

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

ANDRÉ LUIS DA SILVA

**A IMAGEM E IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL
EXPRESSAS NO COTIDIANO: UM ESTUDO A PARTIR DA DEMANDA DE
TRABALHO NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE**

Porto Alegre
2016

ANDRÉ LUIS DA SILVA

**A IMAGEM E IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL
EXPRESSAS NO COTIDIANO: UM ESTUDO A PARTIR DA DEMANDA DE
TRABALHO NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Serviço
Social da Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dra. Jane Cruz Prates

Porto Alegre
2016

Ficha Catalográfica

S586i Silva, André Luis da

A Imagem e a Identidade Profissional do Assistente Social expressas no Cotidiano : um estudo a partir da demanda de trabalho na Alta Complexidade em Saúde / André Luis da Silva . – 2016.

226 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Jane Cruz Prates.

1. Imagem Profissional. 2. Identidade Profissional. 3. Serviço Social. 4. Serviço Social na Área Hospitalar. 5. Demandas. I. Prates, Jane Cruz. II. Título.

ANDRÉ LUIS DA SILVA

**A IMAGEM E IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL
EXPRESSAS NO COTIDIANO: UM ESTUDO A PARTIR DA DEMANDA DE
TRABALHO NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Serviço
Social da Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 20 de dezembro de 2016

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Jane Cruz Prates – Orientadora

Prof^a. Dra. Berenice Rojas Couto – PUCRS

Prof^a. Dra. Leonia Capaverde Bulla – UFRGS

Prof^a. Dra. Edla Hoffmann –UFRN

Prof^a. Dra. Maria Lucia Martinelli – PUCSP

Porto Alegre
2016

Dedico este trabalho às melhores coisas da vida:
às pessoas que amo;
aos lugares onde estive e,
às memórias que fiz ao longo do caminho.

AGRADECIMENTOS

A epígrafe que apresento a seguir fala em transformar-se. Dessa forma, chego ao final dessa caminhada, iniciada há quatro anos, trazendo muito de antes, mas acumulando uma série de transformações. E isso é, a meu ver, o mais fantástico da vida, a mudança.

Ainda que o processo de construção dessa tese, e todas as transformações que dele decorrem, seja um processo solitário, eu não conseguiria nada se estivesse sozinho. E é porque nada fiz sozinho que preciso prestar meus agradecimentos aos que comigo, de uma forma ou de outra, me ajudaram a por aqui cada palavra, ideia e reflexão.

Eu sinto como se nesse tempo todo eu estivesse num trem e, de estação em estação, alguns entrassem e outros desembarcassem. Há aqueles que voltaram ao longo da viagem, mas, alguns não puderam continuar a viagem. E é a todos que quero agradecer:

Aos meus pais Vani e Valdir, por todo o amor, apoio e confiança. Meu pai desceu do trem no meio da viagem e sem avisar. Hoje não tenho mais sua presença física, apenas teus ensinamentos e teu exemplo de superação. Mãe, tua força para suportar tudo com um sorriso no rosto me faz crer que a vida vale a pena. Amo vocês. Aos meus animaizinhos de estimação pelo carinho genuíno, gratuito e despretensioso.

Ao restante da minha família pelo incentivo e pela compreensão diante de algumas ausências. Agradeço, também, pelo apoio diante das dificuldades. Vó Oly e Vô Eloina, a viagem de vocês chegou ao fim, sem que me vissem completar essa etapa, ficou a saudade e o exemplo de uma gente que luta e vence, mesmo diante de todas as dificuldades. Tios, tias, primos e primas... sou feliz por ter vocês junto comigo.

Aos/As muitos/as amigos/as com quem tenho convivido nos mais variados espaços. Esse foi o maior embarque e desembarque na viagem. Mas, mesmo assim, cada um e cada uma me permitiram reafirmar, como diz o provérbio, “quem encontra um amigo, encontra um tesouro”.

Aos colegas assistentes sociais com os quais trabalhei e trabalho, além daqueles com os quais estudo e estudei, agradeço pela partilha do cotidiano e dos ideais de uma nova ordem social. Um agradecimento especial à colega assistente social Simone Beier, nossa chefia no HCPA, pelo incentivo e pela compreensão

durante todo o processo de doutoramento. Amizades bonitas e intensas encontrei nesse grupo de trabalho.

Aos demais colegas de trabalho nos locais onde trabalhei, em especial no Departamento Municipal de Habitação de Gravataí e no HCPA. Locais onde muito aprendi, mas principalmente, onde fiz amigos para uma vida toda. Aos residentes e estagiários que confiaram a mim parte de suas trajetórias de formação, espero poder ter contribuído de alguma forma.

Ao PPGSS da Escola de Humanidades da PUCRS: professores, pessoal administrativo e aos colegas (graduandos e pós-graduandos), por todo ensinamento partilhado. Incontáveis momentos de debate e construção, sempre regados por respeito e acolhida, onde a amizade se consolidou. Professores e professoras empenhados em auxiliar-nos na nossa caminhada na produção de conhecimento nos fizeram perceber que a educação e seus valores são fundamentais para uma nova sociedade que almejamos. Colegas, por toda convivência e por tudo o mais, muito obrigado.

Às professoras Jane Prates e Leonia Bulla, minhas (eternas) orientadoras que de forma brilhante souberam conduzir meu processo de aprendizado, pesquisa e escrita, mas, sobretudo, pela amizade que construímos. As demais professoras da banca avaliadora, meu agradecimento pelo empenho em qualificar esta produção. Tenho o privilégio de contar com os olhos e mentes de expoentes do Serviço Social na minha arguição, o que me enche de orgulho.

À Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), agradeço pela bolsa de estudos, razão pela qual pude concretizar o sonho da pós-graduação. Os recursos da bolsa são públicos e daí decorre o compromisso de desenvolver com seriedade todo o processo de estudo e o seu produto.

Diz, ainda, a música de Arnaldo Antunes que o mundo é grande demais, e por isso, posso ter incorrido no esquecimento de algum agradecimento necessário. Assim, mesmo que implícito quero registrar que há um rol de pessoas, locais e sentimentos aos quais muito agradeço, mesmo que não os possa aqui nomear.

Por fim, a força mais importante de todas, Deus, pelo dom da minha vida e por me permitir conviver com todos aqueles me rodeiam, pelo amor que me invade e pelo amor que posso dar: Obrigado Senhor, por tudo...

*Coisas transformam-se em mim,
É como chuva no mar,
Se desmancha assim em
Ondas a me atravessar,
Um corpo sopro no ar
Com um nome p'ra chamar,
É só alguém batizar,
Nome p'ra chamar de
Nuvem, vidraça, varal,
Asa, desejo, quintal,
O horizonte lá longe,
Tudo o que o olho alcançar
E o que ninguém escutar,
Te invade sem parar,
Te transforma sem ninguém notar,
Frases, vozes, cores,
Ondas, frequências, sinais,
O mundo é grande demais.
Coisas transformam-se em mim,
Por todo o mundo é assim.*

Isso nunca vai ter fim.

Arnaldo Antunes

RESUMO

A presente tese sistematiza o estudo realizado sobre a imagem e a identidade profissional do assistente social e a relação com as demandas reportadas à profissão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), lócus de realização do estudo. A linha histórica de institucionalização do Serviço Social, em seus 80 anos de existência no Brasil, apresenta à sociedade uma profissão dotada de uma pluralidade de imagens e identidades profissionais que variam da coerção e do consenso até a profissão que luta pela transformação social. A pesquisa da qual resulta essa produção objetivou analisar a relação existente entre as demandas dirigidas ao assistente social na área hospitalar e a imagem e a identidade profissional do Serviço Social com vistas a apontar as particularidades do trabalho profissional na alta complexidade em saúde. A pesquisa realizada orientou-se pelo método dialético-crítico, com abordagem mista, através da técnica de análise documental para a coleta de dados que foram interpretados à luz da análise de conteúdo (BARDIN, 1979). Identificou-se que as demandas profissionais direcionadas ao Serviço Social no HCPA podem ser divididas em três grandes grupos: i) expressões de desigualdade vivenciadas pelos sujeitos; ii) providências e serviços relacionados à rede de Serviços de Saúde, entre setores e no domicílio; iii) procedimentos de acompanhamento ao paciente e/ou família. A sistematização dos dados e as análises permitem que se possa tecer como tese a ideia de que as demandas encaminhadas ao Serviço Social espelham a imagem da profissão que é parte constitutiva da sua identidade profissional, uma vez que, em sua relação dialética, a aparência (a imagem) revela aspectos de sua essência (a identidade). Pode-se afirmar que o assistente social é o profissional demandado para ser o elo entre os usuários e a instituição, os usuários e a rede de serviços e, ainda, entre a instituição e a rede de serviços. Ademais, em seu trabalho cotidiano, o assistente social tem contato com demandas, muitas vezes, aparentemente simples ou deslocadas de seu projeto ético-político, mas que exigem uma cadeia de mediações para que providências e procedimentos possam ser potencializados a partir de processos sociais mais substantivos na perspectiva da garantia de direitos.

Palavras-Chaves: Imagem Profissional. Identidade Profissional. Serviço Social. Serviço Social na Área Hospitalar. Demandas.

ABSTRACT

The present thesis systematizes the study carried out on the image and the professional identity of the social worker and the relation with the demands reported to the profession in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), locus of accomplishment of the study. The historical line of institutionalization of Social Work in its 80 years of existence in Brazil presents to society a profession endowed with a plurality of images and professional identities that vary from coercion and consensus to the profession that fights for social transformation. The research resulting from this production aimed to analyze the relationship between the demands directed to the social worker in the hospital area and the image and the professional identity of the Social Work with a view to pointing out the particularities of the professional work in the high complexity in health. The research was guided by the dialectical-critical method, with a mixed approach, through the technique of documentary analysis to collect data that were interpreted in the light of content analysis (BARDIN, 1979). It was identified that the professional demands directed to the Social Work in the HCPA can be divided into three main groups: i) expressions of inequality experienced by the subjects; ii) measures and services related to the Health Services network, between sectors and at home; iii) patient and / or family follow-up procedures. The systematization of the data and the analysis allow the thesis that the demands sent to the Social Work reflect the image of the profession that is a constituent part of their professional identity, since in their dialectical relation the appearance (the image) reveals aspects of its essence (identity). It can be said that the social worker is the professional demanded to be the link between the users and the institution, the users and the network of services, and also between the institution and the service network. In addition, in his daily work, the social worker has contact with demands, often seemingly simple or displaced from his ethical-political project, but which require a chain of mediations so that provisions and procedures can be leveraged from more social processes from the perspective of guaranteeing rights.

Keywords: Professional Image. Professional Identity. Social Work. Social Work in the Hospital Area. Demands.

RESUMEN

Esta tesis pretende sistematizar el estudio de la imagen y la identidad profesional del trabajador social y la relación con las demandas notificadas a la profesión en Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), lugar de estudio. La línea histórica de institucionalización de Trabajo Social, en sus 80 años de existencia en Brasil, presenta la sociedad con una profesión provisto de una pluralidad de imágenes e identidades profesionales que van desde la coerción y consenso hasta la profesión que lucha para el cambio social. La investigación muestra que la producción tuvo como objetivo analizar la relación entre las demandas dirigidas a lo trabajador social en el hospital y la imagen y la identidad profesional del trabajo social con el fin de precisar las características de la actividad profesional en la salud de alta complejidad. La investigación se basó en el método dialéctico-crítico, con enfoque mixto, a través de la técnica de análisis documental para la recogida de datos que fueron interpretados a la luz del análisis de contenido (Bardin, 1979). Se identificó que las demandas profesionales dirigidas al Trabajo Social en HCPA se pueden dividir en tres grupos: i) expresiones de desigualdad de experimentan los sujetos; ii) las medidas y servicios relacionados con la red de servicios de salud, en todos los sectores y en el hogar; iii) el seguimiento de los procedimientos para el paciente y / o familia. La sistematización de datos y análisis que permite tejer una tesis la idea de que las demandas que se refiere a los Trabajadores Sociales reflejan la imagen de la profesión, que es una parte integral de su identidad profesional, ya que, en su relación dialéctica, la apariencia (la imagen) revela aspectos de su esencia (la identidad). Se puede decir que el trabajador social es el encuestado profesional para ser el enlace entre los usuarios y la institución, los usuarios y los servicios de red, y también entre la institución y los servicios de red. Por otra parte, en su trabajo diario, el trabajador social tiene contacto con las demandas a menudo aparentemente simples o desplazados de su proyecto ético y político, sino que requiere una cadena de mediaciones que las medidas y procedimientos se pueden aprovechar de los procesos sociales más sustantivos desde la perspectiva de los derechos de garantía.

Palabras-clave: Imagen profesional. Identidad profesional. Trabajo social. Trabajo social en el área hospitalaria. Demandas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Objetivos e Questionamentos Centrais da Pesquisa.....	p.27
Quadro 2 – Categorias Teóricas explicativas da Realidade.....	p.31
Quadro 3 – Núcleos de Objetivação do Trabalho do Assistente Social.....	p.113
Gráfico 1 – Demanda encaminhada ao Serviço Social por outras áreas do Hospital, segundo caracterização.....	p.124
Quadro 4 – Definição Conceitual dos Processos Social de Desigualdade...	p.129
Gráfico 2 – Expressões de Desigualdade, segundo tipo.....	p.131
Gráfico 3 – Demandas relacionadas à solicitação de Providências e Encaminhamentos relacionados ao cuidado no Domicílio, pela Rede de Serviços de Saúde e entre Setores.....	p.141
Gráfico 4 – Demandas relacionadas aos Procedimentos de Acompanhamento ao Paciente e/ou Família.....	p.148
Quadro 5 – Eixos de Atuação do Assistente Social na Área da Saúde.....	p.159
Quadro 6 – Ações Socioeducativas e Demandas para o Serviço Social no HCPA.....	p.162
Quadro 7 – Ações de Articulação na Equipe de Saúde e as solicitações para o Serviço Social na HCPA.....	p.166

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantificação dos Grandes Grupos de Demandas dirigidas ao Serviço Social via Consultoria	p. 121
---	--------

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	–	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIDS	–	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	–	Atenção Primária em Saúde
CAPES	–	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CAPs	–	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	–	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEAS	–	Centro de Estudos e Ação Social
CFESS	–	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
CRESS	–	Conselho Regional de Serviço Social
CTI	–	Centro de Terapia Intensiva
DRU	–	Desvinculação das Receitas da União
ECA	–	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENPESS	–	Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
FMI	–	Fundo Monetário Internacional
HCPA	–	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	–	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPs	–	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	–	Lei Orgânica da Assistência Social
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
NUCRESS	–	Núcleo do Conselho Regional de Serviço Social
PAC	–	Programa de Aceleração do Crescimento
PASPS	–	Parâmetros para a atuação de Assistentes Social na Política de Saúde
PBF	-	Programa Bolsa Família
PEC	–	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	–	Produto Interno Bruto
PPGSS	–	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PNUD	–	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PUCRS	–	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

PUCSP	–	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RIMS	–	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	–	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 A QUESTÃO SOCIAL NO CAPITALISMO, A GÊNESE E A NATUREZA DO SERVIÇO SOCIAL	39
2.1 A RELAÇÃO CONFLITUOSA ENTRE CAPITAL E TRABALHO: A QUESTÃO SOCIAL	41
2.2 AS RESPOSTAS INSTITUCIONAIS À QUESTÃO SOCIAL E A GÊNESE DO SURGIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL	49
2.3 AS PARTICULARIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: A LEI DE REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO, AS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES PRIVATIVAS.....	59
2.4 A IMAGEM E A IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL.....	77
3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE.....	93
3.1 DAS CAIXAS DE APOSENTADORIAS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	93
3.2 A ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE: OS HOSPITAIS.....	99
3.3 AS PARTICULARIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A INTEGRALIDADE	106
4 DEMANDAS, IDENTIDADE E IMAGEM PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL: A REALIDADE ENCONTRADA NA PESQUISA EMPÍRICA	119
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS DEMANDAS DIRIGIDAS AO SERVIÇO SOCIAL.....	123
4.1.1 As expressões de desigualdade vivenciadas pelos sujeitos	127
4.1.2 Providências e Serviços relacionados à Rede de Serviços de Saúde, entre Setores e no domicílio.....	137
4.1.3 Procedimentos de acompanhamento ao paciente e/ou família	146
4.2 AS DEMANDAS DIRIGIDAS AO SERVIÇO SOCIAL E A RELAÇÃO COM OS PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE	158
5 OS DESAFIOS PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	171
5.1 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E O SUS: RESISTIR PARA AVANÇAR.	172
5.2 A CENTRALIDADE DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O TRABALHO NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE	180
6 CONCLUSÃO.....	198
7 REFERÊNCIAS	212
APÊNDICE I – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	225
ANEXO I – MODELO DE CONSULTORIA PARA O SERVIÇO SOCIAL.....	226

1 INTRODUÇÃO

Adensar o debate sobre o aprimoramento de estratégias acerca da investigação social, considerando sua relevância para desocultar as múltiplas formas como a questão social se expressa no tempo presente, seja no que concerne às desigualdades, como em relação às estratégias utilizadas pelos sujeitos para enfrentá-la, é de fundamental importância para o Serviço Social.

(Jane Cruz Prates)

A presente tese, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), vincula-se à linha de pesquisa em Serviço Social e Políticas Sociais. Articula-se a produção de conhecimento às vivências profissionais do pesquisador/doutorando buscando contribuir para o aprimoramento da profissão, não só no lócus onde se realiza o estudo, mas, resguardadas as particularidades, também em diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais o assistente social desenvolve seu trabalho.

O Serviço Social no Brasil vem trilhando, ao longo de sua institucionalização como profissão, um caminho de afirmação do seu significado social. Nesse percurso, alguns espaços são tradicionais para o desenvolvimento do trabalho dos assistentes sociais. A área da saúde é um bom exemplo para essa conjuntura, pois nela a inserção do assistente social ocorreu incorporando o primeiro contingente recém-formado no Brasil em meados da década de 1930 (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004).

Nos hospitais, a inserção dos assistentes sociais ocorreu já no início das atividades dos primeiros profissionais, atuando através da metodologia do Serviço Social de Casos (MATOS, 2013). Atualmente, o assistente social atua em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a atenção básica e média, até a alta complexidade, desenvolvendo atividades relacionadas ao atendimento direto aos usuários, atuação junto à equipes de saúde, planejamento, gestão e avaliação de políticas e programas de saúde e, ainda, nos espaços de controle social (CFESS, 2010).

