível ao homem para chegar à verdade.

A análise realizada nesta dissertação encaminha-se na compreensão da relação dos/as assistentes sociais com o projeto ético-político do Serviço Social, procurando realizar esse *detour* elucidado por Kosik, a partir de uma concepção crítico-dialética.

A pesquisa encaminhou-se na compreensão do cotidiano profissional, tendo como eixo de observação o PEPSS. São sujeitos desta pesquisa vinte assistentes sociais, lotados e em exercício nas Unidades Básicas de Saúde de Urgência e Emergência de Goiânia. Para a coleta de dados, elencaram-se questões em que foi solicitado que os participantes respondessem às perguntas diante da pesquisadora, para que fossem evitadas consultas em literaturas específicas que se distanciassem da prática profissional cotidiana.

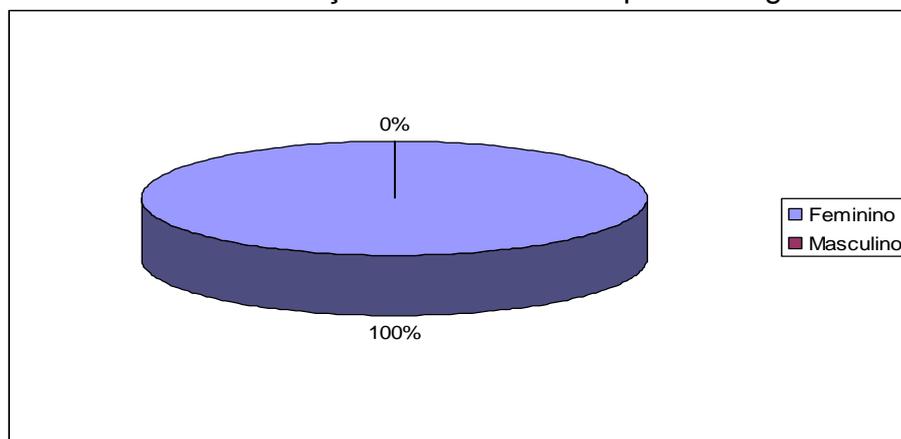
Todas as regiões do município de Goiânia foram contempladas conforme distribuição de profissionais, lotados nas Unidades de Saúde de Urgência e Emergência (Figura 1).

Figura 1: Regiões distritais pesquisadas.



É considerável também esclarecer o perfil das profissionais entrevistadas.

Gráfico 1: Distribuição das entrevistas quanto ao gênero



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Conforme o Gráfico 1, 100% das entrevistadas são do sexo feminino, mostrando a predominância feminina de profissionais que trabalham nas Unidades Básicas de Urgência e Emergência da rede pública municipal.

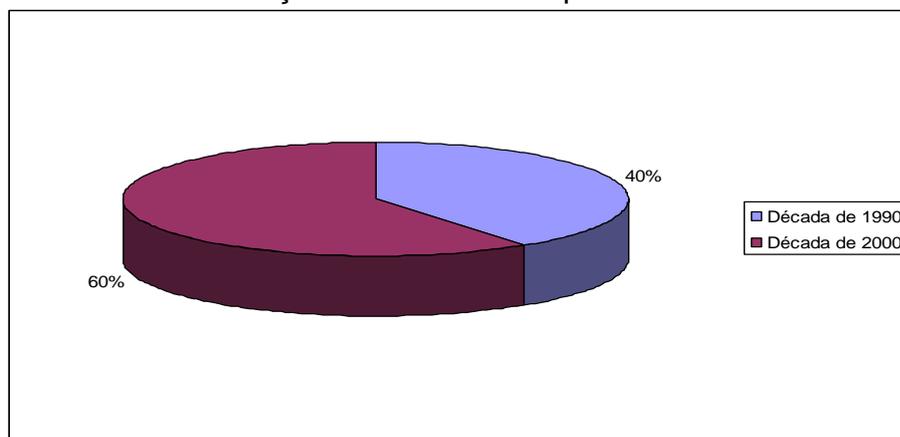
Acerca desse aspecto, refere Iamamoto (2012, p.104):

Se a imagem social predominante da profissão é indissociável de certos estereótipos socialmente construídos sobre a mulher na visão mais tradicional e conservadora de sua inserção na sociedade, o processo de renovação do Serviço Social é também tributário da luta pela emancipação das mulheres na sociedade brasileira, que renasce com vigor no combate ao último período ditatorial, em parceria e do Estado no país.

O gênero feminino é uma premissa marcante desses profissionais, embora tenha aumentado o número de profissionais masculinos, e a profissão ainda reflete a imagem da mulher. Contudo, as discriminações sociais de gênero e etnia refletem na formação cultural da sociedade e transcendem, consideravelmente, os obstáculos do meio profissional, embora nele também se atualizem. Dessa maneira, o Código de Ética de 1993 afirma em um de seus princípios: “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” (CFESS, 1993, p. 23).

Esse princípio também norteia toda atividade dos assistentes sociais, distanciando, eliminando e comunicando condutas e atitudes discriminadoras que possam ser demonstradas em qualquer espaço profissional.

Gráfico 2: Distribuição das entrevistas por década de formatura.



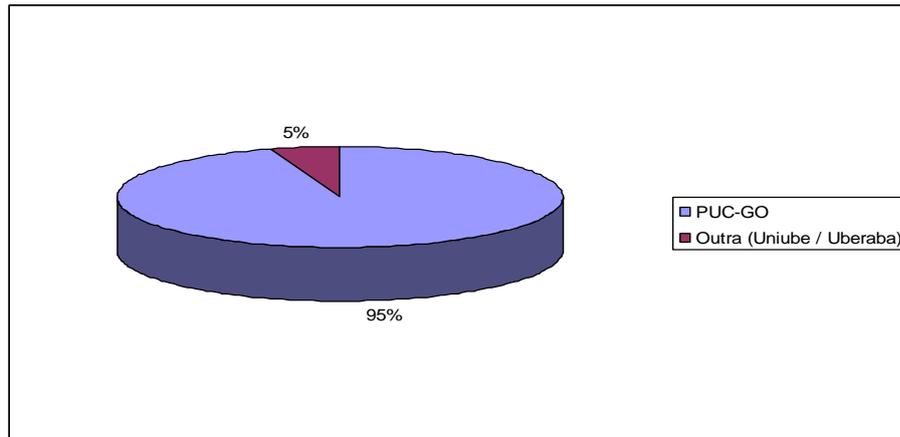
Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Cabe aqui destacar que, das entrevistadas, 60% se graduaram a partir da década de 1990 e 40% a partir da década de 2000. Períodos em que a categoria já possuía um conhecimento acerca da construção do PEPSS, em concordância com o que há atualmente.

Infere-se o PEPSS como uma construção coletiva do pensar e do exercer da profissão de assistente social, no qual constituem seus valores, suas intenções, suas funções, objetivos e os requisitos, normas e metas para o seu exercício. Sua elaboração pode ser encontrada na Lei nº 8.662/93, que regulamenta a profissão de assistente social no Brasil; no Código de Ética Profissional de 1993; e nas Diretrizes Curriculares da formação profissional em Serviço Social. Notoriamente, não se admite o projeto ético-político como algo dado, mas sim instituído como um alcance vitorioso da categoria profissional. Nesse sentido, Barroco e Terra (2012, p. 10) ressaltam:

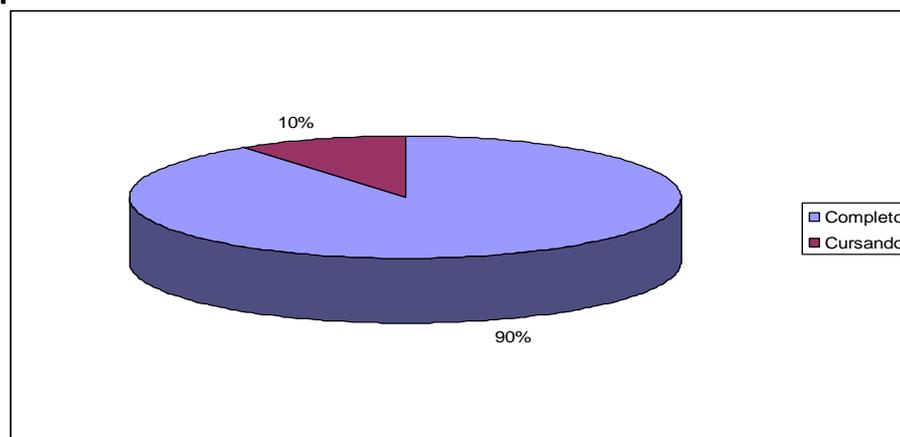
Projeto profissional direcionado aos interesses da classe trabalhadora e à crítica ao conservadorismo e suas implicações na vida social e profissional. O conjunto de mudanças teórico-metodológicas e ético-políticas que se efetivaram no Serviço Social brasileiro a partir desse período alicerça o que, hoje, denominamos de projeto ético-político profissional e sintetiza um processo que, por se histórico, encontra-se aberto às determinações societárias, à dinâmica da luta de classes, à relação entre Estado e sociedade e às possibilidades que emanam das contradições postas na realidade.

Por um conjunto rico de mediações, as contradições são absorvidas e reconstruídas, num movimento dialético em que prepondera o entendimento de que formação e o exercício profissional eficaz e de qualidade impõem, entre muitas outras questões, direção política crítica, para que o projeto ético-político profissional não se diminua e torne-se apenas uma irrelevante carta de intenção (BARROCO; TERRA, 2012).

Gráfico 3: Distribuição das entrevistas por instituição formadora.

Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

No que tange às instituições de formação, pelas quais as assistentes sociais se graduaram, o Gráfico 3 mostra que 95% das profissionais se formaram na PUCGO e 5% em outra instituição. A preponderância da PUC-Goiás pode ser entendida como a primeira instituição formadora, pelo curso de Serviço Social, datado de março de 1957. E que no final da década de 1990 já havia implantado as Diretrizes Curriculares, tendo participado, efetivamente, da construção do PEPSS nas esferas nacional, regional e local. É importante destacar que em 2008 (Resolução CONSUNI nº 15, de 27/06/08) foi criado o curso de Serviço Social na Universidade Federal de Goiás, no Câmpus Cidade de Goiás.

Gráfico 4: Distribuição das entrevistas quanto à educação permanente.

Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Esse dado realça o compromisso das entrevistadas com a educação permanente, pois 90% delas concluíram especialização *lato sensu* e 10% estão cursando.

Os dados mostram uma busca por atualização, revelando o alto índice da tendência de aperfeiçoamento profissional percebida entre as assistentes sociais. Nesse sentido, o conjunto CFESS/CRESS desempenha um papel importante, ao incentivar a categoria com a política de educação permanente. Fortalece, assim, um dos princípios fundamentais do Código de Ética dos/as assistentes sociais, no que se refere ao “compromisso com a qualidade dos serviços, prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 1993, p. 24).

Nesse viés, pensar a educação permanente pressupõe retomar o projeto profissional, associando uma dupla perspectiva: de um lado, as condições macrossocietárias, que regulam o terreno sócio-histórico, em que se tem a prática profissional, seus limites e possibilidades; e, de outro, as respostas relacionadas de caráter ético-político e técnico-operativos dos/as agentes profissionais aos contextos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social (CFESS, 2013).

Desse modo, a política de educação permanente excede a formação, apontando para a qualificação do exercício profissional, podendo alcançar uma perspectiva mais abrangente da estruturação política da categoria. O caminho dessa direção social pauta-se no PEPSS.

A Política de Educação Permanente, objetivada pelo conjunto CFESS/CRESS, passa a ser de fundamental estratégia no plano de qualificação continuada dos/as assistentes sociais, numa amplitude que exige, cotidianamente do Serviço Social, a capacidade para empenhar, processar e analisar a realidade socioinstitucional complexa, norteadas por consideráveis transformações societárias, no mundo do trabalho, que se concretizam de forma difusa e imediata nas inúmeras expressões da questão social. A dinâmica social estabelece, portanto, frequente exercício crítico de alcance da realidade, dados a grandeza interventiva e investigativa do Serviço Social e o comprometimento ético-político, adotado e defendido, historicamente, pela profissão (CFESS, 2013).