O interesse pelo tema, por parte do autor, se dá inicialmente pela sua inserção como assistente social no Serviço Social do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em 2013. Reconhecendo a importância do trabalho do assistente social, bem como, ainda, identificando desafios para a efetivação desse trabalho tem-se a proposição da pesquisa e dos estudos que resultaram nesta tese apresentada ao

Programa de Pós-graduação em Serviço Social (PPGSS) da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

O objetivo principal desse processo investigativo foi analisar a relação existente entre as demandas dirigidas ao assistente social na área hospitalar e a imagem e a identidade do profissional do assistente social com vistas a apontar as particularidades do trabalho profissional na alta complexidade em saúde. Assim, este estudo se propõe a analisar a relação entre a imagem e a identidade profissional do assistente social como parte da materialidade do seu trabalho.

Durante o processo de afirmação do Serviço Social como profissão, inúmeros foram os debates sobre os objetivos de atuação profissional. Nesse debate, centram-se as discussões sobre o trabalho do assistente social e os processos de trabalho nos quais se insere, bem como os meios de trabalho, objetos e produtos. No Serviço Social, muito se discute sobre quais são os métodos de trabalho do assistente social, o que é seu objeto – que natureza transforma, e qual é o produto que se tem como resultado do trabalho. Esses aspectos são constitutivos da identidade profissional, que tem vinculação com imagem socialmente construída e a autoimagem profissional (ORTIZ, 2010).

Neste interim é importante problematizar: qual seria a importância de novos estudos sobre a profissão, dado ao acúmulo de produções sobre o Serviço Social, na atualidade? Afirma-se que são essas mesmas produções que convocam os profissionais a continuar e aprofundar os estudos sobre o trabalho profissional, o que fundamenta, o objeto de trabalho e os resultados que tem alcançado o Serviço Social através de sua inserção nos mais diversos processos de seu campo laboral.

Além disso, percebe-se que produções destinadas ao estudo do Serviço Social são dotadas de um sentido político, pois abrem possibilidade de dar visibilidade às contradições presentes no cotidiano do trabalho profissional. É plenamente possível, através dos estudos sobre a profissão, poder anunciar inúmeros momentos nos quais a profissão se realiza e, ainda, denunciar situações que traduzem os limites de construção do projeto profissional frente aos desafios do mundo do trabalho no capitalismo contemporâneo.

O esforço, aqui enunciado, está voltado para atribuir transparência aos processos e formas pelos quais o trabalho do assistente social é impregnado pela sociabilidade da sociedade do capital, elucidando sua funcionalidade e, simultaneamente, o potencial que dispõe para impulsionar a luta por direitos e a democracia em todos os poros da vida social; potencial esse derivado das contradições presentes nas relações sociais, do peso político dos interesses em jogo e do posicionamento teórico-prático dos sujeitos profissionais ante os projetos societários (IAMAMOTO, 2008, p. 417).

Portanto, esse estudo, tendo como temática central o trabalho do assistente social, pode contribuir para o progresso do conhecimento, a partir da produção de sínteses que versem sobre os avanços e desafios para o trabalho do assistente social na saúde, tomando como lócus de pesquisa a área hospitalar. Em tempos de agudização das desigualdades sociais e de retração do Estado em sua função de materialização dos direitos sociais, identificar a forma como a questão social se apresenta ao assistente social, que características possuem as demandas dirigidas ao profissional e quais as possibilidades de atendimento, se torna fundamental para, também, qualificar seu trabalho.

É importante, ademais, reconhecer que a legitimação do Serviço Social ocorre na medida em que passa a ocupar lugar na divisão sociotécnica do trabalho (IAMAMOTO, 2006). Suprindo a uma demanda do capitalismo, mediada pelo Estado, a profissão desempenha uma série de atividades de intervenção na realidade com o intuito de, no momento de seu aparecimento, atuar junto à classe trabalhadora em seus aspectos de desajuste e rebeldia. Por um longo período histórico, a forma de atuação acrítica do assistente social transcorreu junto aos usuários de seus serviços, em que os empregadores demandaram um profissional com qualificação técnica, atuando para operacionalizar serviços, com um forte apelo moral, para minimizar os efeitos do modo de produção capitalista que fez crescer exponencialmente a pobreza no momento de crise do capital acentuada nos anos finais da década de 1920 e iniciais da década de 1930 (MARTINELLI, 2000; IAMAMOTO, CARVALHO 2004; NETTO, 2005),.

Existe, ainda, no Serviço Social o debate no que diz respeito à requisição do trabalho do assistente social por seus empregadores e o que a profissão assume como sendo seu objeto de trabalho. Repousa na origem da profissão os fundamentos dessa discussão, pois a profissão surgiu no contexto do trabalho coletivo, segundo a tese de Martinelli (2000), sob uma identidade denominada pela autora de atribuída.

Por ser atribuída, sua identidade lhe conferiu, naquele momento, uma autonomia de caráter restrito frente a seus empregadores, fazendo com que os mesmos, detendo os meios para a efetivação do trabalho de assistente social, determinassem a quem se destinaria a atividade profissional, bem como de que forma e com que objetivo ela seria conduzida (MARTINELLI, 2000; IAMAMOTO, 2006).

Iamamoto (2006) discorre sobre a relação entre os assistentes sociais e os empregadores, através da inserção dos primeiros em processos de trabalhos, dizendo que o profissional é dotado de uma relativa autonomia. Nesse processo, mesmo dispondo de fundamentos teórico-metodológicos e de um conjunto articulado de instrumentos e técnicas, o assistente social depende da sua inserção no mercado para efetivar os objetivos de seu trabalho.

Ainda que dispondo de *relativa autonomia* na efetivação do seu trabalho, assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para a sua realização, estabelecem prioridade a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho profissional (IAMAMOTO, 2008, p. 63).

Nessa tese, enfatiza-se o trabalho do assistente social no Sistema Único de Saúde (SUS), centralizando-se nos desafios postos ao profissional para materializar as orientações éticas e políticas, como construção da profissão, em um espaço profissional institucionalizado: a área da saúde. Tal área não tem fugido aos desafios postos à profissão como um todo. Há um contexto socioeconômico e político que redesenha o objeto profissional e, ao mesmo tempo em que limita o trabalho do assistente social, convoca-o a ampliar a postura investigativa sobre as demandas que se apresentam à sua intervenção bem como a estudar as formas como a profissão tem executado seu trabalho e a relação dialética entre demandas institucionais, necessidades dos usuários e respostas profissionais (IAMAMOTO, 2008). De modo geral, o profissional tem claras as dimensões de seu fazer profissional, no entanto, devido a atual configuração do mundo do trabalho, do Estado e das políticas sociais, principal local de intervenção dos assistentes sociais, há uma dificuldade de materialização do projeto profissional.

A inserção do assistente social nos processos coletivos de trabalho na saúde, bem como no âmbito hospitalar, somados ao significado social da profissão, vem se

consolidando. Os hospitais se inserem na rede de atenção à saúde, dentro do SUS, no nível terciário, no qual se encontram, os procedimentos de alta complexidade em saúde que se configuram como um campo ou um conjunto de procedimentos que utiliza a alta tecnologia e os altos custos, no objetivo de propiciar à população usuária o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde: nível primário - atenção básica e nível secundário – ambulatórios e serviços especializados.

Pelo exposto, encontra-se a vinculação ao Serviço Social, e ao trabalho profissional como dimensão dessa profissão, no nível terciário a partir do objeto de intervenção do assistente social: as expressões da questão social presentes no processo saúde/doenças atendidas pela alta complexidade em saúde. As condições de saúde das pessoas que acessam esse nível de atendimento do SUS evidenciam um grau de adoecimento que associa, na maioria das vezes, uma doença grave a condições de vida que exercem influência direta nos processos de hospitalização e tratamentos mais avançados.

Os desafios que se colocam para o assistente social, que trabalha junto à política de saúde, estão expressos na possibilidade de apreender, pelo referencial da teoria social crítica, as modernas manifestações da questão social e a demonstrar, a partir desse referencial, a relação com o adoecimento da classe trabalhadora. Nesse sentido, é preciso que se identifiquem as determinações estruturais e conjunturais que incidem sobre o objeto de trabalho do assistente social e as necessárias mediações para a participação desse profissional no processo coletivo de trabalho em saúde.

No entanto, o questionamento sobre o trabalho profissional do assistente social nos hospitais, ocorre por parte dos empregadores, da população usuária dos serviços, dos demais profissionais e até mesmo da própria categoria profissional. Entende-se que a discussão está vinculada à imagem do Serviço Social no Brasil, na qual a profissão se expressa a partir da síntese entre a sua imagem social somada à autoimagem profissional, em uma relação dialética (ORTIZ, 2010).

Essa imagem, ao mesmo tempo em que se fundamentou a partir da inscrição da profissão na divisão social e técnica do trabalho, está conformada, no caso brasileiro, desde as particularidades do capitalismo no Brasil [...]. Também foi reproduzida por seus agentes a partir de seu modo de ser, pensar, e de responder às demandas postas pela própria divisão do trabalho (p.154).

Tendo em vista a possibilidade de afirmação do projeto profissional na atualidade, o assistente social precisa atentar-se para a finalidade do seu trabalho na área da saúde, no qual é importante “a compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p. 26). Assim, a análise da situação de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde, no Brasil, evidencia processos pelos quais os mesmos adoecem e a centralidade das expressões da questão social, como condicionantes dos adoecimentos. No entanto, as condições clínicas de saúde e as patologias sobressaem-se aos demais fatores que compõem a saúde e que tem importância tão central quanto às patologias. Esses fatores se efetivam como direitos sociais (entendidos como a educação, a habitação, o lazer, entre outros) e estão ainda pouco contemplados pelo Estado como meios para fazer avançar a saúde da população. O aviltamento das condições socioeconômicas apresenta-se ao Serviço Social na área hospitalar como demandas institucionais para o trabalho profissional, uma vez que tem impacto sobre o tratamento, recuperação e reabilitação do usuário dos serviços de saúde.

As condições de saúde¹ da população brasileira evidenciam a relação entre os determinantes sociais² do processo saúde/doença na qual se verifica que, juntamente com o aumento da expectativa e vida no país, ocorre ainda a prevalência de algumas doenças que, se não em virtude da fragilidade das políticas sociais e do pouco acesso a bens e serviços, já poderiam ter sido erradicadas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a melhoria nas condições de vida, o saneamento básico, o atendimento médico e a redução da mortalidade infantil foram alguns dos fatores determinantes para o aumento da expectativa de vida da população (IBGE, 2015).

Os perfis de morbidade e de mortalidade da população brasileira exemplificam as condições de saúde em termos dos problemas de saúde mais importantes e seus impactos potenciais no caso de morbidade; e a distribuição das causas de morte e o

¹ Entende-se por condições de saúde o “conjunto de informações sobre o estado de saúde e sobre os principais problemas de saúde que uma população apresenta. As condições de saúde da população decorrem de um conjunto amplo e complexo de fatores relacionados como o modo como as pessoas vivem” (BARATA, 2008, p. 167).

² Os determinantes sociais da saúde são “os determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural” (Com. Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008, p. 3).

padrão da mortalidade (BARATA, 2008). É importante assinalar que o atendimento às condições de saúde, inclusive no SUS, centraliza-se no atendimento às condições agudas de adoecimento. Assim, as doenças crônicas que mereciam mais atenção por parte dos Sistemas de Saúde, ficam secundarizadas.

Dadas as características singulares das condições agudas e crônicas, seus manejos, pelos sistemas de serviços de saúde, são inteiramente diversos. Por isso, um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde contemporâneos das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente autopercebidos pelas pessoas – pela atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou de internações hospitalares (MENDES, 2012, p. 121).

Deste modo, as demandas atendidas nos hospitais, muitas vezes, poderiam ser absorvidas pelos serviços da atenção básica. As investigações sobre essas demandas são importantes para subsidiar a formulação de ações de atendimento às carências em saúde da população, efetivando o direito ao atendimento integral em saúde.

No que se refere ao Serviço Social, nem sempre aquilo que é demandado tem conexão com o objeto profissional. Isso tem vinculação com a imagem socialmente construída pela profissão, a partir da qual se atribui ao profissional uma identidade compatível àquela imagem; de maneira que os solicitantes assim agem devido ao que conhecem sobre a profissão. Ao conferir visibilidade ao seu trabalho, o assistente social poderá deslocar as solicitações para mais próximo aos objetivos de seu trabalho na saúde. Esses objetivos encontram fundamentos na legislação e normativas que compõem o projeto ético-político do Serviço Social articulados aos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (PASPS), construídos pela categoria profissional e publicados pelo Conselho Federal de Serviço Social. Esses parâmetros, baseados nas atribuições e competências profissionais contidas no Código de Ética-profissional de 1993, traduzem-se em orientações gerais aos profissionais para que possam dar respostas “às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor da saúde e aquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor da saúde” (CFESS, 2010, pg. 10).

O Serviço Social no Hospital de Clínicas de Porto Alegre faz parte do quadro de funcionários desde o início das atividades do Hospital, em 1971. Os assistentes sociais do HCPA se inserem em diversas áreas do Hospital: na Emergência, nos Ambulatórios de Especialidades, nas Unidades de Internação para Crianças, Adolescentes e Adultos, no Centro de Terapia Intensiva (CTI), na Unidade Álvaro Alvim (de atendimento à dependência química), na Casa de Apoio às mães de crianças internadas ou em tratamento no HCPA, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no Banco de Sangue e na Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada junto ao Hospital e sob sua responsabilidade gerencial. Os profissionais desenvolvem sua intervenção, também, em programas de transplante de órgãos, de atendimento à violência contra crianças e adolescente, dentre outros, atuando em comissões internas e junto à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma Empresa Pública de Direito Privado vinculada ao Ministério da Educação, através da rede de hospitais de ensino e se encontra ligado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Criado pela Lei nº 5.604, no dia 2 de setembro de 1970 (BRASIL, 1970), tem como intuito disponibilizar serviços assistenciais à comunidade, oportunizando, ao mesmo tempo, um espaço educativo para a Universidade, através da prática de pesquisas científicas e tecnológicas (HCPA, 2016).

Serão estudadas nessa pesquisa as demandas dirigidas ao Serviço Social no HCPA a partir dos pedidos de consultorias³ encaminhadas à profissão pelos profissionais das áreas de medicina e enfermagem. Essas consultorias consistem em uma modalidade de atendimento ao paciente⁴ solicitadas por aqueles profissionais (médicos e enfermeiros) que identificam demandas que deveriam ser atendidas pelo Serviço Social. A origem dessas demandas tem vinculação com as condições de vida da população e com o contexto social dos pacientes e familiares e exige do

³ Segundo o dicionário on-line Priberam, consultoria é O ato ou efeito de dar consulta ou conselho. Atividade ou cargo de consultor ou de quem dá pareceres e trata de assuntos técnicos da sua especialidade. In Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [on-line], 2008-2013, <http://www.priberam.pt/dlpo/consultoria> [consultado em 12-09-2015]. O pedido de consultoria é uma rotina de trabalho no HCPA e, em tese, foge a que seria tradicionalmente o trabalho de um consultor, alguém externo a instituição que é chamado para emitir parecer e orientar a condução de determinada atividade e/ou situação.

⁴ Serão utilizados os termos paciente e usuário para se referir aqueles que utilizam os serviços de saúde em geral, do HCPA e do Serviço Social. O uso de expressões como: paciente, usuário ou cliente, por exemplo, não são consensuais, ou seja, não se possui uma dessas como sendo correta (BISNETO, 2009). Assim sendo, não se utiliza nenhum critério específico para o uso desse ou daquele termos em especial ao longo dessa produção.

profissional a leitura dessa realidade para identificar seu objeto de intervenção e construir respostas que concretizem os objetivos profissionais. A intervenção do assistente social tem o intuito de “trabalhar as contradições do espaço institucional no sentido de mediar, através de sua prática, os conflitos entre os interesses da população atendida x objetivos institucionais, fortalecendo os primeiros” (BRAVO, 2011, p. 42).

Optou-se pelo método dialético-crítico como norteador de todas as fases da pesquisa realizada para a construção dessa tese. O método dialético-crítico, baseado no materialismo histórico, tem como objetivos principais o entendimento das inter-relações entre os fenômenos e a busca do que está na sua essência.

Dizer que o Ser é dialético, é dizer inicialmente (no plano ontológico) que ele é uma Totalidade que implica a Identidade e a Negatividade. É dizer, em seguida (no plano metafísico), que o Ser se realiza não apenas enquanto Mundo natural, mas também como um Mundo histórico (ou humano); e que esses dois Mundos esgotam a realidade do real objetivo (não existe mundo divino). É dizer, finalmente (no plano fenomenológico), que o real objetivo existe empiricamente e aparece não apenas como coisa inanimada, planta e animal, mas também como indivíduo livre histórico essencialmente temporal ou mental (que luta e que trabalha) (LEFEBVRE, 1983, p. 20-21).

Essa afirmação de Lefebvre (1983) condensa os elementos centrais do método dialético, uma vez que apresenta a ideia de relação entre condição humana e condição histórica entre mundo opostos – o real e o espiritual. Cabe ainda salientar que não interessa a esse método tão somente a aparência, pois ela pode mistificar e/ou encobrir a verdadeira realidade, que está na essência dos fenômenos em estudo, embora ela seja relevante como parte do fenômeno.

[...] o método dialético, é capaz de assinalar as causas e as consequências dos problemas, suas contradições, suas relações, suas qualidades, suas dimensões quantitativas, se existem, e realizar através da ação um processo de transformação da realidade que interessa (TRIVIÑOS, 2007, p. 125).

Escolheu-se, então, tal método para buscar apreender os diversos fenômenos ligados às situações em estudo e aos múltiplos fatores e determinantes que os condicionam. Essa escolha dá-se pelo fato de que oferece aporte para entender o que está na essência da realidade pesquisada, suas conexões internas, contradições e a

inter-relação com o contexto maior e suas condicionalidades. A essência é um dos aspectos do fenômeno que, juntamente com a aparência, o compõe. O método dialético “vem ordenar, desobstruir e organizar a consciência do mundo e do homem” (LEFEBVRE, 1983, p. 44).

É importante frisar que, também, no método dialético, pelo reconhecimento da riqueza em que se configura o processo histórico, todo conhecimento é histórico e processual e a pesquisa irá contemplar um número finito de análises. Ter a pretensão de abarcar a totalidade do fenômeno em estudo é incorrer no erro de esquecer que existem algumas características comuns a todo conhecimento: ele é temporal, relativo e limitado. O conhecimento científico preocupa-se em expor e analisar determinado fenômeno social, através da busca de suas determinações e leis fundamentais (FRIGOTO, 1991).