Refere Kosik (1976, p. 48):

Um fenômeno social é um fato histórico na medida em que é examinado

como momento de um determinado todo; desempenha, portanto, uma função dupla, a única capaz de dele fazer efetivamente um fato histórico; de um lado definir a si mesmo, e de outro, definir o todo; ser ao mesmo tempo produtor e produto; ser revelador e ao mesmo tempo decifrar a si mesmo; conquistar o próprio significado autêntico e ao mesmo tempo conferir um sentido a algo mais.

As Diretrizes Curriculares também configuram a organização das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas na formação e no exercício profissional, como unidades indissociáveis, quando em seus princípios caracterizam que acarretam uma capacitação contínua:

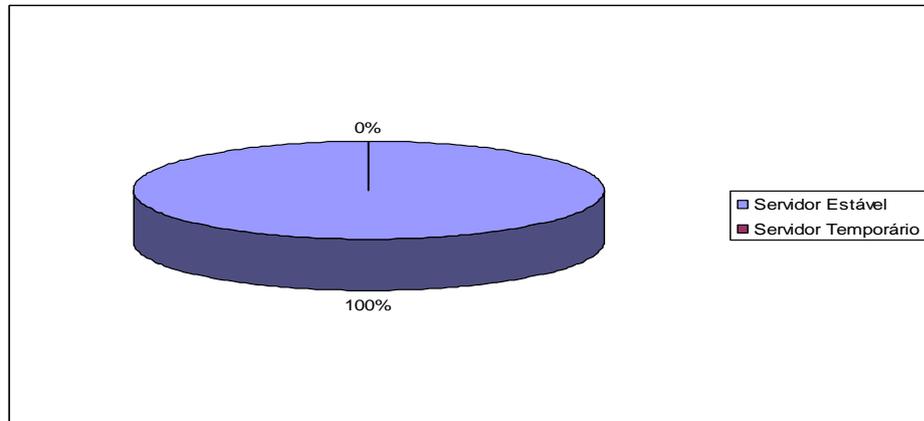
Apreensão crítica do processo histórico como totalidade; investigação sobre a formação histórica dos processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país; apreensão do significado social da profissão, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; apreensão das demandas, consolidadas e emergentes, postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potencializem o enfrentamento da questão social. (ABEPSS, 1996, p. 7-8).

O conhecimento do sujeito, conforme Kosik (1976), só é possível na base da atividade do próprio sujeito sobre o mundo; o sujeito só conhece o mundo na proporção em que nele intervém ativamente, e só conhece a si mesmo mediante uma ativa transformação do mundo.

Nessa dicção e se completando, conta-se com Coutinho (2010) para se entender que a intensidade com que se alcança a essência da realidade deriva da amplitude e da universalidade dos objetivos oferecidos pela práxis. A reflexão (conhecimento) e o projeto (práxis) são ocasiões de um processo ontológico, dimensões complementares da edificação do homem por si mesmo. Quando o homem comprime a realidade a um modesto objeto de manipulação, reduz simultaneamente sua própria essência, tornando-se assim, por sua vez, em outro objeto manipulável.

Sendo assim, a educação permanente, na direção do projeto profissional de formação, estabelece-se como potencial meio de consolidação desse projeto, dado que a formação e o adquirir conhecimentos se manifestam como um dos componentes estruturantes de materialização desse projeto profissional.

Gráfico 5: Distribuição das entrevistas quanto ao tipo de vínculo profissional.

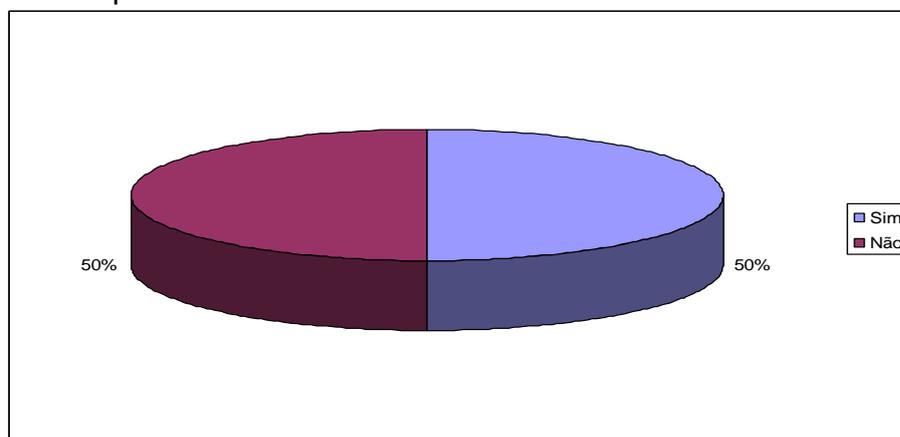


Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Constata-se que o tipo de vínculo profissional vivenciado pelas entrevistadas, expresso no Gráfico 5, aponta que 100% das profissionais são trabalhadoras (servidoras) no serviço público. O dado mostra uma das conquistas da profissão, ou seja, a luta do conjunto CFESS/ CRESS por concursos públicos e, principalmente, na garantia, por parte do poder público, de convocação de profissionais concursados.

O desafio para os/as assistentes sociais é o de modificar espaços de trabalho, principalmente estatais, em espaços de fato públicos, expandindo as possibilidades de se apoderar da coisa pública. Nessa dimensão ético-político, busca-se afastar o pragmatismo, atrelado no fazer pelo fazer, com ações e interesses imediatos.

Gráfico 6: Distribuição das entrevistas referentes à existência de outro vínculo profissional.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Observa-se que 50% das entrevistadas possuem apenas um vínculo profissional e 50% possuem dois vínculos. A justificativa para esse trabalho duplo e, às vezes, triplo é a desvalorização salarial, o que demonstra a necessidade de fortalecer a luta do conjunto CFESS/CRESS em defesa do piso salarial para a categoria. Os assistentes sociais estão inseridos na dinâmica da classe-que-vive do trabalho, que vende sua força de trabalho ao capital e que é explorado pelo sistema capitalista. Argumenta Guerra (2011, p. 155):

No que tange ao Serviço Social, enquanto um “tipo de especialização do trabalho coletivo”, sua inserção no mercado de trabalho aparece intermediada por um contrato de compra e venda da sua força de trabalho, o qual vincula os profissionais às organizações sociais públicas ou privadas. Ao converter sua força de trabalho em mercadoria, pela via da prestação de serviços, o trabalho concreto, específico, útil, do assistente social, transforma-se em trabalho geral, torna-se parte do investimento capitalista e adquire forma-valor.

Os assistentes sociais ainda não têm um piso salarial regulamentado oficialmente, mas possuem uma tabela de honorários profissionais, que determina o valor da hora técnica, fixando o valor mínimo a ser cobrado, e serve de parâmetro para prestação dos serviços profissionais daqueles que trabalham sem qualquer vínculo empregatício, vínculo estatutário ou de natureza assemelhada. O piso salarial para assistentes sociais, vinculados a uma jornada de trabalho de 30 horas semanais, é um direito pelo qual a categoria vem lutando há bastante tempo.

Para Antunes (1998, p. 38), “é preciso que se diga: desregulamentação, flexibilização, terceirização são expressões de uma lógica societária onde o capital vale e a força humana de trabalho só conta como parcela imprescindível para a reprodução deste mesmo capital”.

O processamento concreto e regular do trabalho do assistente social, em suas diversas perspectivas, integra um conjunto de novas delimitações e mediações que coloca em ênfase os contrastes entre o percurso social que o assistente social busca seguir em seu trabalho e as imposições determinadas pelos empregadores aos trabalhadores assalariados. Nessa acepção, instaura-se a tensão entre projeto ético-político e alienação do trabalho, indissociável do estatuto assalariamento.

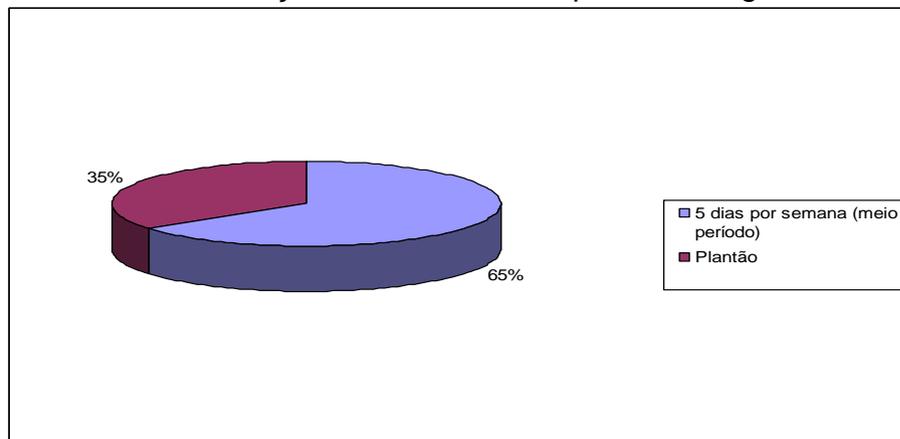
O direcionamento da profissionalização do Serviço Social é assim apresentado por Raichellis (2011, p. 423):

O processo pelo qual seus agentes, ainda que desenvolvendo uma autorrepresentação e um discurso centrados na autonomia dos seus valores e da sua vontade, se inserem em atividades interventivas cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos são determinados para além do seu controle. O que esse deslocamento altera visceralmente, concretizando a ruptura, é, objetivamente, a condição do agente e o significado social de sua ação; o agente passa a inscrever-se numa relação de assalariamento e a significação social de seu fazer passa a ter um sentido novo na malha da reprodução das relações sociais.

Esta trajetória processual de profissionalização dos assistentes sociais e institucionalização da profissão na divisão social e técnica do trabalho é que determina as condições concretas para que o trabalho do profissional integre no processo de mercantilização e no universo do valor e da valorização do capital (NETTO, 2011).

Nessa perspectiva, Mészáros (2007, p. 69) enfatiza: “Em nossa sociedade, inúmeras coisas são estabelecidas automaticamente pelas forças de mercado; o trabalho é cruelmente sujeitado à predominante tirania condicionadora do mercado”.

Gráfico 7: Distribuição das entrevistas quanto à carga horária de trabalho.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Nota-se que, quando se trata da carga horária de trabalho, do total, 65% das entrevistadas realizam carga horária de trabalho de meio período (seis horas semanais) e 35% realizam carga horária na modalidade plantão (doze horas).

Vasconcelos (2009, p. 246) assim define o plantão:

O plantão se caracteriza por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários; funciona na maioria das vezes em locais precários quanto à localização e instalação [...]. O usuário é recebido,

ouvido e encaminhado para recursos externos e/ou recursos internos tendo como parâmetro o “bom” andamento da rotina institucional.

As demandas do plantão são atendidas individualmente por meio de diferentes informações, orientações, esclarecimentos sobre as rotinas nas unidades de saúde. Os usuários dos serviços procuram o plantão do Serviço Social por meio de demanda espontânea, encaminhamentos internos e encaminhamentos externos. Para Vasconcelos (2009, p. 246):

O plantão não se constitui, assim, num serviço ou uma atividade pensada, planejada, organizada, reduzindo-se a ações isoladas desenvolvidas pelo assistente social para resolver o(s) problema(s) do usuário. O plantão constitui-se em ações imediatas, isoladas e assistemáticas.