O conhecimento produzido a partir do método dialético-crítico vai da superfície à “substância” das coisas. Esse movimento, do sensível e do imediato para o essencial e as contradições intrínsecas, possibilita afastar-se cada vez mais das “fronteiras provisórias do conhecimento” (LEFEBVRE, 1983, p. 222). Derivam dessas assertivas as regras do pensamento dialético:

- Não devemos nos contentar em olhar ou mesmo observar as coisas. É preciso penetrar ativamente nelas.
- Deve-se captar o fenômeno característico, essencial, e deixar os outros de lado. Deve-se buscar a lei na forma do fenômeno, mas nele, em seu lado ou aspecto universal. É preciso não esquecer de interrogar de novo o fenômeno, para assegurar-se de que nada importante foi omitido (LEFEBVRE, 1983, p. 222).

Além disso, esse método de análise do real, do vivido e dos sentidos a eles atribuídos, apresenta a ruptura de análises pseudoconcretas ao passo que se destina ao conhecimento da raiz dos fenômenos. É também a busca pelas leis fundamentais da organização, desenvolvimento e transformação dos fatos e problemas histórico-sociais (FRIGOTO, 1991).

Dadas essas considerações, apresentam-se no quadro a seguir os objetivos e a questão que serviram como uma bússola a orientar o caminho por onde percorreu a pesquisa. Objetivos bem delineados e questões que contemplem respondê-los são fundamentais para um trabalho efetivo de pesquisa. Na construção de uma pesquisa o objetivo geral guarda relação com o problema de pesquisa. Já para responder os

objetivos específicos, constroem-se uma ou mais questões norteadoras correspondentes.

Quadro 1 – Objetivos e Questionamentos Centrais da Pesquisa

Título da Pesquisa: O Trabalho do Assistente Social na Área Hospitalar: Demandas, Imagem e Identidade Profissional	
Problema de Pesquisa Como as demandas direcionadas ao trabalhador assistente social expressam sua imagem e identidade?	Objetivo Geral Analisar a relação existente entre as demandas dirigidas ao assistente social na área hospitalar e a imagem profissional do Serviço Social com vistas a apontar as particularidades do trabalho profissional na alta complexidade em saúde.
Questões norteadoras	Objetivos específicos
Como a identidade do Serviço Social vem se construindo no Brasil ao longo do tempo?	Identificar como a identidade do Serviço Social vem se constituindo e sendo explicitada no Brasil ao longo do tempo.
Qual a imagem que essa profissão tem explicitado?	
Como as demandas na área da saúde, lócus do estudo, expressam a imagem e identidade profissional?	Analisar como as demandas na área da saúde, lócus do estudo, expressam a imagem e identidade profissional.
Quais os desafios ao Serviço Social para ampliar a visibilidade de seu trabalho?	Apontar os desafios ao Serviço Social para ampliar a visibilidade de seu trabalho.

Fonte: Projeto de Pesquisa “O Trabalho do Assistente Social na Área Hospitalar: imagem, identidade e demandas profissionais” (SILVA, 2015).

Diversos foram os pensadores que se vincularam à dialética, dentre os quais se destacam: Kant, Descartes, Jean-Jacques Rousseau, Hegel, Feuerbach, Marx e Engels, Kosik, Lefebvre, cujas proposições e discussões balizaram a forma de organização e produção do conhecimento (KONDER, 1985). No entanto, a obra Marxiana foi responsável por fornecer elementos fundamentais para a ampliação da possibilidade de compreensão do real. A obra de Karl Marx⁵ trouxe, ao cenário da

⁵ Karl Heinrich Marx – Cientista Social, historiador e revolucionário – nasceu em Trier, no dia 05 de maio de 1818 e faleceu, em Londres, no dia 14 de março de 1883 (BOTTOMORE, 2001).

produção teórica, novas proposições, cuja principal delas é a afirmação de que o concreto é a base do real e, através de sua apropriação, tem-se o desenvolvimento da consciência.

Marx vai buscar fundamentação para suas proposições na dialética hegeliana, que tinha por base o idealismo e cuja teoria defende que a essência do ser é composta e determinada pela ideia. Hegel⁶, de quem Marx foi aluno, apontou que a ideia e a razão são a evolução, a mudança do mundo, ou seja, a história. Foi assim que Hegel chegou ao “real, ao concreto, partindo do abstrato: a razão domina o mundo e tem por função a unificação, a conciliação, a manutenção da ordem do todo” (GADOTTI, 1997, p. 18). A oposição fundamental de Marx às ideias de Hegel aparece no momento em o primeiro identificou que a dialética hegeliana pecava ao centralizar a ideia em detrimento do concreto.

[...] Hegel chegou à ilusão de conceber o real como resultado do pensamento que se absorve em si, procede de si, move-se de si; enquanto o método que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto e não é senão a maneira de proceder do pensamento para se apropriar do concreto, para reproduzi-la mentalmente como coisa concreta (MARX, 2008, p. 259).

Exatamente neste ponto que Marx divergiu de forma contundente de Hegel. Em Marx, o ser é o sujeito, a consciência, o objeto que é apreendido a partir da realidade e da prática material. O concreto aparece nas obras de Marx como o ponto de partida, ainda que dialeticamente represente, também, o ponto de chegada.

O concreto é concreto, porque é a síntese de múltiplas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso, o concreto aparece no pensamento como o processo de síntese, como resultado, não como ponto de partida, embora seja o verdadeiro ponto de partida e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação (MARX, 2008, p. 258-259).

Partindo dessa constatação, a dialética marxista assume o caráter concreto e social que compõe a realidade, para fundamentar seus estudos sobre a produção, sobre as relações sociais e sobre a essência dos fenômenos. Marx, além das “discussões” que travou com as ideias de Hegel, ao longo de suas obras, em especial

⁶ George Wilhelm Friedrich Hegel estudou Filosofia, Letras Clássicas e Teologia. Nasceu em Stuttgart, em 27 de agosto de 1770 e morreu em Berlim no dia 14 de novembro de 1831 (BOTTOMORE, 2001).

em “A Ideologia Alemã” escrito em companhia com Friedrich Engels⁷, durante os anos de 1845-1846, também se opôs a Feuerbach⁸. Ainda que nele tenha buscado outras bases para seus estudos, critica-o, pois, como os demais materialistas, não compreenderam a realidade como atividade humana sensível, como práxis (MARX; ENGELS, 2009).

O tratamento que Marx lhe dá em suas *Teses sobre Feuerbach*, considerando-o um materialista contemplativo que negligenciou o lado ativo do espírito é, no mínimo, equivocado; assim como a acusação de que ele só viu a *práxis* sob seus aspectos *dirty Jewish* (expressão empregada por Marx para caracterizar a prática vulgar) (BOTTOMORE, 2001, p. 151).

O método proposto por Marx (2008), aprofundado e qualificado por seus seguidores, é composto pelo tripé: dialética, conflito entre classes sociais distintas e antagônicas e a teoria do valor trabalho. Baseado nessas três premissas, o método operacionaliza-se a partir de categorias centrais. Existem três grandes categorias que balizam o método dialético-crítico: contradição, totalidade e historicidade. Essas categorias, como não poderiam deixar de ser, têm total vinculação com a dialética fundante do método em Marx.

Para entender os fenômenos dos quais foi contemporâneo, Marx buscou, no desenvolvimento histórico dos modos de produção, as determinações pelas quais a sociedade burguesa se afirmou através do capitalismo. Entender o processo histórico, para Marx, era fundamental, uma vez que as sociedades mais evoluídas ainda conservam traços das sociedades mais primitivas, num processo inacabado de inúmeras superações.

A chamada evolução histórica descansa em geral no fato de que a última forma considera as formas ultrapassadas como graus que conduzem a ela, sendo capaz de criticar a si mesma alguma vez, e somente em condições muito determinadas – aqui não se trata, é obvio, desses períodos históricos que se descobrem a si próprios – inclusive com tempos de decadência (MARX, 2008, p. 265).

⁷ Friedrich Engels nasceu em Barmen, em 28 de novembro de 1820, e morreu em Londres, em 05 de agosto de 1895. Compartilhou o mesmo ideário de Marx. “O projeto dos dois pensadores era convencer os comunistas alemães do acerto de sua posição e forjar laços internacionais com movimentos operários e de outros países, tendo por base uma plataforma proletária revolucionária comum” (BOTTOMORE, 2001, p. 126)

⁸ Nascido em Rechenberg, em 1804, Ludwig Andreas Feuerbach foi um filósofo alemão conhecido pelo estudo da teologia humanista (BRASIL ESCOLA, 2012).

Para Lefebvre (1983, p. 22) a história existe porque o movimento existe. Sobretudo, isso não ocorreria se a dialética não existisse. A história é para ele, ainda, a história de um ser da natureza, do ser humano que é social e do conhecimento, ou seja, “é o movimento de um conteúdo, engendrando diferenças, polaridades, conflitos, problemas teóricos e práticos e resolvendo-os (ou não)”.

Outra categoria que tem importante centralidade diz respeito à totalidade. Sobre a totalidade afirma-se que ela não é simplesmente a soma de todas as partes, mas sim a importância de cada unidade na relação que compõe o todo.

A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de intensa interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes (KOSIK, 1989, p. 42).

Por fim, a contradição, como categoria dialética, é pensada de modo que ela não seja pura e simplesmente oposição entre uma coisa e outra. A contradição é fundamental dentro das obras e do método marxista de análise da realidade, pois, em seus diversos aspectos, é entendida como algo correlacionado, onde a oposição é condição de existência mútua entre os múltiplos aspectos da realidade. É indispensável compreender a realidade histórica em suas contradições, para tentar superá-las dialeticamente.

A pesquisa, no método dialético-crítico, opera-se com três momentos básicos: a contemplação do fenômeno, que são as primeiras aproximações com a realidade a ser pesquisada, pois é nesta fase que se constroem as primeiras hipóteses sobre a situação; a análise do fenômeno, em que se faz a conexão dos elementos encontrados, relacionando-os com as condições sócio-históricas para formular as interpretações sobre o que está em estudo; a realidade concreta do fenômeno que “significa estabelecer os aspectos essenciais do fenômeno, seu fundamento, sua realidade e possibilidades, seu conteúdo e sua forma, o que nele é singular e real, o necessário e o contingente etc.” (TRIVIÑOS, 2007, p. 74).

As categorias centrais do método são utilizadas para visualizar a forma como se constitui o fenômeno da inserção dos assistentes sociais na área hospitalar, sua imagem e a identidade profissional e as demandas a eles dirigidas. Para traduzir e explicar esta realidade da pesquisa elegeu-se, a partir de estudos de fundamentação

e exploração do tema, algumas categorias teóricas para complementar o estudo. Elas serão de fundamental importância porque forneceram subsídios conceituais à análise dos dados coletadas na pesquisa.

O Quadro 2, a seguir, apresenta as categorias teóricas explicativas da realidade. São elas:

Quadro 2 – Categorias Teóricas Explicativas da Realidade

Categoria	Definição
Trabalho	O trabalho é atividade humana de transformação da natureza e satisfação das suas necessidades. Marx (2013) aponta que o trabalho é “uma eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana” (p. 120). No processo de produção de mercadorias, ou o produto do trabalho, ocorre à conjugação do trabalho abstrato e o trabalho concreto. Além disso, “todo trabalho é dispêndio de força humana de trabalho numa forma específica e, graças a essa propriedade de trabalho concreto e útil, ele produz valores de uso” (MARX, 2013, p. 124).
Identidade Profissional	A identidade de profissão é considerada elemento definidor de sua inserção na divisão social do trabalho e na totalidade do processo social. Para Martinelli (2000) além de categoria filosófica, “dotada de estatuto lógico e ontológico, a identidade política e sócio-histórica que se constrói na trama das relações sociais, no espaço social mais amplo da luta de classes e das contradições que a engendram e são por ela engendradas” (p.17).
Imagem Profissional	A construção da imagem de uma profissão está vinculada ao processo histórico no qual ela surge e se consolida dentro da divisão sociotécnica do trabalho. A imagem de uma profissão, portanto, se dá na relação dos agentes profissionais com a sociedade. Para se examinar os determinantes da imagem socialmente construída da profissão, “é preciso se debruçar sobre as particularidades encontradas no exercício profissional, tendo em vista que tais representações constroem-se também a partir da forma como os agentes profissionais percebem, atuam e desenvolvem as atribuições a ela designadas” (ORTIZ, 2010, p. 134).

Saúde	A saúde é compreendida como um processo em que “o adoecimento e vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciáveis pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida” (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 151).
-------	--

Fonte: Projeto de Pesquisa “O Trabalho do Assistente Social na Área Hospitalar: imagem, identidade e demandas profissionais” (SILVA, 2016).

Essas são as categorias elencadas para ao estudo: trabalho, identidade profissional, imagem profissional e saúde. Entende-se que a postura investigativa sobre o trabalho do assistente social possibilita ao profissional a aproximação com a realidade em que se insere, ou seja, “permite a esse profissional descortinar a realidade que se apresenta a ele em sua aparência e compreender a essência de sua constituição” (PAULA, 2013, p. 92).

A definição dos elementos constitutivos em um processo de investigação teórica devem seguir procedimentos metodológicos bem delineados para que os objetivos propostos possam ser alcançados. Nas próximas páginas, apresentam-se tais procedimentos.

A pesquisa realizada é de enfoque misto, com ênfase qualitativa que “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e captável em adequações, medidas e estatísticas” (MINAYO, 1994, p. 22). No início o estudo articula, ainda, dados quantitativos e qualitativos, pois, ao orientar-se pelo método dialético-crítico terá o objetivo de contemplar, no processo investigativo, o equilíbrio entre condições subjetivas e objetivas.

A dialética, do mesmo modo que os estudos mistos, insiste na relação dinâmica entre o sujeito e o objeto, que se estabelece no processo de conhecimento. Além das experiências vividas e das significações subjetivas observadas, o método dialético-crítico:

Valoriza a contradição dinâmica do fato observado e a atividade criadora do sujeito que observa as oposições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens. O pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações que se ocultam nas estruturas sociais (CHIZZOTTI, 1995, p. 80).

Assim, os dados quantitativos subsidiam as análises preliminares e dão consistência ao necessário processo de contextualização, além de fornecer elementos para dimensionar a relevância do estudo da temática da saúde. Os dados qualitativos evidenciam o significado e o sentido das ações e relações dos sujeitos e todos os aspectos dos fenômenos que não são captáveis pelos procedimentos quantitativos e pelas operações matemáticas. Esse tipo de dados dá a garantia de aprofundamento do fenômeno que está sendo investigado. A abordagem qualitativa reconhece a singularidade e a experiência social do sujeito e, por isso, valoriza a sua voz e as suas expressões (MARTINELLI, 1999).

Os enfoques mistos na pesquisa, orientado pelo materialismo dialético e histórico, “se constituem na articulação de ambos os tipos de dados, que partem de fundamentos e características distintas” (PRATES, 2012, p. 123). Os estudos mistos articulam dados objetivos e subjetivos, sendo essa uma condição necessária para a análise dos fenômenos pesquisados. Através da riqueza da articulação dos dados quantitativos, nos quais números, análises frequenciais e estatísticas dominam a interpretação, somados aos dados qualitativos em que sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos são centrais, identifica-se que a articulação de quantidade e qualidade proporciona ao pesquisador o contato com a realidade e com um número maior de seus aspectos.

A perspectiva transformadora do método dialético-crítico também está presente nos estudos de enfoque misto. A transformação postulada por esta abordagem visa a conhecer sujeitos e realidades, dar visibilidades a estigmas e preconceitos, formular estratégias de superação das desigualdades tendo com horizonte a mudança.

Os breves aportes realizados acerca do método marxiano e do enfoque misto mostram particularidades comuns entre ambos: a perspectiva transformadora, emancipatória; os procedimentos dedutivo e indutivo; o uso articulado de dados quantitativos e qualitativos, atribuindo igual relevância a ambos; a expressão da voz dos sujeitos e a valorização não só dos resultados, mas também do processo ou do caráter pedagógico da investigação; e, por fim, a clareza de finalidade, orientada a superação das desigualdades (PRATES, 2012, p. 127).

A coleta de dados foi feita por meio da técnica de análise documental. O Apêndice I traz o roteiro para a análise documental. As informações coletadas foram submetidas aos procedimentos de análise de dados. Os dados quantitativos foram submetidos a um tratamento estatístico elementar.

Para o tratamento dos dados qualitativos utilizou-se a análise de conteúdo com base em Bardin (1979). A análise de conteúdo é entendida como técnica de compreensão, interpretação e explicação das formas de comunicação, tendo como objetivos centrais: ultrapassar as evidências imediatas; aprofundar a percepção da realidade - através de leituras sistematizadas; verificar a pertinência e desvelar a estrutura das mensagens. Para a realização da análise de conteúdo, o pesquisador deve ter um olhar que observe e compreenda o real através do enunciado da mensagem emitida pelo sujeito – compreendidos como os atores da pesquisa.

Além das categorias explicativas da realidade, elencaram-se outras que serviram como forma de agrupar as demandas em grandes linhas. Primeiramente as demandas foram quantificadas em função das atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais no HCPA (avaliação de liberação de refeições de acompanhantes; Inserção em programas específicos - núcleo de cuidados paliativos, fibrose cística, entre outros; acompanhamento de rotina; e acompanhamento de demandas diversas) para definição da amostra.

A seguir, feita a amostragem, as demandas foram caracterizadas através da forma como se apresentam aos profissionais, a partir dos processos sociais a elas concernentes, com a atribuição de codificações para cada um deles. Junto aos textos das consultorias, e a partir da codificação, identificaram-se categorias agregadoras que permitiram a realização de análises tanto frequenciais quanto qualitativas, através de ilustração realizada com fragmentos textuais escritos ou falados. Num próximo momento, analisaram-se as demandas a partir das definições e orientações constantes nos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (PASPS) (CFESS, 2010).

O assistente social, devido à sua condição de profissional assalariado e integrante da divisão sociotécnica do trabalho, para sua realização laboral, precisa vincular-se a parâmetros institucionais e regulamentações. As instituições detêm, via contrato de trabalho, a relação entre os usuários e suas demandas, direcionando-as para a intervenção de diversos profissionais.

No caso do Serviço Social cabe o recorte das expressões de questão social que serão alvo das intervenções específicas dessa categoria.

Assim, as exigências impostas pelos distintos empregadores, no quadro da organização social e técnica do trabalho, também incidem nas requisições feitas ao profissional, estabelecem suas funções e atribuições, impõem regulamentações específicas às atividades a ser empreendidas no marco do trabalho coletivo; além de normas contratuais (salário, jornada, entre outras) que condicionam o conteúdo do trabalho realizado e estabelecem limites e possibilidades à realização dos propósitos profissionais (IAMAMOTO, 2008a, pg. 128).