Em relação aos encaminhamentos, a autora afirma que são realizados no sentido de buscar apurar o debilitado atendimento do cotidiano nas unidades e/ou da resolubilidade de seus serviços. Dessa maneira, a prática profissional dos assistentes sociais no plantão resume-se a uma rotina burocrática, que se orienta, tecnicamente, pelas normas obrigatórias do regulamento da administração. Ainda nesse sentido a autora afirma:

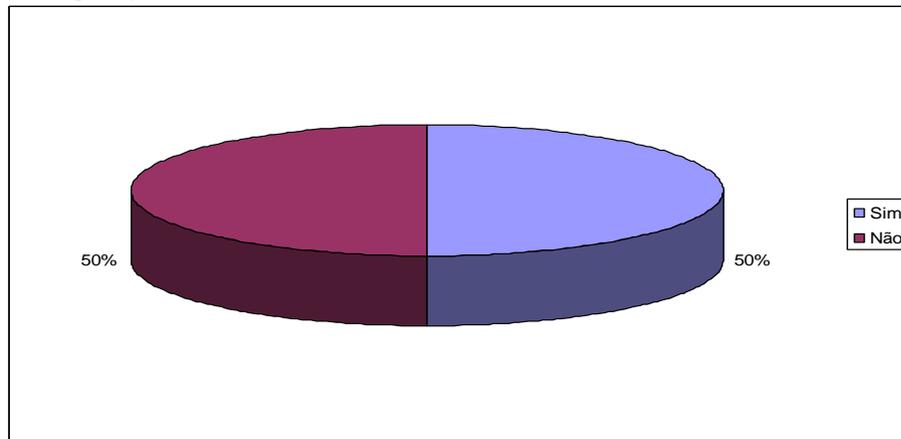
Demandas implícitas que não reconhecidas, conseqüentemente, não são consideradas, pelos assistentes sociais, como demandas para o Serviço Social. Sem condições de abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não têm condições de captar o que está oculto na “queixa” e/ou “problema”, expresso e/ou manifestado pelos usuários” (VASCONCELOS, 2009, p. 251).

De sua parte, Guerra (2011, p. 172) argumenta:

Esse nível de apreensão do real, o qual engendra representações caóticas, fragmentadas e incompletas, não se constitui numa limitação exclusiva do assistente social. Antes, a trama de relações em que a realidade se acha disposta é tal que desafia até mesmo qualquer conjectura.

A autora salienta que há uma tendência de responsabilizar uma categoria profissional sobre a virtualidade de modificar ligações causais e racionais que se manifestam na realidade objetiva. Vale registrar que essa finalidade ultrapassa os anseios, expectativas, atributos pessoais e profissionais individuais, de um lado, e causa a inação e a agonia do assistente social, de outro, intensificando a direção de ações assistemáticas, presentes na profissão.

Gráfico 8: Distribuição das entrevistas quanto às condições de trabalho e do sigilo profissional.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

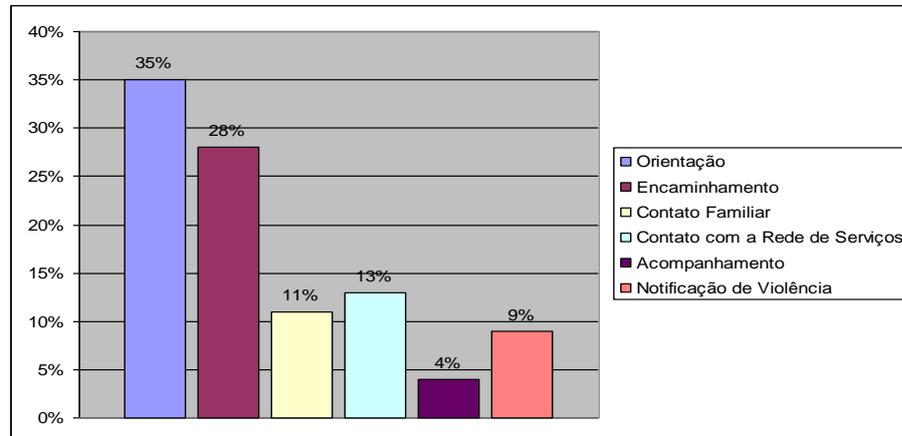
O Gráfico 8 demonstra que 50% das entrevistadas estão satisfeitas com as condições de trabalho e 50% não estão satisfeitas. As assistentes sociais que não estão satisfeitas alegaram, sobretudo, que os espaços de trabalho são inadequados em relação ao sigilo profissional.

Guerra (2011, p. 28) assinala que a “operacionalização de qualquer proposta passa pela existência de condições objetivas, determinadas pelas relações de causalidades entre os processos que, dinâmica e contraditoriamente, movimentam os fenômenos postos na realidade”.

Compreende-se que as condições laborativas nas quais a intervenção profissional se encontra são as mais precárias possíveis: ausência de recursos de toda ordem para atendimento das demandas; exigência pela realização e prática de ações que muito se distanciam do que o assistente social, ou qualquer outro profissional, se dispõe a executar; baixos salários; burocratização das organizações, entre outros. Dessa maneira, as condições concretas exigidas à intervenção profissional não dependem apenas da postura teleológica individual dos seus agentes.

Vale lembrar, conforme Behring (2009), que as condições de trabalho e relações sociais em que estão inseridos os assistentes sociais são indissociáveis das mudanças sócio-históricas do Estado.

Gráfico 9: Distribuição das entrevistas quanto às principais atribuições desenvolvidas pelos assistentes sociais na Instituição.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

O conjunto de respostas atesta as principais atribuições realizadas pelo assistente social nas unidades de saúde: 35% são de orientação, 28% de encaminhamentos, 11% de contato familiar, 13% de contato com a rede pública de serviços, 4% de acompanhamento e notificação de violência.

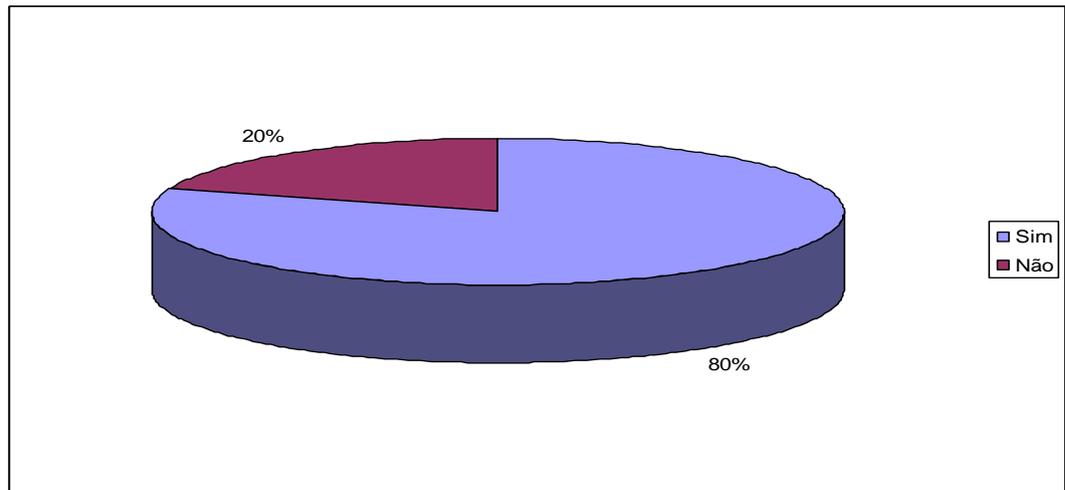
A procura manifestada aos serviços nas unidades de saúde é determinada como demandas individuais de usuários que, por inúmeros motivos, não conseguem inserção na rotina institucional. Os serviços de emergência passam a ser a porta de entrada, de forma mais rápida, nem sempre resolutiva aos serviços de saúde. Não são definidas como demandas coletivas, mas, predominantemente, individuais.

Para Coelho (2013, p. 07):

Como na cotidianidade tende a prevalecer a conexão imediata entre pensamento e ação, a imediatividade é a categoria reflexiva que orienta a prática profissional quando o nível de consciência do/a assistente social atém-se à certeza sensível, ou à percepção ou ao entendimento. Examinadas de maneira isolada, as demandas visivelmente individuais dos usuários não são tomadas nem entendidas como demandas coletivas.

Desse modo, cabe ao profissional intervir em uma direção da estruturação das condições objetivas e eficazes necessárias que supere a prática burocratizada, imediatista, pontual.

Gráfico 10: Distribuição das entrevistas quanto à utilização dos parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde.



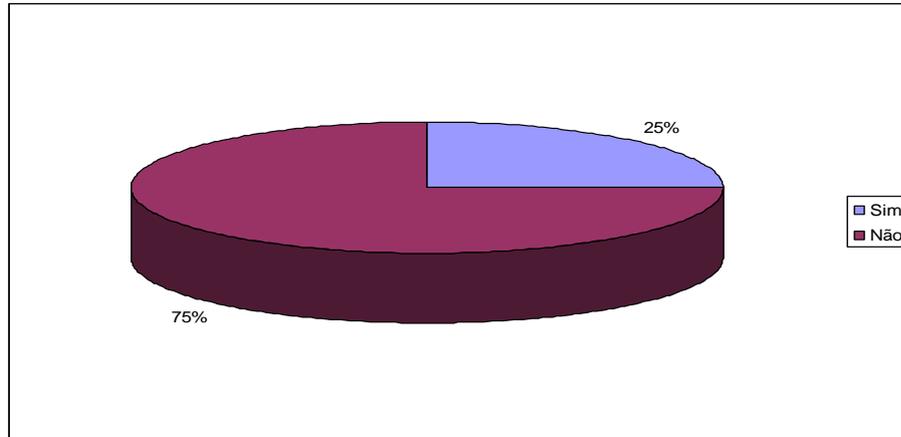
Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Embora as profissionais conheçam os parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde, 80% das entrevistadas não o utilizam. Os parâmetros são um dos referenciais para quem trabalha nessa área. Essa pesquisa demonstrou ainda que apenas 20% das assistentes sociais utilizam os parâmetros.

Os parâmetros (2009) foram elaborados com a ampla participação da categoria profissional e promulgados pelo CFESS com o intuito de orientar a intervenção dos profissionais na área da saúde. Tais parâmetros intensificam a relevância de identificar os usuários da saúde, como sujeitos de direitos, no âmbito da cidadania e da democracia.

Assumir os parâmetros é um comprometimento da categoria, mas não é uma aplicação mecânica. Isto requer um constante processo de construção e troca de saberes, pelo caminho da pesquisa e da intervenção profissional, competente e crítica, embasadas no projeto da Reforma Sanitária e na direção do PEPSS. É na dinâmica da vida que a história se constitui, é aí que se originam vulnerabilidades e riscos, mas se constroem também formas de superação (MARTINELLI, 2011).

Gráfico 11: Distribuição das entrevistas quanto ao desenvolvimento de pesquisa pelos profissionais em relação à realidade trabalhada.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

A respeito da realização de pesquisa, 75% das entrevistas admitiram não realizar pesquisa sobre a realidade trabalhada e 25% afirmaram realizá-la.

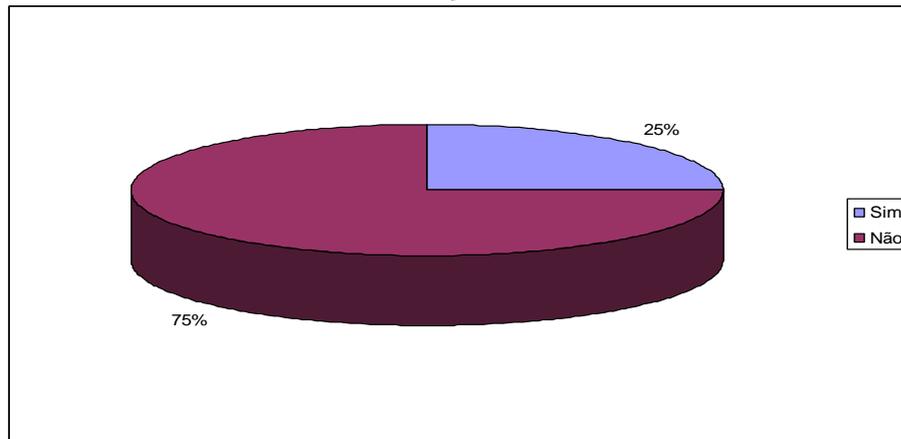
A pesquisa contribui com a prática, compromisso e aperfeiçoamento da competência profissional intelectual. Dessa forma, é importante reconhecer que a realidade é complexa, contraditória, abrangendo não só um olhar que questiona e busca respostas, mas também aquele que se compromete e quer mudança para além dos fenômenos aparentes. Sem as necessárias indagações sobre os complexos sociais, deixamos de ver o que está por trás do cotidiano, da mecânica e burocrática rotina de trabalho. A prática não questionada pode ocultar, obstar novas concepções, novas avaliações, restringindo, conseqüentemente, o processo de reconstrução da profissão, tão caro historicamente e tão importante para a categoria.