Para a análise documental foram selecionadas as consultorias⁹ dirigidas pelas equipes médicas e de enfermagem ao Serviço Social. Em levantamento realizado no Sistema Eletrônico de Prontuários do HCPA (AGHWeb), verificou-se que no ano de 2014 foram direcionadas ao Serviço Social 5.238 consultorias, perfazendo uma média de aproximadamente 436 consultoria/mês. O universo da pesquisa é composto por todas as consultorias dirigidas ao Serviço Social. A amostragem foi feita por meio de uma amostra não-probabilística intencional, em duas fases, compreendidas da seguinte maneira:

- 1ª fase: Amostragem intencional. Amostra composta pelas consultorias dirigidas ao Serviço Social no mês subsequente a aprovação desse projeto de pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa da PUCRS e HCPA.
- 2ª fase: Amostragem aleatória simples. Para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o programa **WINPEP**¹⁰, versão **11.43**. Considerando confiança de **95%**, margem de erro de **10%** e proporção de **40%** (demandas diversas)¹¹, chegou-se ao tamanho de amostra de **93 (noventa e três)**

⁹ O anexo I traz um modelo de consultoria dirigida ao Serviço Social.

¹⁰ WinPepi é um pacote de software gratuito de programas estatísticos para epidemiologistas, composto por sete programas com mais de 120 módulos. WinPepi não é um compêndio completo de rotinas estatísticas para epidemiologistas, mas fornece uma ampla gama de procedimentos, incluindo aqueles mais comumente utilizados e muitos que não são fáceis de encontrar em outro lugar.

¹¹ Em levantamento realizado junto ao AGHWeb, verificou-se que em um determinado mês, foram direcionadas ao Serviço Social, 498 consultorias, que agrupadas a grosso modo, demonstraram a seguinte divisão, em proporção, em termos de demandas: 45,78% relacionadas à avaliação socioeconômica para liberação de refeição para o acompanhante do paciente, 43,22% relacionadas à demandas diversas (avaliação social, contato com rede sócio-assistencial, acompanhamento familiar, orientação sobre benefícios, programas e direitos sociais, acesso a recursos instrucionais, entre outros) e 11,00% relacionadas à acompanhamento em virtude da inserção em programas específicas (fibrose cística, Núcleo de Cuidados Paliativos, entre outros).

consultorias. Acrescentando 10% para possíveis perdas o tamanho de amostra deverá ser de **102 (cento e duas)** consultorias. Esses documentos foram selecionados em forma de sorteio no qual para cada documento atribuiu-se um número em sequência crescente e, posteriormente, foi realizado o sorteio.

Como critérios de inclusão utilizaram-se as consultorias de pacientes internados no HCPA. No que tange à exclusão das consultorias da pesquisa, verificou-se a ausência de texto nas consultorias mais as consultorias dirigidas por engano ao Serviço Social.

Todos os cuidados éticos necessários foram tomados de forma que os dados coletados fossem desidentificados e utilizados somente para fins desta pesquisa. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, são assegurados os aspectos éticos de pesquisa obedecendo à resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Ainda cabe constar que esse projeto foi encaminhado e aprovado junto aos Comitês de Ética das instituições envolvidas com a pesquisa conforme normas de cada uma das instituições.

Foram observados os maiores cuidados para que não se identificassem pacientes, familiares e/ou profissionais. Dessa forma, todo e qualquer fragmento de texto constante em documento e transcrito no relatório de pesquisa, não apresentará conteúdo que possa acarretar a identificação de qualquer que seja o sujeito. Isto se faz fundamental para que não se personifiquem os resultados coletados e seja garantido, aos profissionais e usuários, que não venham a sofrer danos por aquilo que verbalizaram e/ou escreveram.

Ao tratar-se de uma pesquisa cujo método e a metodologia têm embasamento na teoria marxiana e no materialismo histórico, os seus resultados e suas proposições devem ter como norte a transformação social. A pesquisa deve ter, portanto, um impacto nas mais variadas relações dos sujeitos pesquisados, pelas proposições que se seguirão; e, no pesquisador, pela responsabilidade com a investigação e com a socialização dos resultados. Os resultados desta pesquisa serão divulgados a partir de tese de doutorado, com cópia a ser disponibilizada em meio impresso e digital na Universidade e que também será repassado, em meio digital, à instituição envolvida na coleta dos dados. Pretende-se ainda a participação em eventos científicos do

Serviço Social e da área da saúde e a publicação de artigos em revistas e periódicos da área de Serviço Social e afins.

Assim sendo, a sistematização dos elementos constitutivos dessa produção, a saber: a construção do objeto de pesquisa, a revisão da literatura sobre as temáticas abordadas e as primeiras análises dos dados coletados; permite que se possa tecer como tese a ideia de que: as demandas encaminhadas ao Serviço Social espelham a imagem da profissão que é parte constitutiva da sua identidade profissional, uma vez que, em sua relação dialética, a aparência (a imagem) revela aspectos de sua essência (a identidade). Pode-se afirmar que o assistente social é o profissional demandado para ser o elo entre os usuários e a instituição, os usuários e a rede de serviços e, ainda, entre a instituição e a rede de serviços. Ademais, em seu trabalho cotidiano, o assistente social tem contato com demandas, muitas vezes, aparentemente simples ou deslocadas de seu projeto ético-político, mas que exigem uma cadeia de mediações para que providências e procedimentos possam ser potencializados a partir de processos sociais mais substantivos na perspectiva da garantia de direitos.

Entende-se a relevância da presente pesquisa para a profissão, através da produção de conhecimento da área de atuação, bem como para o trabalho do assistente social em geral, sob uma dupla perspectiva. Primeiro, vê-se a importância histórica da área da saúde para a profissão; e, segundo a investigação acerca do trabalho do assistente social como possibilidade de, por uma postura investigativa, atribuir visibilidade aos desafios postos ao assistente social na saúde, atuando na alta complexidade da atenção à saúde no SUS. A pesquisa também possui relevância institucional uma vez que o Serviço Social faz parte do quadro de profissionais do HCPA desde o início das atividades do Hospital na década de 1970, conforme pontuado anteriormente. Nos últimos cinco anos, houve um incremento de assistentes sociais no quadro profissional do HCPA, totalizando, atualmente, trinta e quatro (34) profissionais (HCPA, 2016). O Serviço Social tem sido solicitado a inserir-se em equipes médicas, multiprofissionais e programas e serviços institucionais dos mais variados. Entende-se que, por um lado, o aumento do número de profissionais deve responder a demandas institucionais, de equipes, projetos e serviços em que o assistente social se insere, porém, sempre tendo em vista a inserção histórica do Serviço Social na saúde. Esse aumento pode estar vinculado às características da situação de saúde dos usuários que, devido aos problemas estruturais e conjunturais

nos quais a organização e gestão do trabalho e a formulação e execução das políticas públicas e sociais, tem impactado sobre o perfil do adoecimento da população no Brasil (MATTOS, 2013).

Entende-se que a relevância social dessa tese reside na possibilidade de maior qualificação do trabalho prestado à sociedade pelo Serviço Social no acesso à saúde; ou em que pese os limites da produção, visar as demandas apresentadas como expressões das condições de saúde da população. Os dados coletados e analisados podem, portanto, servir de subsídios, também, para a tomada de decisão para a construção de projetos e programas de atendimento à população nos três níveis de atenção à saúde no SUS.

Esta tese está dividida em seis capítulos, compostos por: essa introdução; o segundo capítulo intitulado “A Questão Social no Capitalismo, o Surgimento e a Natureza do Serviço Social” onde se enfatiza a questão social como solo de fundamentação do Serviço Social, seus rebatimentos na vida da classe trabalhadora e as respostas do Estado às reivindicações dos segmentos sociais em virtude das desigualdades por ela impostas, das quais se tem o Serviço Social; o terceiro capítulo, chamado “O Trabalho do Assistente Social na Alta Complexidade em Saúde”, que trata da configuração da atuação do Estado brasileiro junto à política de saúde e a inserção do assistente social nessa política, com destaque especial a atuação na área hospitalar; o quarto capítulo, intitulado como “Demandas, Identidade e Imagem Profissional do Serviço Social: a realidade encontrada na pesquisa empírica” onde se inicia a exploração dos dados coletados pela pesquisa que dá sustentação a essa tese; o capítulo quinto, que aborda as questões relacionadas aos desafios postos ao Serviço Social na área da saúde a partir de dois aspectos centrais: os ideais da Reforma Sanitária e do SUS e as estratégias para a afirmação desses processos e a centralidade da formação profissional para a qualificação da intervenção do assistente social na alta complexidade em saúde; e, ao final, apresentam-se as conclusões do estudo. Apresentam-se, ainda, as referências da bibliografia utilizada mais os apêndices em que constam o instrumento utilizado na pesquisa e um modelo de consultoria dirigida ao Serviço Social no HCPA.

2 A QUESTÃO SOCIAL NO CAPITALISMO, A GÊNESE E A NATUREZA DO SERVIÇO SOCIAL

Os direitos enquanto constitutivos de um patamar de sociabilidade, têm jogado papel importante na sociedade contemporânea, que, ao discutí-lo, coloca em xeque as formas de relação que são estabelecidas, tornando tenso o movimento por vê-los reconhecidos em lei, protegidos pelo Estado e, mais do que isso, explicitados na vida dos sujeitos concretos.

(Berenice Rojas Couto)

As constantes transformações societárias têm se encarregado de mostrar ao mundo as múltiplas faces da existência humana. Todos os dias os noticiários das mais variadas formas de comunicação midiáticas (televisão, jornais, rádio e internet) tem propagado uma série de acontecimentos que deixam consternados grande quantidade de pessoas nos quatro cantos do planeta. São catástrofes ambientais e sociais expressas por diversos processos: desastres ambientais, terrorismo, desemprego, fome, violência, miséria, epidemias de novas doenças e o retorno de muitas que já se diziam terem sido erradicadas, calamidades humanas e sociais, xenofobia, sucateamento do Estado e desmonte das conquistas sociais, por exemplo. Esse contexto tem impactado em toda a dinâmica da vida em sociedade e se impregna nas relações sociais entre os sujeitos, bem como na relação entre nações e povos.

Em contrapartida, diversos movimentos têm surgido em torno desses acontecimentos como forma de resistência. Travam-se lutas pela conservação ambiental, pelos direitos trabalhistas e sociais, contra as formas de discriminação e preconceito. No entanto, convive-se com fantasmas que rondam a sociedade e estão materializados pelo apelo às intervenções de governos de militares, retomada de discussões já superadas (idade penal, pena de morte, dentre outras), intolerância entre ideologias, credos, valores distintos. Assim, é necessária a vigilância sobre esses processos no sentido de atribuir-lhes visibilidade de maneira a entender a sua gênese.

É como se a história começasse novamente. Há muito que interpretar pela primeira vez, ou de modo diferente. Mesmo realidades anteriormente muito bem interpretadas, nos horizontes da sociedade nacional, precisam ser repensadas, pois realizam-se em outros termos, diferentes, novas, surpreendentes. O contraponto singular, particular e universal adquire outros significados, envolve outras mediações. As mediações, determinações e tendências da realidade social estão impregnadas de articulações micro, macro e meta (IANNI, 2003, p.177)

Atualmente, sob a égide do capital financeiro globalizado, esses processos se exponenciam e adquirem contornos de “fim dos tempos”. Um enorme contingente de cidadãos os redor do mundo está vendo o seu horizonte de desenvolvimento pessoal e profissional, cada vez mais distante. É cada vez menor o número de trabalhadores inseridos no mercado de trabalho protegido, assim como se vê o crescimento da informalidade e, novamente, começam a surgir situações de trabalho em regime de escravidão, total ou parcial.

Nesses tempos orquestrados pelo grande capital financeiro, a generalização de seus fetichismos alastra-se em todos os poros da vida social: impregna a sociabilidade e impulsiona um profundo desmonte das conquistas civilizatórias dos trabalhadores. A fetichização das relações sociais alcança o seu ápice sob a hegemonia do capital que rendo juros – denominado por Marx de capital fetiche - e obscurece o universo dos trabalhadores que produzem a riqueza e vivenciam a alienação como destituição, sofrimento e rebeldia (IAMAMOTO, 2008a, p. 118).

Para compreender os processos estruturais e conjunturais que incidem sobre a vida em sociedade, apresenta-se a seguir a discussão sobre a conformação da relação entre capital e trabalho e o seu produto: a questão social. Apresenta-se a forma como a sociedade tem respondido a tensão das lutas sociais, seja pela via dos direitos, pela via da repressão ou pelo seu contraponto as formas de resistência que também constituem a questão social, entre as quais estão as políticas públicas. Além disso, discorre-se sobre o Serviço Social como uma das repostas institucionais ao conflito mencionado. Finaliza-se apresentando a revisão teórica sobre o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, sua imagem e identidade profissional.

2.1 A RELAÇÃO CONFLITUOSA ENTRE CAPITAL E TRABALHO: A QUESTÃO SOCIAL

A análise da questão social exige a leitura das relações sociais mediatizadas pelo trabalho na sociedade capitalista, principalmente após a Segunda Revolução Industrial, no século XVIII, na Europa, e as lutas da classe trabalhadora, a partir do século XIX, no período histórico em que o capitalismo assume centralidade como modo de produção de mercadorias. A própria expressão “questão social” passou a ser maciçamente utilizada nessa época com fundamentação positivista e conservadora, de separação entre o econômico e o social, na qual o social passa a ser reconhecido como “fato social, como algo normal, a-histórico, desarticulado dos fundamentos econômicos e políticos da sociedade, portanto, dos interesses e conflitos sociais” (MONTAÑO, 2012, p. 271).

Assim sendo, parte-se do pressuposto do trabalho como estrutural para a sociedade e da exploração da classe trabalhadora como determinante para a afirmação do capitalismo. Esse processo resulta na crescente expressão de desigualdades que tem como base a apropriação privada da riqueza socialmente produzida (IAMAMOTO, 2008). Essas desigualdades representam as condições de vida da população trabalhadora que, sem opção de subsistência, lança-se ao mercado para garantir sua sobrevivência.

Em princípio, é importante analisar a relação conflituosa entre capital e trabalho para poder entender a origem da questão social no capitalismo. Portanto, como se visualiza na obra marxiana, a concepção do trabalho, como categoria ontológica é fundante do ser social. Isso quer dizer que o homem tem no trabalho a sua sobrevivência e o atendimento de suas necessidades físicas e intelectuais. Pelo trabalho, o homem insere-se numa relação de reciprocidade com a natureza no momento em que, a dominando em determinados aspectos, tais como dela retirar objetos sobre os quais irá direcionar sua força de trabalho, ele a transforma e, transformando-a, transforma-se a si mesmo, como afirma Marx:

O trabalho é um processo em que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercambio material com a natureza. [...] atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX, 1983, p. 202).

O trabalho é a atividade que distingue os homens dos demais animais. Teleologicamente, o homem é capaz de antecipar em sua mente o resultado final do processo e, por ele, pode ser distinguido dentro do reino animal. Quando o homem projeta em sua cabeça uma mesa, um banco, uma ferramenta de caça ou pesca, um veículo de locomoção, entre outros, seu pensamento já antecipou, mesmo sem estar pronto o objeto, qual será a sua finalidade. Mesmo as projeções mais simples distinguem o homem dos outros animais, mesmo que as atividades desses últimos sejam mais elaboradas e complexas em comparação aos primeiros. Diz Marx:

Pressupomos o trabalho sob a forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 2013, p. 202).

O trabalho é a forma de socialização do homem, seja na sua relação com a natureza, seja com os seus iguais. É atividade individual dos homens, mas que só se realiza na forma de relações que estes processam entre em si, construindo a partir de condições objetivas e, de suas ações sobre elas, a sua subjetividade (PRATES, 2005). Ou seja, o trabalho expressa relações que extrapolam os limites do ser e percorre a coletividade como condição de sobrevivência e reprodução. O trabalho se configura como uma “qualidade histórica específica da conexão social que se estabelece, no ordenamento capitalista, entre os indivíduos sociais, tecendo as condições e relações sociais nos quais se conformam os indivíduos concretos” (IAMAMOTO, 2008, p. 358).

Outro ponto que merece destaque diz respeito ao processo de trabalho, em contradição ao processo que liberta e realiza a condição do ser humano como ser social; ele é responsável pelos níveis de alienação a que o trabalhador está submetido enquanto sujeito que vende sua força de trabalho e, no qual, o produto lhe é estranho. Esse processo representa o cerne do modo de produção capitalista. No primeiro momento, o que lhe ocorre é que, produzindo, o trabalhador não tem acesso ao seu produto. O segundo nível de alienação diz da não possibilidade de decidir o que produzir nem como produzir. Ainda, ocorre quando o trabalho opõe-se à realização e

ao desenvolvimento pessoal, tornando-se fardo, ou seja, mera atividade física, não havendo reconhecimento naquilo que se faz. E, finalmente, quando o trabalhador ao invés de cooperar com os seus iguais (demais trabalhadores) tem que com eles concorrer (PRATES, 2005).

No processo capitalista de produção de mercadorias, o homem, detentor do fator de produção trabalho, único que pode produzir valor, tem que “emprestar” essa capacidade ao capitalista, o que é detentor do fator capital e dos meios de produção. Esse é um processo no qual para produzir riquezas o capital necessita comprar aquilo que não pode produzir: o trabalho materializado na força de trabalho dos seres humanos. Por sua vez, o trabalhador só dispõe desta força e necessita vendê-la como forma de sobrevivência no capitalismo. Esta é então, a principal das contradições do capitalismo: o capital precisa tanto do trabalhador para reproduzir-se, quanto o trabalhador do capital para sobreviver. Essa relação não ocorre de forma pacífica, mas sim de maneira conflituosa. No capitalismo, o conflito capital entre trabalho é, na verdade, conflito entre classes sociais, sendo essa uma das principais características desse modo de produção (IAMAMOTO, 2008; NETTO, 2005; SANTOS, 2012).

Santos (2012) aponta que o capitalismo, ao inserir inovações tecnológicas à esfera da produção, o faz na intenção do aumento da produtividade do trabalho social e, também, para que ocorra a diminuição do tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de mercadorias. Assim, com o desenvolvimento tecnológico, surgem condições para a exploração crescente da força de trabalho e, conseqüentemente, do aumento do número de trabalhadores “dispensáveis”. Isso ocorre com a intensificação das jornadas de trabalho ao passo que poderia se diminuir a carga horária, proporcionando trabalho a um número maior de pessoas. Ou seja, não se trata da inexistência de trabalho e, sim, da intensificação da exploração (IAMAMOTO, 2006).