Pela trajetória histórica da profissão, constata-se a importância de fortalecer uma conduta investigativa capaz de proporcionar estímulo ao exercício profissional crítico. Nesse sentido, lamamoto (2012) sustenta que a pesquisa é identificada como um aspecto integrante do exercício profissional dos assistentes sociais, como uma dimensão para se alicerçar soluções capazes de motivar a construção de propostas profissionais que tenham alcance.

Portanto, necessário se faz estudar, aperfeiçoar o olhar mais profundo, crítico, ampliado, almejando expor a realidade a ser trabalhada pelo profissional com o compromisso ético da qualidade dos serviços prestados. O que o profissional faz no cotidiano gera conhecimento?

O estudo para os assistentes sociais é essencial para seu aprimoramento contínuo, para que haja um olhar crítico sobre sua prática profissional, bem como na busca de conhecimento. O trabalho diário exige uma análise profunda dos eventos que estão ocorrendo. Com a pesquisa, o trabalho passa a ter mais relevância para os profissionais à medida que participam dos processos de trabalho como um todo, colaborando e participando das decisões.

Gráfico 12: Distribuição das entrevistas quanto à prática do planejamento do trabalho realizado na instituição.

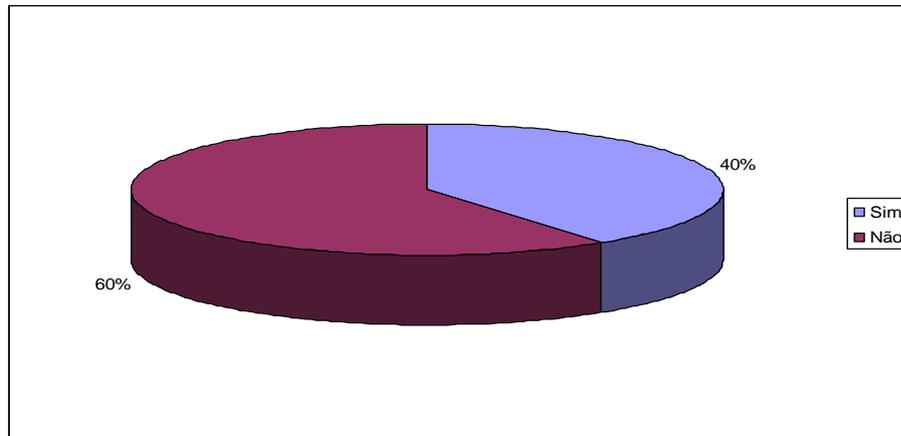


Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Em relação ao planejamento do trabalho realizado, o Gráfico 12 aponta que 75% das entrevistadas não planejam as ações efetuadas e 25% afirmaram realizar planejamento.

O planejamento é um ponto integrante da prática profissional, visto ser uma exigência para se elaborar respostas capazes de incentivar a criação de propostas profissionais que atinjam e possibilitem atribuir materialidade aos princípios ético-políticos, orientadores do projeto profissional. Para isso, é imprescindível uma cautelosa análise das situações ou fenômenos sociais que são objeto de trabalho do assistente social. O planejamento das ações dá visibilidade a estas e maior autonomia ao profissional de saúde.

Gráfico 13: Distribuição das entrevistas quanto à participação do/a assistente social em conselhos, movimentos e lutas sociais.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Com base nos dados colhidos, 60% das entrevistadas não participam dos conselhos, movimentos e lutas, e 40% participam.

Os Conselhos são meios marcantes de participação coletiva e de elaboração de novas relações políticas entre o Estado e os cidadãos e, principalmente, de concepção de um processo permanente de diálogo público. Por meio deste diálogo, almeja-se apresentar alternativas de políticas públicas, originar espaços de debate, assegurar métodos de negociação e pactuação (RAICHELLIS, 2009).

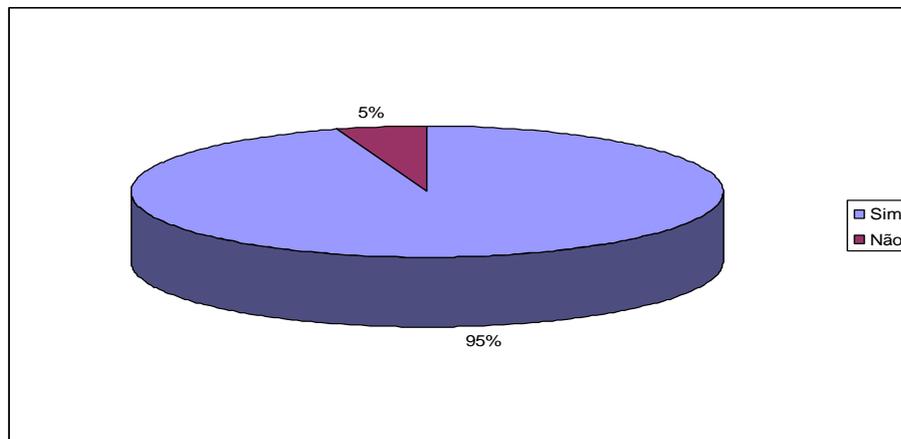
Correia (2009, p. 118) ressalta: “Os Conselhos têm uma representatividade muito mais política do que social, expressando uma coerência entre a sua composição e o projeto político que o inspirou”. São espaços de defesa, conquista de direitos e de pressão política.

Sabe-se que a participação de profissionais na construção e fortalecimento dos conselhos, no caso da saúde – nos conselhos de saúde –, supõe uma atitude oposicionista aos interesses dominantes, na ideia de modificar esses espaços em virtude da defesa e conquista de direitos e de força política e domínio social. É possível e necessário articular ação cotidiana com ação política, visando ao fortalecimento do controle social e da participação de usuários e trabalhadores numa luta que é coletiva. É imprescindível para o profissional fomentar, junto com os/as usuários, sua própria organização, contribuir para que possam somar a essa luta que é coletiva.

Além das necessidades dos espaços sócio-ocupacionais em que o assistente social está inserido, este procura atuar ainda nos movimentos populares para o fortalecimento das lutas sociais e organizações dos trabalhadores. Nesse sentido, ele contribui para ações coletivas dos indivíduos com os quais trabalham na busca da defesa, do alcance, e da expansão dos direitos e da idealização de uma sociedade emancipada (CFESS, 2013).

No âmbito do Serviço Social, na área da saúde e em outras áreas, há um movimento para a implantação de fóruns, inserindo maior articulação entre a esfera do trabalho e da formação profissional como a sua organização sindical. A colaboração dos assistentes sociais para contribuir no avanço da esfera pública no campo das políticas sociais é essencial, como estabelecer à profissão e aos profissionais a articulação cada vez mais qualificada, tanto sob a égide teórico-metodológica como do ponto de vista ético-político, com vistas ao exercício de participação política nos conselhos, fóruns e sindicatos.

Gráfico 14: Distribuição das entrevistas quanto ao conhecimento do PEPSS.



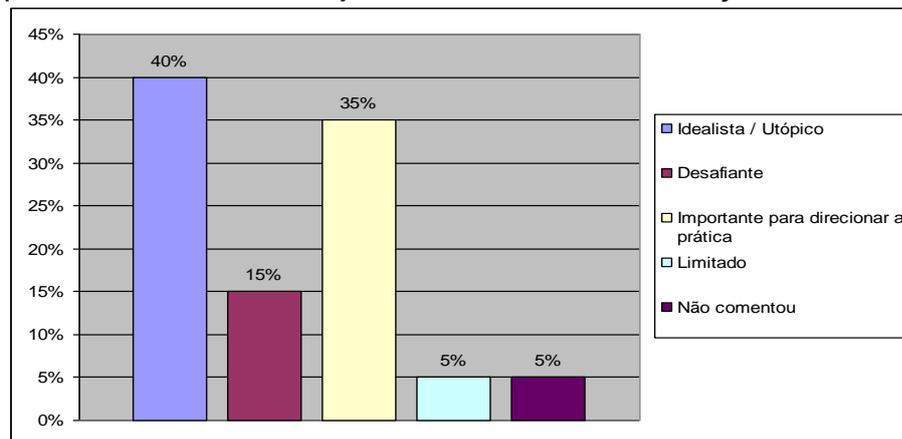
Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Em relação ao PEPSS, 95% das entrevistadas responderam que o conhecem e 5% que não conhecem.

Refletir projetos profissionais em seu aspecto coletivo pressupõe compreender o âmbito de materialidade que alia condições objetivas e subjetivas na compreensão da realidade. Um projeto estrutura-se num contexto de diversas determinações e exige a apreensão da realidade em sua totalidade.

O PEPSS, inaugurado no final de 1990, tem como uma de suas expressões analisar a profissão no contexto histórico, possibilitando o pensamento das particularidades da sua relação com outros sujeitos sociais e profissionais, na pretensão, sob determinadas situações socioeconômicas, políticas e culturais, de assegurar alianças e parcerias na defesa de valores e princípios que visam à emancipação humana. Procura alcançar a condição de excelência profissional, embasado em fundamentos institucionais e legais, como a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética Profissional. Adota princípios, conceitos e diretrizes que, em ampla medida, já integram, parcialmente, o discurso e a produção intelectual da profissão, determinando a sua direção social e política no Brasil. Esse direcionamento ocorre por meio de três pilares: político-organizativo, com o fortalecimento das entidades representativas da categoria – ABEPSS, CFESS/CRESS e ENESSO; acadêmico, com as Diretrizes Curriculares, a expansão da pesquisa e da produção intelectual e técnica que ratificam aquela construção; e a criação de novos instrumentos de mobilização profissional e regulação jurídica da profissão (MOTA, 2009).

Gráfico 15: Distribuição das entrevistas referentes ao comentário do profissional sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social



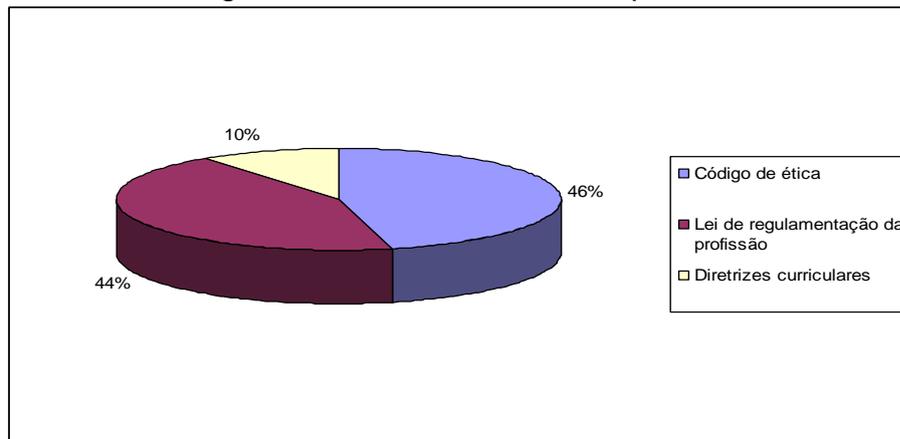
Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Os dados identificados evidenciam como os profissionais veem o PEPSS: 40% acham o projeto utópico/idealista, 35% o acham importante para direcionar a prática, 15% o acham desafiante, 5% o acham limitado e 5% não opinaram.

O fortalecimento do PEPSS ocorre a partir de sua concretização pela

intervenção profissional, exigindo da categoria a apreensão de que tal mecanismo não advém do resultado concreto das ações individuais e coletivas dos sujeitos profissionais. Nesse aspecto, não é suficiente a visão idealista dos profissionais em relação aos princípios que baseiam o projeto profissional, mas o desvendar da realidade social e de suas contradições.

Gráfico 16: Distribuição das entrevistas quanto à efetivação dos instrumentos legais do PEPSS no cotidiano profissional.