Dessa maneira, chega-se a gênese do pauperismo da classe trabalhadora e das demais expressões da desigualdade ocorrida a medida “em que se desenvolve o modo de produção especificamente capitalista, ou seja, aquele que, sob o formato da grande indústria, aprofunda a vigência e a capilaridade de suas leis” (SANTOS, 2012, p. 28). Sob o modo de produção capitalista, as desigualdades atingem uma dimensão não antes visualizada, uma vez que as condições de sua supressão estavam em curso pela riqueza que se produzia naquela época e pelo avanço das forças produtivas

nunca antes experimentadas pela sociedade. No entanto, não foi isso que aconteceu com a supremacia do capitalismo.

Pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. Tanto mais a sociedade se revela capaz de progressivamente produzir mais bens e serviços, tanto mais aumentava o contingente de seus membros que, além de não terem acesso efetivo a tais bens e serviços, viam-se despossuídos das condições materiais de vida de que dispunham anteriormente (NETTO, 2005, p. 153).

A discussão realizada por Iamamoto e Carvalho (2004), ofereceram inicialmente, ao Serviço Social, sobretudo, a compreensão desta dinâmica. Destacam esses autores que o desenvolvimento capitalista e a expansão urbana são o contexto pelo qual a questão social emerge apresentando novas formas.

A questão social não 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. É a manifestação, no cotidiano da contradição entre proletariado e burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão (p. 77).

Posteriormente Iamamoto irá retomar a discussão sobre a questão social. Na obra “O Serviço Social na Contemporaneidade – trabalho e formação profissional” a autora apresenta a ideia de que a questão social condensa em si processos de desigualdade, mas também de resistência (IAMAMOTO, 2006). Segundo ela, a questão social pode ser aprendida como o “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2006, p. 27). Salienta, ainda, que a rebeldia da classe trabalhadora faz oposição às expressões de desigualdades, assinalando que as formas de resistência dessa classe são “as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de reinvenção da vida construídas no cotidiano” (p. 28). Em o “Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche”, Iamamoto, discorrendo, dentre outros aspectos, sobre os rebatimentos da questão social e suas expressões na vida dos trabalhadores, expõe que, dentre outras dimensões, essas expressões são

experimentadas “pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta por moradia e pela terra, na saúde, na assistência social pública” (2008, p. 163).

Outros autores da área do Serviço Social lançaram análises sobre a questão social e para o estudo das relações sociais que compõem a gênese da profissão. Netto (2005) discute que se convive atualmente com expressões “tradicionais” e “novas” da questão social. Diz ele que a questão social é insuprimível sem a supressão da ordem do capital.

A dinâmica específica dessa ordem não só põe e repõe os corolários da exploração que a constitui medularmente: a cada novo estágio de seu desenvolvimento, ela instaura expressões sócio-humanas diferenciadas e mais complexas, correspondentes à intensificação da exploração que é sua razão de ser (NETTO, 2005, p. 160).

Montaño (2012) analisa que a questão social está diretamente relacionada com a concentração de capital, com maior empobrecimento (que não pode ser confundido com a própria questão social) e maior desigualdade. Pondera Montaño que a questão social é um “fenômeno próprio do modo de produção capitalista, constitui-se da relação capital-trabalho a partir do processo produtivo, suas contradições e suas formas de enfrentamento e lutas de classes” (p. 280).

Em relação à questão social no Brasil, Santos (2012) considera que a formação econômica, política e social brasileiras conservam particularidades que tem relação direta com a forma com a questão social se expressa, historicamente no País. Tratada com caso de polícia primeiramente, para posteriormente passar a ser alvo da política, ela situa-se entre o campo da repressão e da benesse, com políticas de cunho moralista e focalizadas. Nesse processo, a autora destaca, no Brasil, a situação das relações de trabalho e emprego para apontar as particularidades que permeiam a questão social no país.

No interior do amplo campo de fenômenos cobertos pelo conceito de “questão social”, a flexibilidade e a precariedade do regime de trabalho no Brasil podem desempenhar um papel mais ou menos crucial, mas, sem dúvida, estarão presentes e, por isso, estão sendo generalizadas como particularidades não só do desemprego mas da questão social no Brasil (SANTOS, 2012, p. 235).

Na atualidade, a questão social ainda conserva seus traços constitutivos tal como se expressavam à época de seu “aparecimento” na sociedade burguesa

industrial dos séculos XVIII e XIX. No entanto, após crises estruturais do capital a questão social passa a expressar, também, “a subversão do humano própria da sociedade capitalista contemporânea, que se materializa na naturalização das desigualdades sociais e na submissão das necessidades humanas ao poder das coisas sociais – do capital dinheiro e de seu fetiche” (IAMAMOTO, 2008, p. 125).

Ao crescente número de trabalhadores desempregados somam-se aqueles que nunca chegaram a acessar o mercado formal de trabalho. Além disso, o recrudescimento das desigualdades de renda, de oportunidades e de acesso a bens e serviços, confere à questão social, atualmente, um espectro de calamidade. O uso indiscriminado dos recursos naturais como os combustíveis fósseis, a ampliação das áreas cultivadas e pastagens invadindo florestas a dentro, a poluição das grandes cidades e dos recursos hídricos tendem a agravar, ainda mais, esse contexto perverso. Em nome da produção, do lucro e da riqueza, toda a natureza é posta a serviço do capital em sua ânsia de acumulação. E, se antes era uma realidade dos chamados segundo e terceiro mundos, dos países periféricos do capitalismo mundial, nas últimas décadas tem se engendrado por todas as partes do planeta, ou nas palavras de Ianni (2003) da “sociedade global”:

A fábrica de desigualdades e antagonismos sociais, econômicos, políticos e culturais já não é mais apenas a sociedade nacional, mas também a sociedade global. Mais que isso, o modo pelo qual essa dinamiza e universaliza conquistas e dilemas – em boa medida com base na reprodução ampliada do capital – provoca uma espécie de aceleração de diversidade e desequilíbrios frequentemente traduzidos em desigualdades e antagonismos (p. 179).

Se a gênese da questão social se explica pela crescente incorporação tecnológica ao processo de produção, com mudanças na produtividade e na gestão do trabalho, na contemporaneidade, tem mostrado que, para superar as crises de acumulação, o capital recria formas de manutenção de sua hegemonia.

O capitalismo abomina qualquer tipo de limite, precisamente porque a acumulação de dinheiro é, em princípio, ilimitada. Por isso, o capitalismo se esforça constantemente para transcender todos os limites (ambientais, sociais, políticos, e geográficos) e transformá-los em barreiras que possam ser transpostas ou contornadas (HARVEY, 2013, p. 161).

O atual modelo de gestão da força de trabalho, a acumulação flexível, vinculado ao neoliberalismo, como teoria de gestão e organização do Estado, são responsáveis pela contenção dos efeitos da crise capitalista iniciada em meados dos anos 1970. Incidindo sobre o Estado de Bem-Estar, seja onde eles efetivamente ocorrerem, seja nos países que não chegaram a constituí-lo de forma integral, como o caso do Brasil, essa dinâmica de supressão da crise acaba por acarretar no desmonte das políticas sociais e na regressão dos direitos trabalhistas. Devido à emergência da questão, tal discussão é retomada mais adiante.

Salienta-se que a questão social, diante da acumulação flexível e do neoliberalismo, fundamenta-se mais uma vez sobre a espoliação da riqueza produzida pela classe trabalhadora, com consequências que expressam níveis de inequidades proporcionalmente inversos ao nível de acumulação de bens e poder pelos gestores desse modo de produção. E ainda, com o advento da financeirização da economia e a disputa pelo fundo público, proveniente dos tributos, visualiza-se a obtenção de taxas de lucro, presente nos juros, como uma maneira de concentração de capital.

O capital, com sua força hegemônica, consegue assegurar a participação do Estado em sua reprodução por meio de políticas de subsídios econômicos, de participação no mercado financeiro, com destaque para a rolagem da dívida, pública, um elemento central na política econômica e de alocação do orçamento público (BEHRING, 2009, pg. 53-4).

Deslocados para o setor produtivo, esses recursos deixam de ser aplicados na atenção às necessidades dos trabalhadores, portanto, não se trata da ausência de recursos e sim de mal direcionamento na alocação dos mesmos. Assim, ao não fazer frente às desigualdades sociais, o Estado deixa de atender suas funções sob o discurso de que os gastos são altos com a reprodução do trabalho, devendo, como contraponto, garantir o bom funcionamento do mercado, mola propulsora do setor produtivo, ou seja, priorizam os interesses do mercado e de uma minoria de privilegiados em detrimento do conjunto da população.

A crise econômica que se inicia nos Estados Unidos em 2008, se espalhando por todo o mundo e chegando ao Brasil em seguida, é enfrentada pelo país com medidas anticíclicas baseadas na renúncia fiscal como forma de estímulo à produção, no incentivo à construção civil com o lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento, em suas diversas fases e programas de transferência de renda, como o

Programa Bolsa Família. De certa forma, ocorreram mudanças na estrutura da sociedade brasileira, porém a necessidade de reformas estruturais não permitiu que o país desse um salto no que tange a modificações efetivas nos padrões de desigualdade.

Tornar o trabalhador como potencial consumidor não se mostrou uma efetiva medida, dado que não poderá, pela lógica de produção de mais-valia, ter a possibilidade de satisfação completa das necessidades humanas. Deslocar a cidadania à regulação pelo mercado, ou seja, o completo desenvolvimento dos trabalhadores e sua forma de participação na decisão dos rumos da política pública é incorrer no erro de tentar tornar igual aquilo que é desigual por essência.

O trabalhador como consumidor ocupa uma posição de crescente importância para a manutenção do curso tranquilo da produção capitalista. Todavia, permanece completamente excluído do controle tanto da produção quanto da distribuição – como se nada houvesse ocorrido na esfera da economia durante o último ou dois últimos séculos. Trata-se de uma contradição que introduz complicações adicionais no sistema produtivo vigente, baseado numa divisão socialmente estratificada do trabalho (MÉSZÁROS, 2011, p. 55).

Outro ponto que Mézszáros traz para a discussão diz respeito à capilarização e intensificação da taxa de exploração. Aponta o autor que, findadas as situações de imperialismo e neocolonialismo, o capital alcança um ponto de saturação em seu próprio local e sem ter alternativa deixa que sua força de trabalho sofra as consequências da deterioração da taxa de lucro. Essa realidade é presente nos países da chamada sociedade “pós-industrial”, nos quais as classes trabalhadoras “estão experimentando uma amostra de real perniciosidade do capital ‘liberal’” (MÉSZÁROS, 2001, p. 70). Isso denota que, nem mesmo onde se conseguiu alterações sociais significativas tais conquistas se mantiveram. É o fim do “capitalismo romântico”, que apregoa o equacionamento de crescimento das taxas de lucro com melhoria nos indicadores sociais.

Como corolário, tem-se a já pontuada elevação das desigualdades que se expressam na e pela questão social. Essa é uma constatação baseada em evidências históricas que representam o fenômeno que demonstra a relação entre população trabalhadora inserida na produção e a população sobrance. Essa última é tão necessária ao capital quanto a primeira.

A população trabalhadora excedente é, portanto, produto da acumulação e uma das condições para o seu desenvolvimento, uma vez que a oferta e demanda de trabalho, em condições absolutamente favoráveis ao capital, contribui na regulação do movimento geral dos salários (IAMAMOTO, 2008, p. 251).

Como uma breve conclusão sobre a discussão em relação à questão social, identifica-se que a subsunção do trabalho ao capital, ao longo do desenvolvimento do modo de produção capitalista, é responsável pelo aviltamento das desigualdades que são de ordem social, econômica, política e cultural. Essas desigualdades são vivenciadas por toda a classe trabalhadora do mesmo modo como por ela são enfrentadas. O tempo presente é contraditório e, assim sendo, possui em si próprio as condições necessárias para as mudanças. Contudo, isso não irá ocorrer como uma consequência natural, devendo ser um processo de disputa pelo excedente o fator desencadeante das mudanças possíveis e necessárias. Como uma arena de tensões, a questão social precisou ser pensada, inicialmente, pelo Estado de maneira a abrandar a luta dos trabalhadores e garantir o ciclo de reprodução e realização do capital, mas sempre conservou em si as possibilidades de supressão da ordem do capital.

2.2 AS RESPOSTAS INSTITUCIONAIS À QUESTÃO SOCIAL E A GÊNESE DO SURGIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

O estudo da categoria política social permite partir de um pressuposto que lhe é central, qual seja: seu caráter contraditório. Na sociedade capitalista, a política social, ao garantir a reprodução de determinadas necessidades da classe trabalhadora, da mesma forma, garante a reprodução do capital. Como mecanismo de proteção social, as políticas sociais desempenham um papel fundamental ao minimizarem os efeitos nocivos do modo de produção capitalista sobre a classe trabalhadora, mas, ao mesmo tempo, possibilitam a continuidade do processo de exploração e acumulação.

O acirramento da questão social, desde a Revolução Industrial aos dias atuais, apresenta mobilizações tanto da classe trabalhadora, quanto do capitalismo e de seus aparatos legais, dentre eles o Estado, exigindo intervenções que visem à diminuição das desigualdades e à conquista de satisfação de certas necessidades das classes trabalhadoras, dentre elas a saúde. A origem da política social está

atrelada ao desenvolvimento do modo de produção, pois foi com as mudanças radicais que se somaram a esse processo as formas de proteção social que, antes asseguradas pela família, pela Igreja ou pelos senhores feudais, com suas ações de assistência, passam para a responsabilidade de outros atores, principalmente do Estado - ainda que forças liberais tensionem para que o mercado desempenhe tal função.

Tais mudanças na oferta de serviços sociais “podem ser atribuídas tanto ao desaparecimento dos antigos vínculos comunitários, como a da propriedade de recursos disponíveis pelas famílias na nova estrutura, organização e modo de vida no meio urbano” (MIOTO, 2009, p. 131). Os direitos, materializados pelas políticas sociais, devem ser compreendidos a partir do movimento da sociedade que, ao enfrentar as desigualdades, mais do que a manutenção da sociedade capitalista, são capazes de expor o movimento social no qual “a criação, a negação, a expansão e a retração dos direitos são constituintes de um processo, onde participam os mais diferentes sujeitos sociais” (COUTO, 2008, p. 38).

O desenvolvimento da questão social “condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando a plenitude de suas expressões e matizes” (IAMAMOTO, 2008, p. 156). Entretanto, a disputa pelo excedente da produção, contido na mais valia e nos salários dos trabalhadores, apresenta-se como “uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários, informados por interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais” (IAMAMOTO, 2008, p. 156).

As políticas sociais se configuram, então, como uma resposta do Estado à agudização da questão social, no período Pós-Revolução Industrial com a passagem do capitalismo monopolista para o capitalismo industrial. Isso ocorre num contexto adverso de satisfação de necessidades pela classe trabalhadora, através da garantia de direitos pela via das políticas sociais, coexistindo com a iniquidade do mercado.

Os direitos, enquanto constitutivos de um patamar de sociabilidade, têm jogado papel importante na sociedade contemporânea, que, são estabelecidas, tornando tenso o movimento por vê-los reconhecidos em lei, protegidos pelo Estado e, mais do que isso, explicitados na vida dos sujeitos concretos (COUTO, 2008, p. 37).

Em âmbito mundial, as políticas sociais obtiveram mais expressão com a constituição dos Estados de Bem-estar Social, nos períodos pós-guerra (1940-1950), também conhecidos como Era de Ouro do capital (PEREIRA, 2009). Especialmente os países europeus conseguiram construir políticas sociais que aproximaram a classe trabalhadora de uma real satisfação de suas necessidades. O papel do Estado nesse momento foi o de gestor das dificuldades oriundas do capitalismo, cujo posicionamento era favorável à reprodução do modo de produção. Os Estados eram responsáveis em garantir à população o atendimento de suas demandas sociais. Isso atendia o apelo do mercado por consumo em massa, para que se estimulasse o crescimento da economia. Esses dois aspectos vistos como parte e expressão de uma realidade maior caracterizam o “capitalismo democrático” (NETTO; BRAZ, 2006).

No entanto, os anos finais da década de 1960 e os iniciais da década seguinte foram os responsáveis por apresentar vetores que serviram para desestruturar a dinâmica favorável do Keynesianismo¹² e do modelo taylorista/fordista¹³. Ao analisar este tempo histórico, conclui-se que os altos níveis de inflação e a queda dos níveis de crescimento econômico e das taxas de lucros coexistem com o aumento dos custos relativos às conquistas dos trabalhadores: os direitos sociais. Estes implicaram um gasto a mais para o capital, que fora aceitável quando as taxas de lucro eram mais altas, mas que, naquela conjuntura, impunham um preço que o capital não estava disposto a pagar (NETTO; BRAZ, 2006). São esses fatos que apareceram como as ruínas deste modelo de acumulação e que abriram as portas para a chegada de uma forma de gestão do trabalho e da atuação do Estado, diante das novas configurações que assumia o capitalismo na era da flexibilização da produção.

No setor de produção, o que surge no cenário como novo modelo organizativo é a acumulação flexível, cujo pressuposto se sustenta nas mudanças das relações

¹² J. M. Keynes defendia a ideia de que “uma correta política governamental anticíclica correta, particularmente (mas não apenas) em setores como tributação, oferta de dinheiro, expansão e contração de crédito, taxas de juro (“dinheiro barato”), obras públicas e especialmente déficits orçamentários (“financiamento da economia por meio de déficits orçamentários”) e excedentes orçamentários, poderia garantir o pleno emprego, ou quase, e uma taxa significativa de crescimento econômico por longo períodos, talvez para sempre (BOTTMORE, 2001, p. 207).

¹³ O modo de gestão e organização do trabalho conhecido com Taylorismo/fordismo baseou-se na combinação das orientações propostas por Frederick Winslow Taylor (1856-1915) e Henry Ford (1863-1947). As duas técnicas tinham a proposição de racionalizar a produção, reduzindo os custos de produção e por consequência aumentando os lucros. Para Taylor o empregado deveria exercer as suas funções em um menor tempo possível durante o processo produtivo. O fordismo (advindo das considerações de Ford) teve como principal característica a introdução das linhas de montagem, na qual cada operário ficava em um determinado local realizando uma tarefa específica (CHIAVENATTO, 2004).

baseadas na flexibilidade dos processos e dos mercados de trabalho, bem como em padrões de consumos diferenciados. A acumulação flexível “caracteriza-se pelo surgimento dos setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional” (HARVEY, 2011 p. 140).

A reestruturação produtiva, através do sistema de acumulação flexível, trouxe orientações também para o sistema de reprodução do capitalismo e das relações sociais, advindas das ideias de contenção dos gastos do Estado com as demandas sociais, em detrimento do livre funcionamento do mercado, conforme os ditames do neoliberalismo e do consenso de Washington¹⁴. As orientações advindas do neoliberalismo e reafirmadas pelo consenso de Washington propunham um Estado mínimo, não necessariamente diminuído em seu tamanho, mas com uma atuação acanhada para a regulação do mercado e em consonância com as orientações da reestruturação produtiva. Trata-se, portanto, do Estado ser mínimo para a oferta de políticas sociais, mas máximo para a garantia de acumulação de capital e da realização da mais-valia, através do estabelecimento de “políticas voltadas para evitar crises, proporcionando garantias econômicas aos processos de valorização e acumulação” (IAMAMOTO, 2008, p. 121).

A fragmentação da atuação do Estado coexiste com a negação dos direitos constitucionais, processo que tipifica a contrarreforma do Estado¹⁵. Esses direitos são materializados e realizados nas políticas sociais e, pelo que se vê, estão sendo cada vez mais distanciados da vida da população.

No Brasil, convive-se com políticas sociais extremamente seletivas e residuais, cujo intuito passa longe da transformação social, mas serve como uma luva às orientações do neoliberalismo. Tem-se a concepção de que o cumprimento dos direitos sociais onera muito o Estado e, sobretudo, sem qualidade, por isso, a

¹⁴ Reunião realizada em novembro de 1989 entre os presidentes eleitos da América Latina e os representantes do Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e Banco Interamericano de Desenvolvimento, que, entre as reformas de cunho neoliberal, prevê a realização de reformas estruturais para a estabilização da economia como as privatizações, a desregulamentação dos mercados, a descentralização e a retomada do desenvolvimento (YAZBEK, 2012, 301).

¹⁵ A reforma do Estado foi um processo pelo qual a atuação do Estado segue as diretrizes da orientação teórica neoliberal. O cerne das reformas é o próprio Consenso de Washington, no qual “conclama-se a necessidade de reduzir a ação do Estado para o atendimento das necessidades das grandes majorias mediante a restrição de gastos sociais, em nome da chamada crise fiscal do Estado” (IAMAMOTO, 2008, p. 144).

privatização é a melhor forma. Se os recursos estão escassos para a execução das políticas públicas, o melhor então é transferir para a iniciativa privada, apelando à solidariedade. Essas orientações enfatizam principalmente a diminuição do poder estatal na condução das políticas sociais, em função de um mercado capaz de oferecer serviços como educação, saúde e segurança privadas entre outros de melhor qualidade. O capitalismo criou, nesse momento, “as condições históricas necessárias para a generalização de sua lógica de mercantilização universal, submetendo aos seus domínios e objetivos de acumulação o conjunto das relações sociais, a economia, a política, a cultura” (IAMAMOTO, 2006, p. 162-163).

A política social, em especial na sociedade brasileira, em que pese a promulgação da Constituição Federal, em 1988 (BRASIL, 1988), com todo o seu caráter de universalidade dos direitos sociais, está profundamente conectada à política econômica e ao ajuste fiscal que, ao privatizar serviços, oferece-os com qualidade aos que podem pagar e para os que não os podem acessar pela via do mercado tem-se a realidade “da focalização/seletividade e de políticas pobres para os pobres e da descentralização, vista como desconcentração e desresponsabilização do Estado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 184).

Contraditoriamente, o desenvolvimento das forças produtivas e a geração de riqueza não são acompanhados da satisfação das necessidades da classe trabalhadora. Para Couto (2008), a Constituição Federal de 1988, foi promulgada com inspiração em novas formas de relações sociais, haja vista seu caráter político e jurídico, no entanto, forças contrárias tencionam o teor da Carta Magna nacional.

Por outro lado, efetivou-se de grande recessão e contradições no campo econômico, onde ocorreram várias tentativas de minimizar os processos inflacionários e buscar a retomada do crescimento, tendo como eixo os princípios da macroeconomia expressa na centralidade da matriz econômica em detrimento da social (COUTO, 2008, p. 139).

Ainda que o desenvolvimento¹⁶ do Brasil nos últimos anos tenha diminuído a pobreza extrema e o desemprego¹⁷, a realidade social é muito aviltante – são muitas famílias vivendo em situação de extrema vulnerabilidade. O desemprego estrutural impossibilita aos chefes de famílias e aos jovens ingressarem no mercado de trabalho, dentre outras inúmeras situações. Por consequência, o sistema de proteção social e as políticas sociais, principalmente, deveriam garantir condições de sobrevivência digna à população; no entanto, a seletividade e a precariedade das políticas públicas e sociais, no Brasil e no mundo pela globalização, não têm logrado grande efeito frente à desigualdade social.

As orientações neoliberais que atravessam todas as esferas da sociedade, seja na produção, seja circulação, seja na realização da mercadoria no modo de produção capitalista, atravessam também as formas como o Estado tem formulado e executado as políticas sociais. As consequências são: “a exaltação da busca do “bem comum” por parte do Estado; a “naturalização” sem remédio da origem das desigualdades e da pobreza, geradas em sociedades de “recursos escassos”; e a diminuição “quase mágica” dos setores espoliados, através da mera execução de políticas sociais, sem que seja alterada a distribuição original” (PASTORINI, 2009, p. 72).

Tendo em vista a configuração das atuais políticas, identifica-se que seus objetivos, por se tratarem de formulações do Estado, com aval de setores da sociedade, da produção e do mercado, não se constituem em mecanismos de transformação senão de conservação do sistema. Esse sistema injusto, desde sua base, permite que as políticas sociais sejam, tão somente, redistributivas, ou seja, que “as sobras” sejam divididas, longe de se configurarem como distributivas, em que a riqueza social seja dividida, enquanto produção coletiva.

¹⁶ Diversas produções têm se destinado a análise desse tema. Conceitua-se o modelo de desenvolvimento adotado pelos últimos governos no Brasil (em especial os governos Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff) como “novo-desenvolvimentismo”. Segundo Araújo, “o principal objetivo do novo-desenvolvimentismo seria delinear um projeto nacional de crescimento e desenvolvimento econômico combinado com a uma melhora substancial nos padrões distributivos no Brasil” (ARAÚJO, 2014, p. 65). Para a redução das desigualdades as alternativas apontadas pelo novo-desenvolvimentismo “são as políticas de corte keynesiano – controle de capital, expansão do gasto público, câmbio fixo, e redução das taxas de juro – e a promoção da equidade social, entendida como igualdade de oportunidades” (p. 67).

¹⁷ Segundo PNUD, o Brasil foi um dos países que mais reduziu a da pobreza extrema e a fome a menos de um sétimo do nível de 1990, passando de 25,5% para 3,5% em 2012 (PNUD, 2015). Em relação ao desemprego no País, o IBGE (2015), tem apontado um aumento dos índices nos últimos meses, devido à crise econômica pela qual passa o Brasil, com a desaceleração da economia. No entanto, no ano de 2014 esse índice teve importante queda, chegando ao patamar de 6,5% em dezembro desse ano.

Assim, as políticas públicas, além de se ocuparem com a provisão de bens materiais [...] têm de contribuir para a efetiva concretização do direito do ser humano à autonomia, à informação, à convivência familiar e comunitária saudável, ao desenvolvimento intelectual, às oportunidades de participação e ao usufruto do progresso [...] (PEREIRA, 2009, p. 103).

No caso particular do Serviço Social como resposta da sociedade e do Estado às desigualdades sociais, é necessário o apontamento da dinâmica das forças em curso durante a sua origem, no qual a questão social é central. Trata-se de situar o Serviço Social no contexto sócio-histórico contemporâneo, identificando as contradições, limites e possibilidades do trabalho profissional.

Existe na produção teórica do Serviço Social algumas teses sobre a origem da profissão e sobre as particularidades do seu trabalho, condensada por Iamamoto da seguinte forma: a tese do sincretismo e da prática indiferenciada; a tese da identidade alienada; a tese da correlação de forças; a tese da assistencial social; a tese da proteção social; e a tese da função pedagógica do assistente social (IAMAMOTO, 2008). Além disso, a autora apresenta suas considerações, expondo sua defesa à ideia da inserção do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho, dentro do modo de produção capitalista.

Montaño (2009) realiza sua análise sobre a natureza do Serviço Social, situando-a a partir de dois vetores distintos: a profissão seria uma evolução da filantropia, na qual seus agentes tornaram-se os primeiros profissionais ou se caracterizaria como um produto da evolução histórica da sociedade em que “projetos políticos econômicos que operaram no desenvolvimento histórico [...] quando, no contexto do capitalismo na sua idade monopolista, o Estado assume para si as respostas à ‘questão social’” (MONTAÑO, 2009, p. 30).

Ao mesmo tempo, a análise do processo histórico de desenvolvimento do Serviço Social e de sua vinculação com o trabalho social só é possível com a apreensão da própria história da sociedade e do modo de produção capitalista, especificamente. A imagem da profissão, sua identidade, seus fundamentos históricos e metodológicos, bem como éticos e políticos, dentre outros fatores, só podem ser compreendidos se situados dentro do curso da história.

Todavia, a história por si só não explica de forma inequívoca a dinâmica de profissionalização do Serviço Social, da construção de seu projeto ético-político e de

sua inscrição na sociedade. É preciso atentar para a apreensão da história e sobre como esses profissionais se movimentaram, nessa história, como se aproximaram da teoria e como materializaram o seu trabalho e, ainda, como se organizaram como categoria profissional.

A análise do desenvolvimento do Serviço Social, como profissão, necessita da compreensão de sua inserção na divisão do trabalho na sociedade (IAMAMOTO, 2008). E, para apreender o significado social do trabalho profissional, é necessário inseri-lo no conjunto das condições e relações sociais que lhe conferem um sentido histórico e nas quais o Serviço Social se torna possível e necessário.

O Serviço Social afirma-se como um tipo de trabalho coletivo, ao se constituir em expressão de necessidades derivadas da prática histórica das classes sociais no ato de produzir e reproduzir seus meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada (IAMAMOTO, 2008, p. 88).

A gênese do Serviço Social ocorreu no século XIX, na Europa, no momento em que começam a ser empreendidos esforços para que as pressões da classe trabalhadora por melhores condições de vida ganhem vulto e chamem a atenção para as danosas consequências do modo de produção capitalista. Inserem-se nesse contexto, as leis de reforma social, as casas de caridade para órfãos e doentes, as casas de trabalho forçado¹⁸, que visavam à integração dos “excluídos” à sociedade pela via da ajuda ou da coerção. Nessa época, ser pobre e não se esforçar para mudar essa condição, lançando-se ao famigerado setor produtivo, era motivo de repressão.

Martinelli (2000) aponta que a origem da profissão é marcada pelo capitalismo e por um “conjunto de variáveis que a ele estão subjacentes – alienação, contradição, antagonismos –, pois foi nesse vasto caudal que ele foi engendrado e desenvolvido” (p. 66). Ainda, é importante citar que o Serviço Social aparece como uma prática ligada a ideias de reforma social, vinculado à Igreja Católica, com a ascensão do capitalismo monopolista (NETTO, 2005).

Portanto, o desenvolvimento por parte do Estado de políticas sociais, em resposta às lutas da classe trabalhadora e a origem do Serviço Social, nesse contexto,

¹⁸ Essas instituições coordenavam inúmeras obras sociais, faziam campanhas de fundos a serem distribuídos entre as instituições e introduziam a racionalização em todas as iniciativas de controle e assistência à pobreza. Nesses países, o Serviço Social, como profissão, nascia ligado a essas instituições, aproveitando-se das experiências por elas acumuladas na área assistencial (BULLA, 2008).

exemplifica o processo histórico que fomentou a institucionalização da profissão e sua inserção no mercado de trabalho.

A inserção do Serviço Social na divisão do trabalho e as novas perspectivas daí decorrentes são um produto histórico. Dependem, fundamentalmente, do grau de maturação e das formas assumidas pelo embate das classes sociais subalternas com o bloco do poder no enfrentamento da “questão social” no capitalismo monopolista; depende, ainda, do caráter das políticas de Estado, que, articuladas ao contexto internacional, vão atribuindo especificidades à configuração do Serviço Social na divisão social do trabalho (IAMAMOTO, 2008, p. 87).

O agravamento da questão social, e a luta dos trabalhadores para o atendimento de suas necessidades impuseram ao Estado o reconhecimento da legitimidade das reivindicações através da organização de repostas institucionais. O Serviço Social é, então, produto das tensões entre trabalhadores e capitalistas e aparece como resposta do Estado para a mediação das demandas de ambos os lados.

O Serviço Social emergiu como um dos mecanismos institucionais mobilizados pelos representantes do capital para atuar na reprodução da totalidade do processo social, no sentido de contribuir para encobrir, atenuar ou controlar os efeitos das contradições criadas, reforçando os mecanismos de dominação (BRAVO, 2011, p. 42).

As políticas sociais desenvolvidas pelo Estado, à época da gênese do Serviço Social, contribuía para a manutenção do status quo e eram conceituadas como a ação social do Estado. Essas ações baseavam-se no controle social da pobreza, postulando-se aos primeiros profissionais a execução de atividades alicerçadas em diagnósticos precisos das condições de vida da população.

No âmbito da profissão, a metodologia formulada por Mary Richmond¹⁹, no início do século XX nos Estados Unidos, foi responsável por fornecer subsídios para as primeiras aproximações à cientificidade das intervenções profissionais, relacionadas à criação dos primeiros cursos de Serviço Social com a elaboração de

¹⁹ “Acolhendo a concepção dominante na sociedade burguesa de que aos problemas sociais estavam associados problemas de caráter, Richmond concebia a tarefa assistencial como eminentemente reintegradora e reformadora do caráter. Atribuía grande importância ao diagnóstico social como estratégia para promover tal reforma e para reintegrar o indivíduo a sociedade” (MARTINELLI, 2000, p. 106).

um arsenal de conhecimentos próprios, para respostas qualificadas dos profissionais à sociedade, como forma de sua legitimação.

Na criação do primeiro curso, em 1898, em Nova Iorque, pela Sociedade de Organização da Caridade, houve a contribuição da pioneira Mary Richmond, que, com suas pesquisas e obras, lançou as bases paradigmáticas do Serviço Social, às quais foram sendo acrescidas novas contribuições teórico-metodológicas, ao longo deste século (BULLA, 2000, p. 07).

Tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, onde geograficamente se identificam os “primeiros passos” do Serviço Social, identifica-se sua vinculação às frações dominantes da sociedade. Os assistentes sociais, nessa época, tendo em vista terem sido chamados pelo Estado para executarem suas ações, recebem, na expressão cunhada por Martinelli (2000) uma “identidade atribuída”, afastando-se “da trama das relações sociais, do espaço social mais amplo da luta de classes e das contradições que as engendram e são por ela engendradas” (p. 67).

O processo histórico de profissionalização do Serviço Social é responsável pela composição de sua identidade e conseqüentemente de sua imagem, embora a aparência oculte múltiplos elementos da essência, essa particularidade se elucida de forma dinâmica, onde aparência/essência ou nesse caso, imagem/identidade, respectivamente, são complementares. Esta profissionalização se constrói a partir das funções e respostas de uma dada profissão, no caso o Serviço Social, às demandas a ele dirigidas. No próximo item, destaca-se a evolução histórica do Serviço Social no Brasil, da qual será possível explorar os elementos que incidiram sobre a profissão no País. Será possível identificar como o desenvolvimento do Brasil, com seus variados modelos, tiveram por parte do Serviço Social maior ou menor impacto sobre as ações profissionais, no sentido de que, os fundamentos sócio-históricos da profissão, moldam-se a partir das refrações da organização da sociedade e do Estado em cada contexto.

2.3 AS PARTICULARIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: A LEI DE REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO, AS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES PRIVATIVAS.

O Serviço Social no Brasil guarda algumas particularidades em sua constituição como profissão, expressas por sua legitimidade e institucionalização. Dessa forma, é essencial apreender a configuração das relações de produção no Brasil bem como as relações de reprodução social, como formas de dominação e resistência, que desempenharam uma gama de influências sobre a sociedade brasileira com inflexões no Serviço Social. Para analisar o processo histórico se faz necessário a compreensão das mais variadas relações sociais, políticas, econômicas, culturais, que, no caso da constituição de um país, foram decisivas nos rumos tomados. Somente pelo entendimento do processo histórico é que a análise crítica do contexto, atual ou passado, será mais efetiva.

No caso da constituição brasileira como nação, entender o processo histórico da colonização, em comparação a outros países sul-americanos, permite identificar situações que desvendam decisões tomadas, com forte influência dos colonizadores e que explicam, por exemplo, como tanta riqueza em minerais, como o ouro, não conseguiu desenvolver o país, mas somente enriqueceu a Coroa Portuguesa (FURTADO, 2007). Holanda (1995) é contundente em afirmar que a formação da sociedade brasileira funda-se na forma peculiar de dominação portuguesa que, desde a colonização, construiu no Brasil uma racionalidade na qual os privilégios são os responsáveis pela hierarquização das relações sociais no país.

O processo histórico do desenvolvimento do Brasil, quando analisado de forma crítica, evidencia inúmeras contradições. O latifúndio, problema crônico da sociedade brasileira, é perfeitamente compreendido, no momento em que a divisão e a concessão das terras no Brasil foram repassadas a poucos indivíduos, que, pela escravidão, mantiveram o cativeiro da terra e do trabalho. A análise deste processo histórico, no caso da relação latifúndio x poder, é que torna possível entender tal realidade e possibilita a compreensão dos motivos pelos quais os grandes grupos oligárquicos se mantiveram no comando do Estado brasileiro (OLIVEIRA, 2003).

À época da colonização portuguesa nas terras tupiniquins, a Europa ainda não dispunha de uma industrialização, dedicando-se a agricultura como forma de subsistência. No entanto, alguns produtos, principalmente aqueles típicos das terras

quentes, provinham das Colônias nas Américas recém “descobertas”. Origina-se dessa época a formatação dos grandes latifúndios no Brasil, destinados às culturas daqueles produtos que não eram produzidos na Corte.

O processo de configuração dos latifúndios, no Brasil, embarrou no entrave da ausência de mão de obra, pois os indígenas não se adaptaram às funções de cultivo da terra. Os originais habitantes das terras tomadas pelos portugueses somente desempenharam algumas funções que os ocupantes lhes impuseram, sobretudo, aquelas destinadas ao extrativismo e a criação de gado. Estava posto aí um empasse: a abundância de terras férteis e ausência de trabalhadores para essas terras e seu cultivo. Cabe salientar, com base nas ponderações de Holanda (1995) que os portugueses que se instalaram no Brasil não eram afeitos ao trabalho braçal, conforme as ponderações desse autor na referida obra, dadas às suas ideias de constituir riqueza através dos menores esforços. Assim, havia a necessidade de introdução de uma outra forma de relação de trabalho.