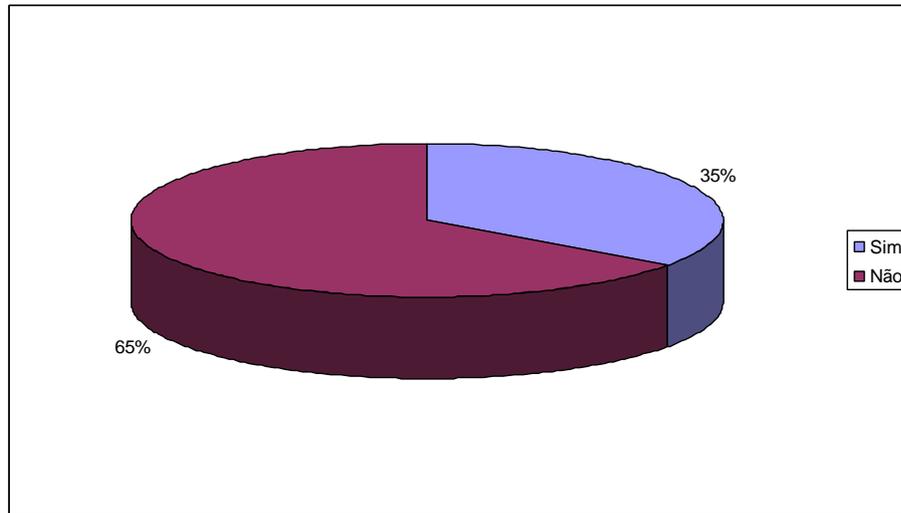
Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Em relação à utilização dos instrumentos legais do PEPSS, nota-se que 46% das entrevistadas utilizam o Código de Ética, 44% utilizam a Lei de Regulamentação da Profissão e 10% utilizam as Diretrizes Curriculares.

Na década de 1990, foram aprovados a Lei de Regulamentação da Profissão – Lei 8.662 – e o atual Código de Ética dos/as assistentes sociais (CEP). O CEP foi sintetizado por meio de lutas e conquistas, revelando o crescimento das reflexões iniciadas nas décadas de 1970-1980 e demonstradas no Código de 1986. O CEP vigente mostra sua consistência histórica e atual voltada para a defesa dos interesses da classe trabalhadora. Somente uma sociedade “para além do capital” proporcionará a ampla realização dos indivíduos sociais e de novos valores.

O Código de Ética nos revela uma direção ético-política, um caminho para o exercício profissional. O desafio é a concretização dos princípios éticos na prática do trabalho, provocando a autonomia, emancipação e a ampla expansão dos indivíduos sociais. Os princípios no Código de Ética são eixos que orientam os percursos a serem seguidos, a partir de algumas atividades fundamentais, pactuados e assumidos coletivamente pela categoria.

Gráfico 17: Distribuição das entrevistas quanto à participação dos profissionais nos debates e acompanhamento dos encontros regionais e nacionais CFESS/CRESS.



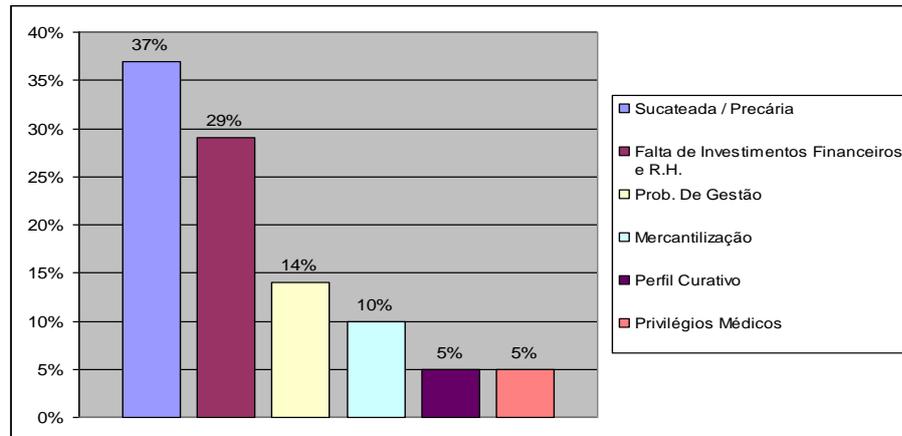
Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Apenas 35% das entrevistadas participam de debates do conjunto CFESS/CRESS e 65% não participam. As assistentes sociais que não participam alegaram falta de tempo.

No que tange à sua capacidade organizativa, o conjunto CFESS/CRESS é formado por entidades associativas e organizativas, que exercem sua capacidade de decisão e formulação, articulados aos interesses históricos das classes profissionais, procurando estimular e organizar a categoria, no sentido de reunir forças, fortalecer ideias e princípios, como reestruturar os mecanismos que possibilitem o processo real de materialização do PEPSS.

É preciso destacar a importância da compreensão dos limites, da autonomia da atividade profissional, diante da condição de trabalhador assalariado. Os assistentes sociais, como os demais trabalhadores, estão sujeitos ao processo de mercantilização do trabalho abstrato, impregnando-os dos problemas da alienação, que impõe exigências à autonomia do/a assistente social na direção do seu trabalho e na completa execução do projeto profissional (MOTA, 2009, p. 54).

Gráfico 18: Distribuição da posição dos profissionais sobre a atual política de saúde pública no país.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

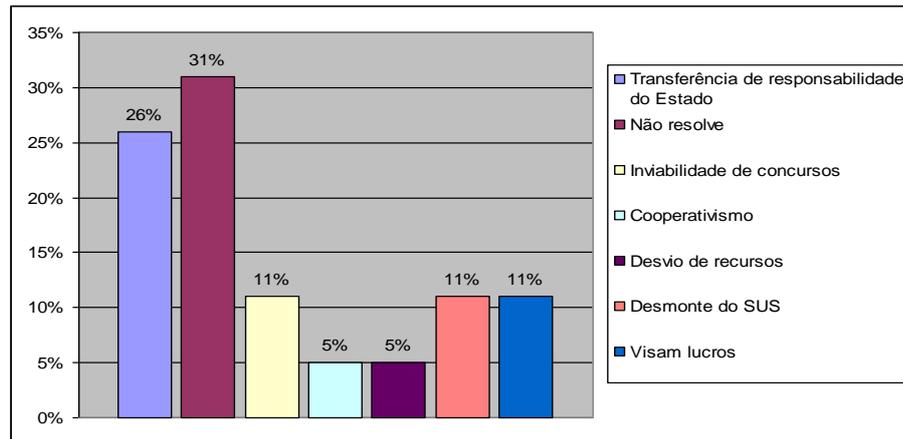
Necessário se faz o destaque acerca dessa distribuição dos profissionais sobre a contemporânea política pública no país: 37% das entrevistadas consideram a saúde pública brasileira sucateada/precária, 29% acham que faltam mais investimentos financeiros na área da saúde, 14% avaliam que os problemas de saúde estão relacionados à gestão, 5% afirmam que a saúde pública possui um perfil curativo e 5% consideram os médicos a categoria mais privilegiada pelo sistema de saúde.

A saúde pública brasileira enfrenta diversos desafios que integram um cenário complexo de eixos estratégicos envolvidos, como dificuldades referentes à relação público-privado, controle social enfraquecido, falta de investimentos e manutenção, entre outros. Essa situação, aliada a obstáculos estruturais e conjunturais, como concretização da renda, desigualdades sociais, econômicas e culturais, características do cenário brasileiro, são relativas ao desmonte da seguridade social e do conjunto das políticas brasileiras. Conforme Bravo (2011, p. 45), a saúde e o Serviço Social não passam ao largo dessa tensão, conforme elucidada:

A totalidade social é extremamente complexa e as relações que envolve não são similares. É importante, ao analisar as questões colocadas, visualizá-las como totalidades concretas que se articulam com totalidades mais amplas e abrangentes. Essas totalidades estão em movimento e este é determinado por um jogo de forças, no qual há vetores que tendem a manter a configuração dos fenômenos ou tendem a desestruturá-los, transformá-los.

O trabalho do assistente social na saúde pública pode ter como embasamento central a procura frequente da interdisciplinaridade/ intersetorialidade dos conhecimentos e das novas exigências da profissão, associada ao princípio do Projeto da Reforma Sanitária e PEPSS.

Gráfico 19: Distribuição das entrevistas quanto ao papel das Organizações Sociais na Saúde (OSs).



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

O Gráfico 19 apresenta, em percentuais, os comentários das entrevistadas a respeito do papel das Organizações Sociais na Saúde (OSs): 31% veem que as OSs não resolvem os gargalos da saúde pública, 26% consideram transferência de responsabilidade estatal, 11% afirmam que as OSs inviabilizam concursos públicos, 11% afirmam que as OSs são um desmonte do SUS, 11% entendem que as OSs visam lucros, 5% acham que as OSs favorecem o cooperativismo lucrativo e os 5% finais afirmam que as OSs desviam recursos públicos.

As estratégias do Estado brasileiro em camuflar o processo de privatização dos bens públicos, como a educação e, particularmente, a saúde, vêm sendo debatidas na Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. A implementação das Organizações Sociais (OSs) é um mecanismo de repasse de recursos públicos e transferência de responsabilidades para o setor privado.

A “parceria” público-privado se dá por meio de repasse financeiro, do serviço público, de patrimônio, do pessoal e de equipamentos básicos e essenciais ao funcionamento desses serviços.

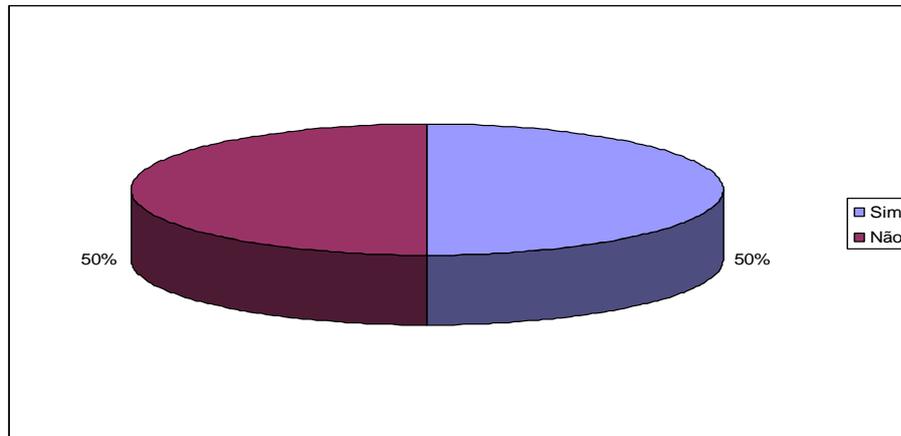
As OSs surgem em 1998 e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) em 1999. Ambas possuem a mesma natureza, sendo criadas por meio do Projeto de Lei das Fundações Estatais de Direito Privado. O diferencial entre elas se dá no modo como são contratadas: enquanto as OSs são firmadas por meio de contratos de gestão, as OSCIPs se dão por meio de termos de parceria.

Outro meio de repasse dos recursos públicos à iniciativa privada ocorre pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. Foi criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. Além disso, presta serviços de apoio às instituições públicas federais de ensino nas áreas de ensino, pesquisa, extensão, ensino-aprendizagem e formação de pessoas no campo da saúde pública.

A lógica da política neoliberal é enfraquecer certos serviços para justificar que não deveriam estar na mão do Estado, ou seja, passa-se a ideia de que o Estado, como prestador de serviços, é moroso. Difunde-se a ideia de que são serviços a serem prestados e não direitos a serem garantidos. É um processo de desconstrução das conquistas democráticas em todas as áreas. Nesse sentido, o SUS não conta com a garantia da sua operacionalização e sobrevivência.

O SUS de qualidade não existe, as condições de trabalho são precaríssimas. Está-se longe da garantia de saúde como direito. Existem sistemas de saúde, paralelos ao SUS, que operacionalizam e determinam o setor. A população tem o SUS, mas quem pode pagar por um plano de saúde, paga. Paga duas vezes, com impostos altíssimos e não têm serviços assegurados. Passa-se a ideia de que os serviços privados são melhores. O Estado passa a ser o Comitê para administrar os negócios do mercado. A lógica do capital é a lógica do mercado que interfere na política de saúde.

Gráfico 20: Distribuição das entrevistas quanto à realização de reuniões para avaliação do trabalho.

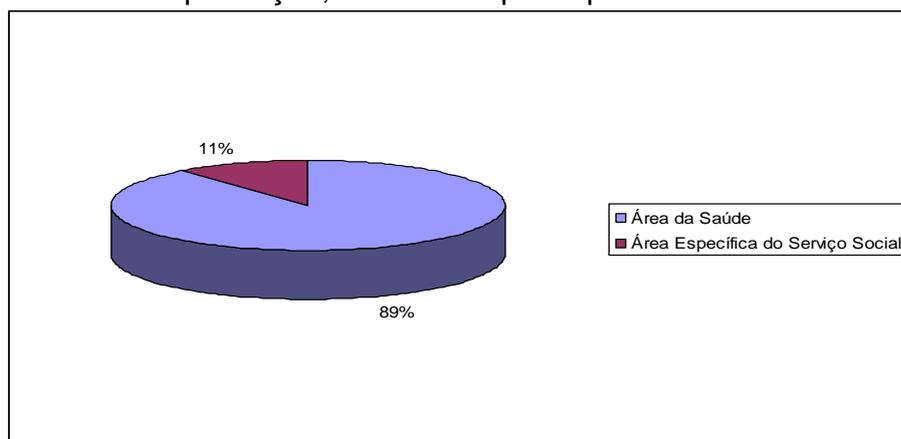


Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Este dado proporciona uma visão de que a metade (50%) das entrevistadas promove reunião para avaliar o trabalho realizado e a outra metade não realiza.

A leitura prevalente da atividade profissional é de que ela não pode ser estudada isoladamente, mas em seus aspectos, sejam eles internos, que dependem do desempenho do profissional, ou externos, determinados pelas circunstâncias sociais nas quais se dá a prática do assistente social (IAMAMOTO, 2012).

Gráfico 21: Distribuição das entrevistas quanto às principais áreas dos cursos de capacitação, escolhidos pelos profissionais.



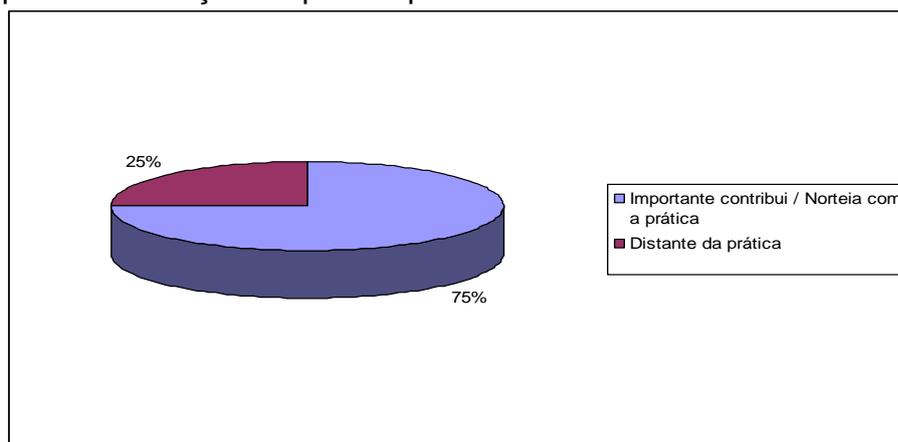
Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Em relação aos cursos de capacitação, a pesquisa demonstrou que 89% realizam cursos específicos na área da saúde e 11% específico para o Serviço Social.

É importante ressaltar que a qualificação e o aprimoramento teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo possibilitam a superação do imediatismo e do entendimento sobre a manifestação ideológica, a legitimação em relação ao mercado de trabalho, pela ocupação de espaços em que equipes multiprofissionais valorizem a comunicação/relação com os movimentos sociais e as entidades organizativas da categoria (COELHO, 2013).

A educação permanente possibilita uma atuação profissional para além do trabalho, do fazer imediato, contribui com o profissional, no sentido de realizar uma crítica ontológica do cotidiano, olhar esse cotidiano para projetá-lo. Nesse sentido, o PEPSS dá uma direção, contribui para o profissional não pensar a profissão só dentro do espaço sócio-ocupacional, mas transcender esse espaço, para que ele possa executar a atividade profissional, descobrir o que está encoberto pelo costume, pelo convencional, pelo poder. Nesse rumo, os processos sociais e o estudo da realidade social passam a ser vistos como integrantes indissociáveis do exercício profissional.

Gráfico 22: Distribuição das entrevistas quanto à importância da teoria para a realização da prática profissional.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Quando questionados sobre a importância da teoria em relação à prática profissional, a pesquisa demonstrou que 75% das entrevistadas afirmaram que a

teoria contribui e norteia a prática, e 25% a consideram distante da prática. Refere Marx (1978, p. 26):

A teoria é a forma de organização do conhecimento científico que nos proporciona um quadro integral de leis, de conexões e de relações substanciais num determinado domínio da realidade. É um sistema de representações internas, às leis do seu funcionamento e aos processos e operações no domínio teórico e prático da realidade que norteiam os homens no processo de conhecimento e na atividade transformadora. Por isso, então, na teoria marxiana a questão do conhecimento está internamente ligada com a questão da transformação. O conhecimento visa a transformação que é a prática social.

Para Santos (2013), a prática em seu mais amplo sentido e, particularmente, a produção destaca sua natureza fundamental da teoria na medida em que esta se revela ligada às necessidades práticas do homem social. O que caracteriza a prática é uma ação voltada a um objeto com finalidade de transformá-lo em algo inicialmente previsto, mesmo que não se tenha ciência dessa finalidade, contudo, o resultado final é um produto efetivo, real, que nem sempre é aquele almejado.

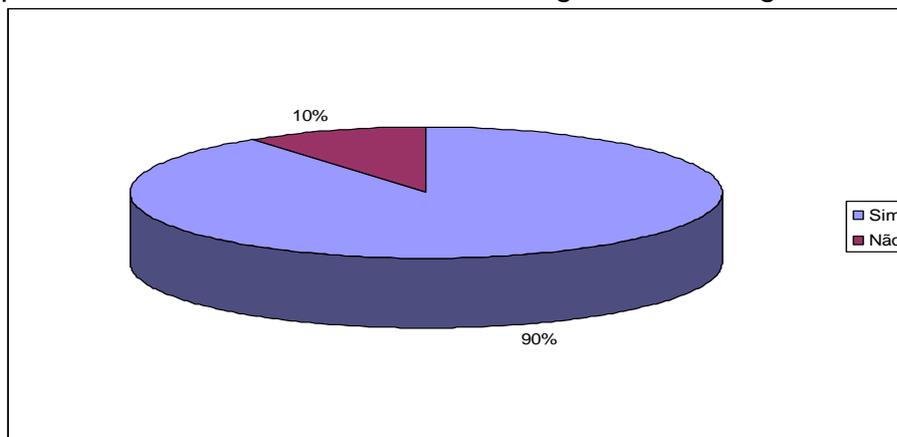
Nesse sentido, Lukács (1978, p. 112) afirma:

Cada práxis é imediatamente dirigida para alcançar um determinado fim concreto. Precisa, portanto, conhecer a verdadeira constituição daqueles objetos que servem de meio para tal finalidade, onde na constituição entram também as relações, as possíveis conseqüências. Portanto a práxis é inseparável do conhecimento.

A teoria é para iluminar a prática, o fazer é iluminado pelo pensar. A teoria está encarregada de desvendar os processos reais e históricos que desencadeiam a dominação de uma classe sobre a outra. Nesse sentido, ela estabelece uma relação dialética com a atividade profissional, ou seja, uma relação de reciprocidade e simultaneidade, e não uma relação hierárquica.

Se a própria relação teoria e prática é uma relação dialética, a teoria não pode existir separadamente da prática, que fornece a teoria para pensar, nem vice-versa. A teorização permite que haja a crítica da própria experiência e a construção de um projeto de mudança. Os debates dão-se, fundamentalmente, por meio da argumentação, apoiada em conceitos.

Gráfico 23: Distribuição das entrevistas quanto ao caráter imediatista da profissão nas unidades de saúde de urgência e emergência.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Os dados deste gráfico retratam que 90% das entrevistadas consideram a profissão nas unidades básicas de saúde de urgências e emergências de cunho imediatista, e 10% acham que não.

O significado semântico da palavra emergente premia a necessidade de (re)conhecer os processos que se encontram evidentes aos fenômenos, para que o profissional possa deter um conjunto de conhecimentos que ultrapassa a realidade imediata e lhe capacite apreender a dinâmica conjuntural e a correlação de forças manifesta ou oculta. No aspecto emergencial, as ações profissionais tendem não apenas a realizar o atendimento da necessidade imediata, como ainda a se vincularem aos projetos sociais das classes que mediatizam (GUERRA, 2011).

Assevera Coelho (2013, p. 06):

Ao limitar o exercício profissional ao domínio dos instrumentos e técnicas de intervenção, o profissional reproduz acriticamente a função operativa que cabe ao assistente social na divisão social e técnica do trabalho, respondendo de forma imediata às expressões da questão social.

O conflito consiste em entender os elementos que norteiam o trabalho profissional no cotidiano e resgatar o caráter social da imediaticidade, nos quais se encobrem as amplas mediações absorvidas pela sociedade e se encontram as possibilidades para que, objetiva e subjetivamente, haja o processo de superação do entendimento para a razão dialética (COELHO, 2013).

A realidade não se mostra no imediato, ela se mostra e se esconde, sendo necessário descortinar, desvelar essa realidade para além do véu, ou seja,

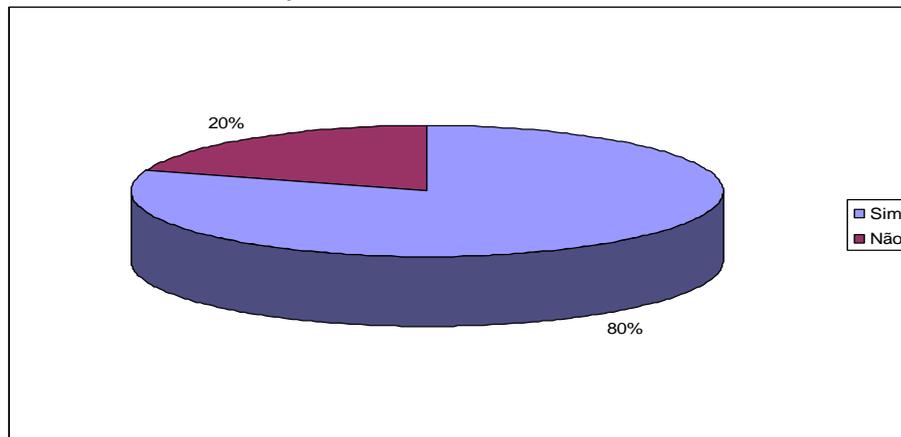
suspender, elevar-se momentaneamente o cotidiano. Kosik (1976, p. 79) escreve a respeito:

Na cotidianidade, a atividade e o modo de viver se transformam em um instintivo, subconsciente e inconsciente, irrefletido mecanismo de ação e de vida. A cotidianidade se manifesta como a noite da desatenção, da mecanicidade e da instintividade, ou então como mundo da familiaridade.

O profissional que age metodicamente com as mesmas atividades rotineiras, espontânea e irreflexivamente, se pauta apenas pela lógica da concentração dos estímulos e respostas imediatas, torna-se um imediatista sem momentos de pausa para reflexão do fazer profissional.

O contexto atual está inserido em certos aspectos determinados. O estudo da prática constitui, em certa medida, apenas a via de acesso à compreensão e à descrição da realidade. Necessário se faz ultrapassar o mundo sensível, tornando-se suficientemente crítico para ir além e procurar descobrir a essência escondida das coisas, possibilitando ao profissional realizar uma abordagem além da percepção (KOSIK, 1976).

Gráfico 24: Distribuição das entrevistas quanto às implicações das ações de caráter imediato para o distanciamento do PEPSS.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

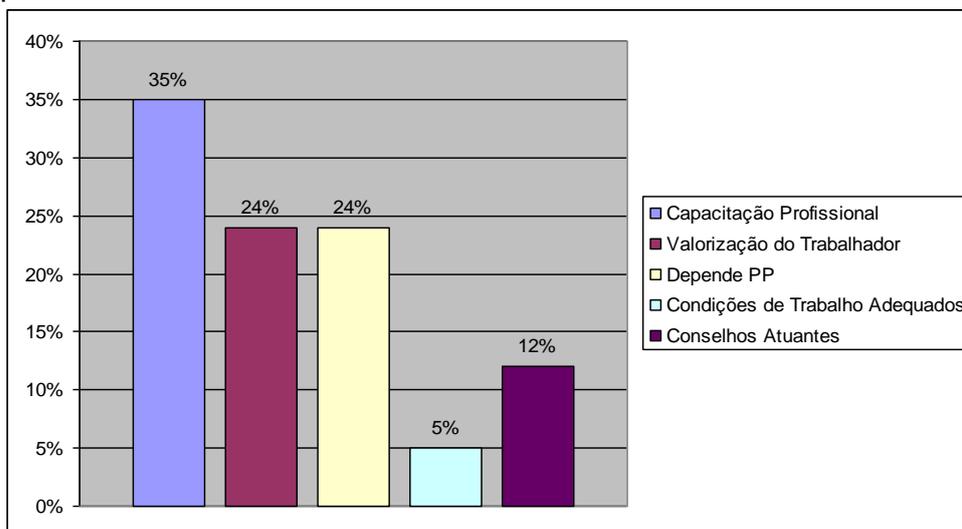
A respeito do distanciamento do PEPSS da prática realizada pelos assistentes sociais na saúde, 80% afirmaram que as ações de caráter imediato contribuem para o distanciamento do projeto profissional, e 20% acham que não.