O que o português vinha buscar era, sem dúvida, a riqueza, mas riqueza que custe ousadia, não riqueza que custa trabalho. A mesma, em suma, que se tinha acostumado a alcançar na Índia com as especiarias e os metais preciosos. Os lucros que proporcionou de início, o esforço de plantar a cana e fabricar o açúcar para mercados europeus, compensavam abundante esforço – efetuado, de resto, com as mãos e os pés dos negros –, mas era preciso que fosse muito simplificado, restringindo-se ao estrito necessário às diferentes opções (HOLANDA, 1995, 49).

A característica do regime escravocrata se alinhou aos anseios de maior rentabilidade com o menor esforço e transcorreu no Brasil do século XVI ao XIX. Abolida legalmente pela Lei Aurea em 1888 a escravidão no Brasil se radicou como uma experiência de longa duração, deixando marcas em diversos aspectos da cultura e da sociedade. Além de que uma relação de trabalho, a existência da mão de obra escrava africana implantou um conjunto de valores da sociedade brasileira no que diz respeito ao trabalho, aos homens e às instituições. Nesse contexto, visualiza-se a origem do preconceito racial e social no decorrer da história no Brasil e a forma como ele se faz presente ainda hoje.

É importante assinalar que a formação da mão-de-obra rural foi conformada aliando a estratégia do trabalho escravo, vindo da África, com o trabalho livre que viera da Europa, principalmente da Itália e da Alemanha. Depois de abolida a escravidão, a

crescente onda de imigração foi a principal responsável por fornecer aos fazendeiros uma nova alternativa, frente à ausência dos escravos negros.

Este tipo de colonização representa a transição do sistema primitivo que resulta na formação de pequenos proprietários e camponeses independentes, para aquele que se adotará mais tarde quase exclusivamente: a colonização por assalariados puros. E corresponde a um período em que começa a se manifestar a premência do problema imediato de mão-de-obra: convinha mais encaminhar os imigrantes diretamente para as grandes lavouras necessitadas de braços (PRADO JUNIOR, 1990, p. 187).

Salienta-se, ainda, que os imigrantes que vieram ao Brasil, com a promessa de terras fartas e possibilidades infinitas de riqueza, encontraram no país uma série de dificuldades: tiveram que trabalhar pela sua sobrevivência e as terras que receberam do governo foram aquelas cuja habitabilidade e produtividade eram restritas. Ocuparam apenas as terras disponibilizadas junto às serras do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina ou foram para as grandes fazendas de café em São Paulo ou em Minas Gerais, onde, primeiramente, trabalharam junto com os escravos para, posteriormente, substituí-los por baixíssimos salários ou por lucros ínfimos das terras arrendadas. O sonho de “fazer a América” foi seriamente prejudicado e muitos desses imigrantes, também, incorporaram-se ao operariado urbano nas cidades do Brasil (SANTOS, 1994).

A Lei das Terras de 1850 e a Abolição da Escravatura são as raízes da urbanização crescente no Brasil que se inicia com o final do cativeiro do trabalho – a escravidão e a afirmação do cativeiro da terra – a propriedade privada e o latifúndio (SANTOS, 1994). Assim, estão criadas as condições para que as populações rurais se lancem às cidades na busca de melhores condições de vida e trabalho. Nessa conjuntura, é preciso considerar que as relações presentes no campo, no que tange, principalmente, à luta de classes, se capilariza pelas cidades. Tem como marco fundante a supremacia da cidade sobre o campo, com a intensificação do processo de urbanização. Tal como a formação das cidades, no Brasil, a urbanização seguiu a lógica geral característica da constituição do País, baseada em relações de cunho paternalista e de interesses privados.

Desde sua Independência, em 1822, o Brasil integrou-se à divisão internacional do trabalho através da exportação de produtos primários para a região do entorno da Grã-Bretanha. Eram exportadas mercadorias derivadas das plantas tropicais para a

Europa e América do Norte, produzidos sob mão de obra escrava. Nesses locais a indústria já operava sob bases consolidadas nesta época. O resultado dessa dinâmica foi um atraso no desenvolvimento do país em, pelo menos, 80 anos (SINGER, 2001).

Isso atrasou o desenvolvimento de nossa economia por pelo menos uns 80 anos. Éramos um país essencialmente agrícola e tecnicamente atrasado por depender de produtores cativos – mão-de-obra de ínfimo custo, que não valeria a pena substituir por máquinas. Além disso, não se poderia confiar a trabalhadores forçados outros instrumentos de produção que os mais toscos e baratos (p, 80).

O atraso econômico no país respondeu, portanto, a um processo interno de produção, sendo também influenciado pela dinâmica internacional. Aliaram-se condições nacionais, como a escravidão, à organização da economia internacional com seus processos de industrialização interna dos países de capitalismo central e a importação dos produtos primários das ex-colônias - dentre elas, o Brasil. Resulta desse processo de atraso a necessidade do país voltar-se para fora, através da importação de produtos de toda ordem (sapatos, roupas, livros) para satisfazer as necessidades das classes dominantes. Junto desses produtos vieram também ideias, ideais e os capitais que foram destinados a construção de uma infraestrutura de serviços como transportes e comunicações, por exemplo (SINGER, 2001).

Nos anos finais do século XIX e nos anos iniciais do século XX o Brasil passou por um momento de crescimento econômico que esteve vinculado à produção agrícola. Desde a promulgação da República, em 1889, o país deixa de ser governado pelos monarcas para ser governado por “coronéis”, com a influência dos produtores de café da região sudeste. No que tange à dinamização da economia, o país passou por profundas transformações, pois a acumulação capitalista deixava de ocorrer via atividades agrárias e de exportação “centrando-se no amadurecimento do mercado de trabalho, na consolidação do polo industrial e na vinculação da economia ao mercado mundial” (MARTINELLI, 2000, p. 122).

O início da substituição da base produtiva agrícola pela a industrialização tinha como objetivo a substituição das importações e, conseqüentemente, a inserção do Brasil no mercado mundial da produção de mercadorias. Esse processo ocorre no início do século XX, tendo a urbanização brasileira atingindo sua maturidade e assumindo as características que se visualizam ainda hoje (SANTOS, 1994). Estava por se iniciar neste momento uma revolução burguesa que, ao contrário da revolução

burguesa “clássica”, no Brasil não aconteceu com uma mudança substancial do país. Na sociedade brasileira, “a mudança das classes proprietárias rurais pelas novas classes burguesas empresário-industriais não exigirá uma ruptura total do sistema, não apenas por razões genéticas, mas por razões estruturais” (OLIVEIRA, 2003, p. 63).

A industrialização teve como orientação e objetivo a mudança da base produtiva do país. A crise econômica mundial de 1929 desencadeou no Brasil um processo de revisão da produção agroexportadora, baseada na produção de café.

Cria-se, em consequência, uma situação praticamente nova na economia brasileira, que era a preponderância do setor ligado ao mercado interno no processo de formação de capital. A precária situação da economia cafeeira, que vivia em regime de destruição de um terço do que produzia, com um baixo nível de rentabilidade, afugentava desse setor os capitais que nele ainda se formavam (FURTADO, 2007, p. 277).

A diversificação da economia brasileira ocorreu combinando a exportação de matérias-primas com o aproveitamento dos recursos existentes no país, terra e mão-de-obra, sendo que o estímulo externo criou o aumento da produtividade que proporcionou o crescimento da acumulação de capital. O modelo adotado respondia por uma iniciativa de substituir as importações como fator determinante para a retomada do crescimento econômico do país.

Essa nova orientação traduziu-se numa política explícita de fomento da industrialização por substituição das importações. [...] o Brasil vinha se industrializando por essa via desde a abolição da escravatura, mas até então o processo dependia essencialmente das oportunidades oferecidas pelos mercados. Com a crise do mercado externo, o governo instituiu o controle cambial e passou a reduzir as importações (SINGER, 2001, p. 97).

Durante o período que se estendeu das últimas décadas do século XIX e as duas primeiras décadas do século XX, o Brasil experimentou índices de urbanização que estiveram associados tanto à agricultura quanto à indústria. Assim, o deslocamento populacional como fator de aumento demográfico, tem a atividade econômica como decisiva. Observou-se que, antes da Segunda Guerra Mundial, quando ainda era significativa a participação da atividade extrativa na composição da renda nacional, os estados responsáveis por tal produção, localizados nas Regiões

Norte e Centro-Oeste, tinham as capitais com maior população. É somente com o incremento das atividades do café em São Paulo e no restante da região sudeste (Rio de Janeiro e Minas Gerais, fundamentalmente) que este polo dinâmico vai se inverter, somando-se às formas capitalistas de produção, trabalho, intercâmbio e consumo. Pode-se dizer que “com base nessa nova dinâmica que o processo de industrialização se desenvolve, atribuindo a dianteira a essa região” (SANTOS, 1994, p. 27).

A urbanização é potencializada com o fortalecimento da industrialização e da necessidade de incorporação da mão-de-obra, presente no campo e atraída pela cidade, principalmente pela oferta de postos de trabalhos, extintos no campo e disponíveis nas indústrias localizadas nos centros urbanos do país. Nesse mesmo momento, de início da atividade industrial no Brasil, com a promulgação de diversas leis trabalhistas, formava-se um pacote de atrativos disponíveis somente nas cidades e ausentes no campo. Aqui novamente pode-se verificar que esta revolução burguesa no país configurou-se uma modernização conservadora, uma vez que ao não produzir nenhuma alteração nas elites, a urbanização apenas transferiu a exploração da classe trabalhadora do campo para a cidade (MARICATO, 2000).

Diante da realidade de acumulação capitalista via industrialização e com os ideais desenvolvimentistas em voga no Brasil fazendo frente aos processos sociais de produção e reprodução social, a questão social no Brasil passa a expressar o conflito entre as classes essenciais do capitalismo. A realidade social nas décadas iniciais do século XX expôs a tensão entre os trabalhadores, o capital e o Estado. Esse último ocupou-se de se colocar acima das classes (como se isso fosse possível) e criar estratégias para defender seus interesses, chamando para si a atribuição de resgate do “clima de harmonia social” (MARTINELLI, 2000, p. 122). A burguesia, por sua vez, via-se diante de uma conjuntura apreensiva.

Na convulsionada conjuntura histórica nacional e paulista que caracterizava o quadro político, social e econômico da época [...] a burguesia encontrava-se atemorizada diante dos rumos que vinham tomando os acontecimentos históricos. Em São Paulo o quadro se agravava, pois além das disputas entre os tenentistas e os setores políticos mais tradicionais, havia o medo da infiltração das ideias do comunismo e ainda, para aumentar-lhes a preocupação, um distanciamento do governo central, que vinha marginalizando a burguesia paulista (p. 123).

Além disso, a questão social nestes tempos começa a tomar contornos típicos das sociedades capitalistas. No Brasil, a partir da terceira década do século XX, o capital já tem ao seu dispor o trabalho livre e o trabalhador já sucumbiu à exploração pela burguesia. Para o trabalhador “sua existência e reprodução só se tornaram possíveis enquanto elemento de uma classe social, através da “verdadeira guerra civil” que trava com a classe capitalista para garantir e ampliar suas condições de existência” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004, p. 134).

No entanto, em meio a esse mesmo contexto e diante da flagrante situação de penosidade a qual a classe trabalhadora estava submetida, exigiu-se que o Estado direcionasse algumas ações para atender às pressões dessa classe, em virtude do cenário que ameaçava a continuidade do padrão de acumulação na fase de transição entre o capitalismo competitivo e o capitalismo monopolista (ALMEIDA, 2016). Expressando os traços do período colonial, as relações sociais próprias do capitalismo brasileiro gestaram as condições de constituição do pauperismo no Brasil a partir de novas características da pobreza da população, principalmente pela ampliação da riqueza social e sua típica concentração no capitalismo.

As condições de exploração que marcam a relação capital-trabalho, são nessa ordem, estruturais e colocam em polos antagônicos os interesses de continuidade e superação desta ordem societária, acirrando os processos de luta que conformam as classes sociais fundamentais. O pauperismo adquire então uma feição histórica nova, vinculada à contraditória dinâmica na qual a ampliação da produção da riqueza social só se efetiva mediante a ampliação da pobreza e da progressiva destituição do trabalhador das condições próprias de reprodução (ALMEIDA, 2016, p. 81).

Perante as atribuladas condições de trabalho e de vida, a classe trabalhadora desencadeou movimentos para tencionar a sociedade no que se referia à profunda exploração pelas quais estavam passando. As classes dominantes, o Estado e a Igreja são pressionadas a posicionar-se frente às reivindicações das classes subalternizadas. As classes dominantes entenderam que havia deveres morais que elas deviam responder, todos de manutenção do seu status quo. Assim sendo, impõe-se a obrigação de controle social da exploração da força de trabalho, pois “a compra e venda dessa mercadoria especial sai da esfera mercantil pela imposição de uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho através do Estado” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004, p. 134). Almeida (2016) refere que a mobilização de esferas da

sociedade civil tem o propósito de adequação moral dos trabalhadores, demonstrando “os traços constitutivos do processo de dominação burguesa, no qual as relações arcaicas e o conservadorismo constituem componente central do processo de modernização das relações capitalistas” (p. 83)

O Estado, por seu turno, formula e implementa uma série de Leis Sociais como forma de atender às pressões dos trabalhadores e às suas necessidades de reprodução, bem como garantir a permanência do capitalismo e de seus profícuos resultados. O reconhecimento dos direitos de um seleto grupo de trabalhadores, sobretudo aqueles ligados aos setores agroexportadores se restringiram os limites da cidadania burguesa (ALMEIDA, 2016). Nos centros urbanos as legislações se aplicaram aos setores não industriais como os ferroviários, os marítimos e os portuários. Além disso, a legislação se converteu em um instrumento pelo qual a burguesia estabeleceu mecanismos de integração e controle (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004). Para Martinelli (2000), a classe dominante “procurava conceber estratégias com força disciplinadora e desmobilizadora do movimento do proletariado” (p. 122), tudo isso com o aval e chancela do Estado que era o legítimo defensor da ordem (capitalista, obviamente).

Em relação à Igreja, o seu posicionamento e ação se deu, no que tange a questão social, na intenção de recuperar sua hegemonia no campo moral e intelectual. A Igreja Católica posicionou-se “numa zona de confronto com as influências do liberalismo, presente na conformação do Estado e do ideário comunista difundindo por parcela do movimento sindical” (ALMEIDA, 2016, p. 83). A ação social da Igreja Católica, através do movimento laico, teve vinculação ao seu engajamento na dinâmica dos antagonismos de classe e a necessidade identificada por seus líderes de recuperação dos prestígios e privilégios que entraram em declínio alguns anos antes, haja vista a reforma protestante.

Ante a desagregação da Sociedade Civil tradicional e ao declínio de sua influência – ante a “ultrapassagem da concepção religiosa do mundo” conquista de suas antigas prerrogativas e privilégios, tanto práticos como ideológicos. Essa reação terá por base, por meio de métodos organizativos e disciplinares, a constituição de poderosas organizações de massas – “verdadeiro partido da Igreja” – visando ao controle e enquadramento da população católica (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004, p. 150).

É notório, diante do contexto anteriormente mencionado, que as estratégias de enfrentamento à questão social brasileira destinaram-se a “pacificar” os movimentos operários, concedendo-lhes alguns poucos direitos, sobretudo aqueles vinculados ao trabalho formal, e garantir a continuidade do processo de expansão do capitalismo monopolista e da dominação da burguesia brasileira, na reforma modernizadora da sociedade no país. A gênese do Serviço Social no Brasil ocorreu no movimento da sociedade brasileira, em seus variados aspectos constitutivos e, basicamente, responde à necessidade da formação técnica de agentes para a intervenção junto à classe trabalhadora, nas mediações do Estado em consequência à questão social.

A institucionalização do Serviço Social no período deu-se sob a influência da doutrina social da Igreja Católica, a partir da ampliação do aparato estatal e empresarial de assistência social associada a uma dinâmica de classe na qual parte de seus conflitos foi levada para o interior do Estado, institucionalizando canais de regulação deles, enquanto outra parte assumia formas de organização sindical e partidária, duramente reprimido pelo estado novo (ALMEIDA, 2016, p. 83-4).

No contexto da inicial diversificação da economia, via industrialização e instauração dos monopólios e, ainda, diante da intervenção do Estado junto à questão social e das lutas proletárias, passam a existir no Brasil, a partir de meados da década de 1930, as primeiras escolas de Serviço Social, vinculadas à Igreja Católica e aos setores dominantes da sociedade brasileira ao recrutar agentes da alta sociedade para o trabalho com os pobres e marginalizados. Nessa época, moças oriundas de famílias ricas começam a frequentar as escolas de Serviço Social, sendo a principal delas o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo. Esse centro tinha como objetivo principal a formação técnica especializada, inspirada no Serviço Social Europeu, de quadros para a ação social e a difusão da doutrina social da Igreja. Quando em 1936 é fundada a primeira Escola de Serviço Social, além do Movimento Católico Laico, o Estado passa a intervir junto à formação dos primeiros profissionais (IAMAMOTO; CARVALHO; 2004).

A inicial intervenção do Estado junto à questão social no Brasil, nessa época, favoreceu a incorporação dos primeiros contingentes de assistentes sociais. Direcionadas a classe trabalhadora, as ações profissionais não foram demandadas por esses sujeitos. Inspiradas pelo populismo de Getúlio Vargas, as ações

destinaram-se a diminuir a intensidade do conflito entre capital e trabalho, mediadas pelo Estado.

Embora o Serviço Social se propusesse a atuar junto às camadas desfavorecidas da população, em que se inclui a classe trabalhadora, a implantação desse serviço não foi uma resposta a uma reivindicação do operariado. Na época, a organização dos trabalhadores era incipiente. As políticas sociais foram, de certa forma, outorgadas pelo governo populista de Vargas e tiveram um caráter de antecipação e de cooptação do trabalhador, em favor da harmonia entre as classes e do desenvolvimento capitalista. O trabalhador, embora tenha realizado vários movimentos reivindicatórios, não conseguiu, apenas com sua força, uma política social que o beneficiasse (BULLA, 2008, p. 05).

Os assistentes sociais iniciam nessa época sua vinculação as políticas sociais. Nos anos que se seguem, o Serviço Social irá se institucionalizar como o profissional responsável pela execução dessas políticas. Advém dessa dinâmica, a expressão cunhada por Netto (2005), na qual se identifica o assistente social como “executor terminal das políticas sociais”.

Assim, desde sua criação na década de 1930 até meados da década de 1960, os assistentes sociais desempenham suas funções estando vinculados ao aparato estatal. Os códigos de ética profissional dos anos 1947 e 1965 oferecem elementos, a partir de seus pressupostos e referenciais teóricos, em que a filosofia baseada em valores de base teológicas e a teoria vinculada ao positivismo influenciaram no direcionamento da ação dos profissionais, a saber, com nítida vinculação à manutenção da sociedade de classes no Brasil, sob a hegemonia da tradicional burguesia brasileira (BARROCO, 2012).