O assistente social, ao desempenhar de maneira acrítica os procedimentos e as atividades diárias, guia-se pela imediaticidade, e a sua prática

profissional nega, despreza ou desconhece as especificações, as contradições e as mediações sócio-históricas que surgem das relações de produção e reprodução social que a sociedade estabelece entre si e com a natureza e as condições materiais de existência dos homens. Nessas condições, o profissional nega os fundamentos históricos, teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos que alicerçam o projeto profissional (COELHO, 2013).

O atendimento emergencial incorpora toda a jornada de trabalho, os profissionais não dispõem de tempo para indagação acerca da realidade e do cotidiano da prática profissional. Para sanar as inúmeras exigências do cotidiano, os assistentes sociais passam a agir de forma espontânea, executando atividades rotineiras que os levam a moverem-se mecanicamente, automaticamente, sempre no âmbito da individualidade. Nessas condições, os profissionais absorvem apenas a aparência da realidade por meio da imediaticidade (COELHO, 2013).

Gráfico 25: Distribuição das entrevistas sobre a materialização do PEPSS na prática profissional.



Fonte: Banco de Dados, Diana Rezende, 2013.

Em relação à materialização do PEPSS, 35% acham necessária a capacitação profissional, 24% relatam que é necessária maior valorização profissional, 24% afirmam que a prática depende das políticas públicas, 12% consideram que os conselhos precisam ser mais atuantes, e 5% apontam serem necessárias melhores condições de trabalho na saúde.

O profissional, com visão crítica da realidade e da atividade laborativa, fortalece o PEPSS quando defende as políticas públicas; quando o usuário não é tutelado; quando o usuário não é visto como vulnerável; quando o usuário não é manipulado. No dia a dia o profissional realiza ou não esse projeto quando luta contra o trabalho precário; quando estimula o usuário a participar. O profissional está defendendo o projeto quando participa dos movimentos sociais, das entidades da categoria, e de outras profissões que partilhem dos princípios do PEPSS.

O Projeto contribui para o profissional caminhar, não um caminho aleatório, mas com direção. Não é um receituário, nem uma cartilha, mas dá ao profissional uma responsabilidade diante do mundo e da sociedade. Revela-se no dia a dia a possibilidade efetiva de imprimir direção política para as ações profissionais do/a assistente social.

CONSIDERAÇÕES

O presente estudo possibilitou analisar o trabalho dos/as assistentes sociais no âmbito da saúde pública à luz do PEPSS. E buscou-se verificar como a prática contribui para a materialização do PEPSS.

Para percorrer esse caminho de analisar a profissão na área da saúde, as categorias trabalho, contradição, imediatividade, entre outras, serviram de referência neste estudo.

Assinalaram, inclusive, os aspectos determinantes histórico-conjunturais que vêm mudando o quadro do mercado profissional de trabalho, a formação, exigências e funções de qualificação desse trabalhador especializado, que requer, também, novas respostas profissionais, no âmbito do trabalho e da capacitação para o seu exercício (IAMAMOTO, 2012). Ao pesquisar tal proposta, buscou-se evitar um estudo da profissão, a partir de contextos meramente técnicos sem considerá-la como resultado de processos históricos mais abrangentes.

O trabalho desenvolvido pelos/as assistentes sociais nas unidades básicas de saúde de urgência e emergência de Goiânia ocorre por meio do atendimento direto aos usuários do Sistema Único de Saúde, que buscam o Serviço Social de forma espontânea ou encaminhada por outros profissionais de saúde. As ações que predominam no atendimento nas unidades básicas de saúde de urgência e emergência são: orientação ao usuário em suas dificuldades; marcação de consultas e exames; contato com instituições sociais e com familiares de usuários que são atendidos em decorrência de acidentes domésticos, automobilísticos, violências, intoxicações e outros; comunicação de óbitos; notificação dos casos de violência; realização de abordagens junto aos usuários em fila, sala de espera, enfermarias, orientando-lhes quanto aos serviços da Rede de Saúde, dentre outros.

Diante desse cenário de demandas e respostas imediatas, as unidades de saúde de urgência e emergência apresentam-se como um espaço de atuação tenso, contraditório e desafiador para o assistente social, comprometido com a construção de práticas democráticas e coletivas na saúde.

Como a pesquisa confirmou, há um distanciamento do trabalho dos assistentes sociais no âmbito da saúde pública, nas Unidades de Urgência e Emergência e o PEPSS. Demonstrou, também, ser este um trabalho expresso por ações imediatas, fragmentadas, pela ausência de planejamento, de pesquisa e de

análise crítica sobre seu cotidiano profissional, ou seja, uma prática que ainda necessita estar à luz do projeto profissional rumo a outro projeto societário.

A trajetória do Serviço Social brasileiro, no que se refere à ruptura com o conservadorismo, requer profissionais que não objetivam somente atuar de modo tradicional e imediatista, mas que compreendam que as respostas às demandas que lhes são postas implicam entender os significados sociais de tais demandas e intervenções que lhes possam atribuir outros.

As recentes demandas postas à profissão do Serviço Social, em cenário atual de hegemonia do capital financeiro e do padrão flexível, são manifestações fenomênicas das contraposições e adversidades da sociedade burguesa, respostas colocadas em outro patamar.

Os assistentes podem trilhar um caminho para além das atividades paliativas ou imediatas, existentes apenas para aliviar as tensões do sistema, fazer arranjos, resolver temporariamente o que, ainda, não tem solução: a “questão social”, objeto da economia capitalista. Nesse sentido, nessa realidade, a pesquisa de campo demonstrou que uma quantidade considerável de profissionais ainda privilegia ações no plano do imediato, com inexistência de pesquisa, de planejamento e o domínio da prática irreflexiva, que enfraquece a consolidação do PPEPSS, obstaculizando a sua materialização.

As atividades, ocorridas na vida cotidiana, objetivam a busca por respostas, justificadamente, às demandas imediatas da produção e reprodução social. Observando que as demandas cotidianas são amplas, vastas, complexas, contraditórias, diferenciadas e imediatas, os sujeitos concluem por conduzi-las de forma superficial, dado que a prioridade da vida cotidiana está em responder e solucionar os fenômenos na sua extensividade, e não na sua intensividade.

É importante que a categoria reflita se está avançando para a ruptura definitiva com o conservadorismo ou se continua só na intenção de ruptura. Compreender que esse traço da cultura política, do improvisado, fragmenta as ações profissionais e fortalece a lógica do sistema capitalista é imprescindível ao assistente social. Nesse sentido, não dá para o profissional abrir mão da razão, já que se faz necessário sair do campo das ações parciais e perceber o movimento dialético e contraditório da realidade, ter clareza de como a história vem se arrastando e priorizando a riqueza na mão de poucos. Assim, é de fundamental relevância

entender o movimento próprio das políticas públicas em um constante processo de continuidades e rupturas.

O profissional fortalecido no entendimento de um projeto emancipatório amplo identifica que, sem uma transformação fundamental no campo da formação e no contínuo aperfeiçoamento intelectual, torna-se complicado entender e lutar contra a ofensiva neoliberal e seus respectivos desdobramentos que acometem pontualmente a classe trabalhadora.

O sistema do capital é profundamente contraditório, em virtude da subordinação hierárquica do trabalho ao capital, que apodera completamente, e deve sempre se apoderar do trabalho, do poder de decisão. Essa adversidade estrutural impera em todos os locais, desde os ínfimos microcosmos constitutivos até o macrocosmo que abrange as mais vastas estruturas e relações reprodutivas. E diretamente porque o antagonismo é estrutura, o sistema do capital é e deve sempre permanecer irreformável e incontrolável (MÉSZÁROS, 2011).

O combate à exploração só pode prosseguir, conectar-se e vincular-se estreitamente, com a luta contra a alienação, quer dizer, contra o mecanismo profundamente intrínseco à natureza do capitalismo, que não somente retira de cada trabalhador o produto do “trabalho vivo”, mas provoca a alienação (MÉSZÁROS, 2011).

A análise manifesta que as novas condições sócio-históricas reivindicam um profissional aprimorado com as expressões do tempo presente, época de capital fetiche, de “invasão” das Organizações Sociais, de diminuição de direitos, de exploração e precarização do trabalho. Contudo, os profissionais têm na solidificação de sua competência profissional a oportunidade de redimensionar as suas ações em direção à consolidação do PEPSS, para além dos espaços sócio-ocupacionais e à concretização de outra ordem societária.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). Diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa do Serviço Social / ABEPSS, Brasília, 1996.

AGUIAR, Zenaide Neto. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

ANTUNES, Ricardo. A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

_____. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

BAPTISTA, Tatiana Varas. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.). Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARROCO, Maria Lúcia Silva; TERRA, Sylvia Helena. Código de ética do/a assistente social comentado. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. São Paulo: Cortez, 2012.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Considerações sobre a ética na pesquisa a partir do Código de Ética Profissional do Assistente Social. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, Elaina Rossetti. Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. *et al* (orgs.). Serviço Social e saúde. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres; Ed. UnB, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de setembro de 1990.

_____. Lei nº 8.742/93, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 08 de dezembro de 1993.

_____. Lei nº 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 28 de dezembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990. v.1.

_____. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAZ, Marcelo Moura dos Reis. A contemporaneidade do capital e o Serviço Social: limites e possibilidades do projeto profissional. Projeto de pesquisa – ESS/UFRJ, 1999.

BRAZ, Marcelo Moura dos Reis; TEIXEIRA, Joaquina Barata. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CASTRO, Manuel Manrique. Igreja, relações de produção capitalistas e período de gênese da profissão. In: _____. História do Serviço Social na América Latina. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora/CELATS, 1989.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Lei de Regulamentação da Profissão. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Brasília: CFESS, 1993.

_____. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social. Brasília: CFESS, 2009.

_____. Política de Educação Permanente do conjunto CFESS-CRESS. Brasília: CFESS, 2013.

_____. Resolução CFESS n.º 383/99. Ementa: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Relator: Valdete de Barros Martins. DOU 29/03/1999. Brasília, DF: 1999.

COELHO, Marilene. Imediaticidade na Prática Profissional do Assistente Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

COHN, Amélia et al. A saúde como direito e como serviço. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed., São Paulo: Cortez, 2009.

COUTINHO, Carlos Nelson. O estruturalismo e a miséria da razão, 2ª ed, São Paulo: Expressão Popular, 2010.

Declaração de Alma-Ata. URSS, 1978.

Declaração Universal dos Direitos Humanos – adotada e proclamada pela Resolução nº 217-A, da III Assembleia Geral das Nações Unidas de 10.12.1948, 1948.

DE LAVOR, Adriano. Somos todos Aroucas. Revista Radis, Rio de Janeiro, nº 133, p. 18-19, 2013.

DOMINGUES, Bruno. Somos todos Aroucas. Revista Radis, Rio de Janeiro, nº 133, p. 22, 2013.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, Lídia et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. Metodologia e ideologia do trabalho social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1981.

FAUSTO, Boris. História do Brasil. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento Econômico, 1996.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. Curso de direito constitucional. 32. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 165.

FORTI, Valéria. Ética, Crime & Loucura. 3 ed., Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

GONÇALVES, Danielly Nilin. Os processos de anistia política no Brasil. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2008.

GRAMSCI, Antônio. Cadernos do cárcere: Maquiavel, notas sobre o Estado e a política. v. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do Serviço Social. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

HARVEY, David. O novo imperialismo. São Paulo: Loyola, 2004.

HOBSBAWM, Eric Jonh. A era das revoluções: 1789-1848. Lisboa: Editorial Presença, 1962.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. *Temporalis*, Revista da Associação de Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, Brasília: Grafline, ano 2, n. 3, p. 9-32, jan.-jul. 2001.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. *In*: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Renovação e conservadorismo no Serviço Social. Ensaio crítico. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 36. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2013.

JACOBI, Pedro Roberto et al. A saúde como direito e como serviço. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

KOSIK, Karel. Dialética do concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LESSA, Sérgio. Mundo dos homens: trabalho e ser social. São Paulo: Boitempo, 2002.

LUKÁCS, Georg. As bases ontológicas da atividade e do pensamento do homem. Revista Temas, São Paulo: Ciências Humanas, n. 4, 1978.

MARTINELLI, Maria Lucia. A perspectiva do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) (Org.). 30 anos do Congresso da Virada (1979-2009). Brasília: CFESS, 2009. p. 97-104.

_____. O Trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 107, 2011.

MARTINS, Sérgio Pinto. Direito da Seguridade Social. São Paulo: Atlas, 2002.

MARX, Karl. O capital. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MÉSZÁROS, István. A crise estrutural do capital. 2. ed. rev. e ampliada. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. A teoria da alienação em Marx. São Paulo: Boitempo, 2006.

_____. O conceito de dialética em Lukács. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. O desafio e o fardo do tempo histórico: o socialismo no século XXI. São Paulo: Boitempo, 2007.

MIGUEL, Walderez Loureiro. O Serviço Social e a promoção do homem: um estudo de ideologia. 4. ed. Goiânia: Ed. UCG, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 23ª ed., Petrópolis/RJ: Vozes, 2004.

MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1990.

_____. Capitalismo monopolista e Serviço Social. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. A assistência social entre a produção e a reprodução social. Cadernos do Núcleo de Segurança e Assistência Social da PUC/SP/S, São Paulo, v. 2, p. 63-78, 1995.

_____. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

_____. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, ano 24, n. 79, p. 5-26, set. 2004.

_____. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. Rev. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 84, 2005.

_____. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Serviço Social e Saúde, São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Introdução ao método da teoria social. Rio de Janeiro: Cortez, 2009.

_____. Introdução ao estudo do método de Marx. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. Economia Política: uma introdução crítica. v.1. São Paulo: Cortez, 2006.

NUNES, Edison et al. A saúde como direito e como serviço. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RAICHELLIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: CFESS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. O assistente social como trabalhador assalariado. *Serviço Social & Sociedade*, nº 107, 2011. p. 423.

SANTOS, Josiane Soares. *Questão social: particularidades no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

VASCONCELOS, Ana Maria. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2009.

VIANA, Maria José de Faria. *Assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar: prevalência da proteção social plural ou mista, porém não pública*. Goiânia: Editora PUC Goiás, 2012.

ANEXOS

ANEXO 1
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

O/A Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa que tem como objetivo de analisar o trabalho do/a assistente social na Saúde Pública em Goiânia e o Projeto Ético Político Profissional. Este estudo pretende promover uma análise da prática profissional de assistentes sociais nas unidades básicas de saúde de urgência e emergência de Goiânia e a sua relação com o PEPSS. Este TCLE é parte integrante da dissertação de Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUCGO. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está redigido em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de desistência, por qualquer motivo que seja, o/a Sr. (a) não será penalizado sob hipótese alguma. Em caso de dúvida o/a Sr. (a) pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pelo telefone (62) 3946 - 1512. Para uma maior compreensão desse processo são prestados os seguintes esclarecimentos:

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Instituição de Ensino: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGO).

Curso: Mestrado em Serviço Social.

Pesquisa: O Trabalho do/a Assistente Social na Saúde Pública em Goiânia e o Projeto Ético-Político Profissional

Orientadora: Professora Dra. Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira. Telefones: (61) 8411-4160 e (61) 3965-7931.

E-mail: lilianafomentosocial@gmail.com

Pesquisadora Responsável: Mestranda Diana Alves de Rezende Kokrda.

Telefones: (62) 8592-6025 e (62) 8214-2127.

E-mail: dianaalvesrezende@hotmail.com

Esta pesquisa será realizada por **Diana Alves de Rezende Kokrda**, aluna regular no curso mestrado de Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, matrícula nº 2012.1.098.001.0005, tendo como objetivos:

1. Dos objetivos

- **Geral:** Analisar o trabalho do/a assistente Social nas Unidades Básicas de Saúde de Urgência e Emergência de Goiânia e sua relação com o PEPSS.

- Objetivos Específicos:

- a) Identificar as implicações do mundo do trabalho com o Serviço Social e o PEPSS;
- b) Verificar a processualidade da saúde pública no Brasil e no Serviço Social;
- c) Analisar como se concretiza na prática profissional, o PEPSS e quais os desafios à sua consolidação no âmbito da saúde pública.

2. Síntese dos procedimentos a serem utilizados na pesquisa: Como unidade empírica da pesquisa privilegiou-se os o estudo desenvolvido com 20 (vinte)

Assistentes Sociais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde de Goiânia, sendo que a coleta de dados refere-se ao período de 2006 a 2012.

A rede Municipal de Saúde de Goiânia dispõe de 13 unidades de urgências e emergências, para o atendimento das necessidades de saúde da população que estão distribuídas nos 09 (nove) Distritos Sanitários (DSs), onde os Assistentes Sociais atuam nos serviços de saúde. Como critério de inclusão neste estudo, os (as) Assistentes Sociais devem estar lotados em unidades de urgências e emergências e que concordarem em participar da investigação. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com questões relativas ao trabalho do Assistente Social nas Unidades Básicas de Saúde. As entrevistas serão agendadas previamente por telefone ou por endereço eletrônico em períodos formais de trabalho. Os dados após coletados serão analisados com base no referencial teórico adotado para este estudo.

3. Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo o (a) Sr. (Sra.) permitirá que o pesquisador, utilize as informações com ética e respeito. O/A Sr. (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda prosseguir participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) Sr. (Sra.). Sempre que julgar necessário deve solicitar mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone (62) 3261-1512 e/ou do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e/ou do PPSS/PUC Goiás.

4. Duração da Pesquisa: A realização dessa pesquisa ocorrerá nos meses de Setembro e Outubro de 2013.

5. Riscos e desconforto: Este projeto de pesquisa foi elaborado tendo em vista evitar situações de riscos aos sujeitos colaboradores relativos a situações de desconforto e mal-estar. No entanto, no momento da coleta de dados poderá surgir um desconforto emocional nos sujeitos colaboradores. Caso ocorra alguma situação que demande atenção especial de natureza social, jurídica e/ou psicológica, os sujeitos serão encaminhados para atendimento psicoterápicos à Clínica Escola de Psicologia da PUC-GO, sem ônus aos participantes da pesquisa. Será garantida a plena liberdade do participante se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, quando aplicável, sem penalização alguma.

- A Clínica Escola de Psicologia da PUC-GO (CEPSI) situa-se no endereço: Rua 232 nº 128, 2º andar, Setor Universitário. Goiânia-Goiás - (Próximo à Praça do Botafogo) - Telefone: 3946-1198.

6. Pagamento/Indenização: O Sr./Sra. participante da pesquisa não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma remuneração por sua participação, caso ocorra alguma despesa pessoal (transporte, alimentação e outros do gênero) em decorrência de sua participação o Sr./Sra. será ressarcido (a) pelo pesquisador. Caso o Sr./Sra. sofra algum dano decorrente da sua participação nesta pesquisa, a legislação brasileira permite que demande seus direitos relativos à indenização cabível nos termos da lei.

7. Confidencialidade: Será assegurada a manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa. As informações obtidas serão utilizadas para atender aos objetivos fins da pesquisa. O material transcrito será submetido à sua apreciação como colaborador (a). Sua identidade como sujeito colaborador desta pesquisa será mantida em sigilo, também terei o devido cuidado no manuseio dos instrumentos utilizados na coleta de dados, os quais ficarão seguramente arquivados e após cinco anos serão incinerados.

8. Benefícios: o benefício está em colaborar e partilhar com uma investigação científica que visa contribuir com a reflexão; entendimento da prática profissional no âmbito da saúde pública à luz do PEPSS. Presume-se que serão beneficiados posteriormente com o avanço dessa reflexão, os profissionais de Serviço Social no sentido do fortalecimento e materialização do projeto profissional. Presume-se que o Sr. (a) será beneficiado posteriormente com o avanço dessa pesquisa.

9. Destinação dos Resultados: Os resultados ficarão disponíveis no PPSS/NUPESC/PUC Goiás, na Biblioteca Central PUC Goiás e no Conselho Regional de Serviço Social - CRESS 19ª Região-GO.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar como colaborador desta pesquisa. Assim sendo, preencha, por favor, os seguintes itens:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): considerando os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da referida pesquisa.

Goiânia, ____ de _____ de 2013.

Nome do participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do orientador

ANEXO 2

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Eu, _____
RG nº _____ - ____/____/____ CPF nº _____,
abaixo assinado, concordo em participar como sujeito da pesquisa realizada pela
Mestranda Diana Alves de Rezende Kokrda, por meio do Mestrado de Serviço Social
da Pontifícia Universidade Católica de Goiás com o título “O TRABALHO DO/A
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA EM GOIÂNIA E O PROJETO ÉTICO-
POLÍTICO PROFISSIONAL”. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela
entrevistadora DIANA ALVES DE REZENDE KODRDA, sobre os procedimentos
nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de
minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a
qualquer momento, sem que essa decisão leve à qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome do sujeito ou responsável: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligada à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

Observações complementares:

Pesquisadora Responsável: Mestranda Diana Alves de Rezende Kokrda.

Telefones: (62) 8592-6025 e (62) 8214-2127.

E-mail: dianaalvesrezende@hotmail.com

ANEXO 3

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM ASSISTENTES SOCIAIS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Mestranda: Diana Alves de Rezende Kokrda

Questionário com Assistentes Sociais lotados nas Unidades Básicas de Saúde de Goiânia

Data da pesquisa: ____/____/____

Hora de início ____:____

I. Identificação:

1. Sexo do profissional (gênero)

Sexo: () Feminino () Masculino

2. Década de formatura

Ano de Formação: _____

3. Instituição formadora

Instituição de Formação: () PUCGO () Outras _____

4. Formação Profissional

() Especialização () Cursando () Completo

() Mestrado () Cursando () Completo

() Doutorado () Cursando () Completo

5. Tipo de vínculo profissional

() Estável () Contratado

6. Existência de outro vínculo profissional

Possui outro vínculo empregatício?

() Não () Sim. Especificar: _____

7. Carga horária de trabalho

() 05 dias na semana – Meio período () Plantão

8. Condições de trabalho e o sigilo profissional

II. ATUAÇÃO PROFISSIONAL

9. Principais atribuições desenvolvidas pelo assistente social na Instituição

10. Utilização dos parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na saúde

11. Desenvolvimento de pesquisa pelos profissionais em relação à realidade trabalhada

12. Prática do planejamento do trabalho realizado na instituição

13. Participação do/a assistente social em conselhos, movimentos e lutas sociais

14. Conhecimento do Projeto Ético-Político do Serviço Social

15. Comentário do profissional sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social

16. Efetivação dos instrumentos legais do Projeto Ético-Político do Serviço Social no cotidiano profissional

17. Participação dos profissionais nos debates e acompanhamento dos encontros regionais e nacionais CFESS / CRESS

18. Análise dos profissionais sobre a atual política de saúde pública no país
19. O papel das Organizações Sociais na Saúde (OSs)
20. Realização de reuniões para avaliação do trabalho
21. Participação do profissional de Serviço Social em cursos de capacitação
22. Principais áreas dos cursos de capacitação, escolhidos pelos profissionais
23. Importância da teoria para a realização da prática profissional
24. O caráter imediatista da profissão nas unidades de saúde de urgência e emergência
25. Implicações das ações de caráter imediato para o distanciamento do PEPSS
26. A materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social na prática profissional

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Assinatura do
Entrevistador

Assinatura do
Entrevistado