Observa-se que a constituição de um determinado espaço sócio-ocupacional para o assistente social vincula-se a uma das estratégias utilizadas pelo capitalismo monopolista para minimizar a tendência de crises cíclicas, as quais tiveram no Estado, principal aliado. É, portanto, no interior das políticas sociais públicas – uma das modalidades privilegiadas de enfrentamento as sequelas da “questão social” – que se requisita tecnicamente esse tipo de profissional (ORTIZ, 2010, p. 128).

A identidade profissional dos assistentes sociais, no Brasil, nessa época, vinculava-se ao percurso alienante do desenvolvimento da profissão, sendo essa identidade construída pela categoria, através da forma como essa era pensada pelos

profissionais, embora também fosse a expectativa do mercado, do Estado e da Igreja. Afastando-se da perspectiva contraditória os profissionais encontraram dificuldades e diante do quadro político nacional, nessa conjuntura, o Serviço Social estava “recuado do cenário histórico, produzindo e reproduzindo práticas incapazes de se somarem aos esforços de construção e preservação de espaços democráticos em uma sociedade oprimida por uma ditadura militar” (MARTINELLI, 2000, p. 142).

A Ditadura Militar instaura-se mediante golpe político, no Brasil, no ano de 1964, para afastar a possibilidade da implementação do comunismo no País, em defesa dos valores morais e da família, financiados pelos interesses imperialistas dos Estados Unidos. Em âmbito mundial, eclodem em vários países movimentos sociais que questionavam esses valores tradicionais, de libertação nacional e social que pretendiam catalisar a revolução e a construção do socialismo.

Nunca escapou aos analistas da ditadura brasileira que sua emergência inseriu-se no contexto que transcendia largamente as fronteiras do país, inscrevendo-se num mosaico internacional em que uma sucessão de golpe de Estado [...] era somente o sintoma de um processo de fundo: movendo-se na moldura de uma substancial alteração na divisão internacional capitalista do trabalho, os centros imperialistas, sob o hegemonismo norte-americano, patrocinaram, especialmente no curso dos anos sessenta, uma contrarrevolução preventiva em escala planetária [...] (NETTO, 2004, p. 16).

Diante do cenário político, econômico e social, à época dos primeiros governos militares ditatoriais, inicia-se na América latina um movimento no Serviço Social, chamado de Movimento de Reconceituação que se apresentou como um marco histórico da profissão por se tratar em sua gênese de um movimento que se baseava na autocrítica sobre a profissão e em questionamentos a respeito dos processos societários em vigência no continente. A busca desse Movimento era pela “construção de um novo Serviço Social latino-americano, saturado de historicidade, que apostasse na criação de novas formas de sociabilidade a partir do próprio protagonismo dos sujeitos sociais” (IAMAMOTO, 2006, p. 207).

Sem ser hegemônico, este movimento propunha em seu caráter majoritário, que o Serviço Social olhasse para a configuração social apresentada na América Latina apontando diretrizes de consolidação de um projeto que fizesse frente aos ditames do capitalismo central sobre o continente. Exigia-se da profissão que o debate

e a crítica, bem como a produção de conhecimentos, se aproximassem ao máximo da sociedade (IAMAMOTO, 2006).

É neste momento que ocorrem as primeiras aproximações à teoria marxista, num processo atribulado pelo qual se chega a denunciar que ocorria um marxismo sem Marx convivendo com um ecletismo teórico. É importante fazer referência a esta apropriação que ocorreu de forma confusa em meio ao regime autoritarista da ditadura militar no Brasil naquela época, o que fazia com que as leituras e os estudos de Marx, ocorressem via cartilha, panfletos, materiais secundários. Analisando-se essa situação, conclui-se que a leitura era confusa porque não ocorria a partir das obras de Marx e, sim, mediante entendimento prévio de quem concebia tais documentos (NETTO, 2005).

É somente após a década de 1980 que ocorre a aproximação às fontes clássicas. Para esse processo ocorrer, foram fundamentais dois pontos: o primeiro diz respeito à pós-graduação na área do Serviço Social e o segundo vincula-se à publicação, em 1982, por Marilda Iamamoto e Raul de Carvalho, do livro “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – esboço de uma interpretação histórico-metodológica”.

A pós-graduação *stricto sensu* em Serviço Social, no Brasil, inicia-se com curso de mestrado, em 1972, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP); nesse mesmo ano, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; seguido pelo mestrado instituído em 1976 na Universidade Federal do Rio de Janeiro, e mais tarde, na PUCRS com o mestrado iniciado em 1977²⁰. A criação dos cursos de pós-graduação adensou com qualidade impar a produção do conhecimento, através de uma massa crítica e de um amplo e qualificado debate que favoreceu a construção de um projeto profissional.

Em outras palavras, é inconteste que a produção oriunda dos diversos programas de pós-graduação em Serviço Social existentes no Brasil nos últimos anos tem contribuído decisivamente para as construções teóricas e ético-políticas que enformam o projeto profissional hegemônico, o que, sem ela, não teria alcançado a mesma profundidade (ORTIZ, 2010, p. 172).

²⁰ Closs (2016) apresenta que, segundo dados da CAPES do ano de 2014, há 33 programas vinculados à área de Serviço Social existentes no país, ofertando 18 cursos de Mestrado e 15 cursos de Doutorado.

Em 1981, também na PUCSP, inicia-se o 1º curso de Doutorado da América Latina na referida área. Diante do avanço da pós-graduação *stricto sensu*, na década de 1980, se deu uma importante revisão da formação profissional, com a adoção de um novo currículo, revisando o perfil profissional tecnocrata, baseado em uma intervenção que se fazia através dos métodos de caso, grupo e comunidade e pelo qual “se desencadeia um processo de construção de uma cultura crítica, tendo na pesquisa, o seu fundamento, e na produção do conhecimento inovador e contribuição com outras áreas do conhecimento, a sua expressão” (GUERRA, 2011, p. 133).

No que se refere à produção de Iamamoto e Carvalho (1982), ressalta-se que esta obra apresenta as primeiras sintetizações de autores da área do Serviço Social no Brasil sobre a profissão mediada pela teoria social crítica. O livro teve como objeto de estudo “o Serviço Social como profissão no contexto de aprofundamento do capitalismo na sociedade brasileira, no período 1930-1960” e essa investigação procurou “desvendar o significado social dessa instituição e das práticas desenvolvidas em seu âmbito, por agentes especialmente qualificados: os Assistentes Sociais” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2004, p. 15).

O avanço mais significativo, em termos de produção do conhecimento ocorreu nos anos de 1990 cujo teor vai permear o novo Código de Ética Profissional (CFESS, 1993), a Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993) e o documento da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social - ABEPSS (ABESS, 1996) além de importantes contribuições da categoria para políticas de Saúde (BRASIL, 1990), Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a) e Assistência através da Lei Orgânica da Assistência Social de 1993 (BRASIL, 1993a).

Desde então a profissão vem trilhando, em meio a grandes desafios, a consolidação das propostas inovadoras oriundas da reconceituação. Convive-se, ainda hoje, com o conservadorismo profissional que não incorporou as “ideias reconceituadas” de uma nova forma de atuação profissional. Pensar o Serviço Social na atualidade é pensar na sua inserção na atual conjuntura. É considerar esta profissão enquanto partícipe da reprodução desta sociedade e sobre ela observar a incidência de determinantes da ordem vigente; ou seja, ela não é uma ilha, pois, está sendo invadida a todos os momentos pelo poder dominante sem, no entanto, conformar-se com esta situação.

As diferenciadas condições e relações sociais que envolvem esse trabalho redimensionam socialmente o significado das projeções profissionais, cuja viabilização é condicionada por determinantes que ultrapassam os indivíduos singulares, ao materializarem interesses dos sujeitos sociais contratantes (IAMAMOTO, 2008, p. 338).

Dada à importância que tem para o Serviço Social, é importante constar sobre a lavratura da Lei de Regulamentação da profissão de Assistente Social, datada de 07 de junho de 1993, inscrita no rol de legislações do Brasil sob o Número 8.662/93, dispondo sobre a profissão e dando outras providências. São traçadas, a seguir, algumas ponderações sobre a normativa, com ênfase nas competências profissionais e atribuições privativas no exercício das funções para as quais é chamado o assistente social. Essa lei substitui outra, promulgada em 1957, quando num contexto em que o Estado brasileiro, a partir de sua perspectiva reguladora, delega aos conselhos profissionais a função de controle. A perspectiva da Lei 8.662/93 diferencia-se daquela da década de 1950, a partir de uma perspectiva crítica, na qual a regulamentação assume cariz de um instrumento favorável à construção de um projeto profissional (CFESS, 2012).

A Lei como instrumento, pôde articular princípios ético-políticos, e procedimentos técnico-operacionais. O texto legal expressa, pois, um conjunto de conhecimentos particulares e especializados, a partir dos quais são elaboradas respostas concretas as demandas sociais, embora saibamos que a predefinição das atribuições privativas e competências, como uma exigência jurídica/legal, não as garante na prática, posto estarem também, condicionadas à lógica do mercado capitalista (p. 30).

É notório que ao regulamentar a profissão, essa Lei demarca um avanço junto à linha histórica do Serviço Social no Brasil, pois apresenta ao conjunto da sociedade os valores éticos e princípios que são à base do exercício profissional. A partir da legislação profissional, é feita a defesa da autonomia profissional, a qual, juntamente com os princípios e valores, definem “competências e atribuições, além de conhecimentos essenciais, que têm força de lei, sendo judicialmente reclamáveis” (IAMAMOTO, 2008, p. 224). Portanto, os 24 artigos que compõem a Lei 8.662/93, oferecem ao profissional os parâmetros para a sua intervenção. Dentre tais artigos, os de número 4 e 5, apresentam as competências profissionais e as atribuições privativas do assistente social, respectivamente. O teor desses dois artigos representa para o Serviço Social brasileiro as orientações a respeito de sua intervenção

profissional, principalmente por organizarem em dois grandes blocos o que pode ser realizado pelo profissional, mas que não são de sua exclusividade – as competências profissionais e, o que, por sua formação acadêmica específica, é de sua exclusividade – as atribuições privativas.

A delimitação dessas duas perspectivas de atuação se faz importante pelas tensões que ocorrem entre o projeto profissional e sua condição de assalariamento. Os princípios constantes no código de ética profissional (CFESS, 1993), especialmente por primarem pela liberdade e pela democracia radicais, oportunizam ao profissional desvendar os obstáculos que se apresentam no questionamento sobre a dificuldade de atingir os objetivos de sua intervenção. Dessa forma, a tensão advinda da condição de inserção no mercado de trabalho, a partir do seu assalariamento, em que pese às atribuições e competências definidas pela Lei de Regulamentação, tende a diminuir de intensidade.

O dilema condensado na inter-relação entre projeto profissional e estatuto assalariado, significa, por um lado, a afirmação da relativa autonomia do assistente social na condução de suas ações profissionais, socialmente legítima pela formação acadêmica de nível universitário e pelo aparato legal e organizativo que regulam o exercício de uma “profissão liberal” na sociedade (expresso na legislação pertinente e nos Conselhos Profissionais) (IAMAMOTO, 2008, p. 415).

Isto posto, a delimitação do que é exclusivo de intervenção do assistente social ou, em oposição, o que pode ser compartilhado com os demais membros de um dado processo de trabalho coletivo, provoca o profissional para “o domínio de informações, para a identificação dos instrumentos a serem acionados e habilidades técnico-operacionais, que permitam um profícuo diálogo com os diferentes segmentos sociais” (CFESS, 2012, p. 31). Por sua vez, a definição do que é exclusivo ao assistente social, pelo que se identifica na lei, está associada às ideias de matéria, área e unidade de Serviço Social. Essas três categorias não têm limites bem definidos, sendo alvo de constantes debates e questionamentos. No entanto, a definição do que é atribuição, como atividade privativa do assistente social, está vinculada à formação teórica, técnica, ética e política. Em síntese, a matéria se refere ao objeto sobre o qual o agente profissional exerce sua força; a área diz respeito a um campo definido ou o âmbito de atuação do assistente social; e, a unidade, pode ser identificada como o conjunto de profissionais de uma unidade de trabalho, por exemplo (IAMAMOTO,

2012). De acordo com o artigo 4º da Lei 8.662/93, são dez (uma vez que o inciso IV foi vetado) as competências profissionais, descritas e apresentadas da seguinte forma:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 1993).

As competências profissionais devem ser visualizadas como potencialidades ao exercício profissional e não como um obstáculo. Não sendo exclusivas e/ou privativas, uma determinada atividade pode ser o “gatilho” da intervenção profissional na direção de seu objeto de trabalho. Trata-se da habilidade do profissional em identificar junto às demandas apresentadas pelos empregadores (as quais muitas vezes é direcionada a outros profissionais também), as reais necessidades dos usuários, a vinculação dessas demandas às expressões da questão social, e os instrumentos capazes de modifica-las, tem como produto o acesso a bens e serviços socialmente conquistados, os direitos sociais, por exemplo.

Silva (2012) considera que, em função da força especializada de trabalho do assistente social, ela somente se transforma em atividade ao encontrar os meios para

sua realização. Esses meios são: recursos humanos, materiais e políticos e “encontram-se em posse dos empregadores, que vão – em função de interesses em disputa expressos nas políticas e projetos institucionais – estabelecer parâmetros para a realização do trabalho” (p. 147).

Essa ponderação é importante para situar o debate das atividades do profissional nas instituições empregadoras, no qual o trabalho em equipe se desenvolve, e serve de exemplo no debate sobre competências e atribuições privativas. O trabalho em equipe não dilui as particularidades profissionais, uma vez que são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe. Assim sendo, o assistente social, ainda que realize atividades compartilhadas com outros profissionais, “dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações” (IAMAMOTO, 2012, p. 64). Ante o exposto, há de se considerar que no trabalho em equipe as atribuições privativas são invocadas pelos profissionais por suas formações distintas, ao passo que as competências, também dadas às particularidades, coadunam a um objetivo comum de trabalho.

O artigo 5⁰²¹ da Lei de Regulamentação apresenta, então, os incisos sob os quais repousam as atribuições privativas do assistente social:

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes

²¹ A Lei, 12.317, de 2010, inseriu ao artigo 5ºA, cuja redação é a seguinte: A duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais.

Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (BRASIL, 1993).

Em relação às atribuições privativas é importante considerar que elas exercem influência sobre a identidade profissional do assistente social. Os traços históricos de subalternidade dos profissionais poderão ser modificados através da excelência no desempenho daquelas atribuições. Nesse sentido, é importante, ainda, que o profissional tenha em mente que sobre as competências e atribuições privativas exercem influência os processos sociais que configuram as demandas oriundas da questão social, a situação da autonomia relativa e a condição de trabalhador assalariado. Dessa forma, superam-se as “posturas que consideram o trabalho profissional deslocado dos processos mais gerais e debitam exclusivamente aos assistentes sociais a responsabilidade pelo sucesso ou insucesso das atividades cotidianas que expressam as competências e atribuições profissionais” (SILVA, 2012, p. 152).

Prates (2016) analisa que o Serviço Social é uma profissão fundamental, tendo em vista às exigências do momento atual, para instigar processos sociais emancipatórios, desocultando aqueles que reproduzem desigualdade e subordinação, pois “fantasmas do passado” teimam em rondar os mais variados espaços da sociedade, ultimamente, ameaçando conquistas e avanços sociais.

Por essa razão, no momento atual o Serviço Social é mais do que nunca uma profissão fundamental, porque tem essa capacidade de mediação, essa competência de articular muitas dimensões e áreas, porque trabalha na formulação, no planejamento e na gestão das políticas sociais mas também na execução terminal, igualmente importante (PRATES, 2016, p. 04).

Por fim, salienta-se que a atuação profissional, no cenário adverso do neoliberalismo e de suas implicações nos processos de trabalho em que se insere, desafia os assistentes sociais a desenvolverem uma capacidade de leitura crítica da

realidade cujas intervenções, propositivas e coerentes, conectam-se com o projeto societário defendido pela categoria profissional. Traduzidos em três pilares, o projeto profissional ancora-se no Código de Ética Profissional (CFESS, 1993), na Lei nº8662/93 (BRASIL, 1993) que regulamenta a profissão e nas Diretrizes Curriculares da Formação Profissional dos Assistentes Sociais (ABEPSS, 1996) que expressam os valores defendidos pela profissão, conformando o Projeto Ético Político da categoria.

Esses documentos assinalam os avanços históricos da profissão através de um profícuo debate da profissão, oriundo de suas vivências e lutas, de sua organização política enquanto categoria e de suas relações com o conjunto da sociedade (PRATES, 2016). É a partir dos fundamentos históricos e metodológicos construídos sob os alicerces da realidade em seus múltiplos aspectos, que o Serviço Social formulou sua base teórica, seus valores éticos e políticos. Há no horizonte do projeto profissional a perspectiva de mudança e de superação das desigualdades.

Constituímos, no Brasil, uma profissão que se fundamenta por referenciais teórico-metodológicos que contemplam múltiplas dimensões, porque pautam-se na totalidade concreta e na integralidade que reconhece as unidades dialéticas, a relação entre universal e particular, entre os contextos amplos e o tempo miúdo do cotidiano, todos como expressão legítima do real. [...] direciona sua práxis, ou sua prática com clareza de direção social, orientada pela perspectiva de novas formas de sociabilidade, onde seja possível a efetiva superação dessas desigualdades (PRATES, 2016, p. 03).

Baseado na defesa intransigente dos direitos sociais, frutos da luta da classe trabalhadora, o Projeto Ético-Político apresenta os valores centrais para a profissão e também as recusas e denúncias que o profissional deverá fazer em seu cotidiano como forma de promoção dos direitos políticos, sociais e humanos. A democracia e a liberdade assumem caráter central em oposição ao autoritarismo e a exploração. Aparecem como forma de construção de uma sociedade cuja cidadania propícia o acesso equânime aos direitos supramencionados, e por consequência, uma efetiva justiça social.

2.4 A IMAGEM E A IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

A partir das ideias assinaladas na discussão sobre o Serviço Social no Brasil, tendo em vista os objetivos dessa tese, sobretudo em relação à imagem e à identidade profissional, é necessário pontuar algumas considerações. Em primeiro lugar, a construção da imagem do Serviço Social vincula-se ao seu desenvolvimento histórico como profissão a partir de sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho. Ao responder a certas necessidades sociais do capitalismo e do Estado, o Serviço Social foi se institucionalizando e formatando sua imagem junto aos empregadores, os usuários de seus serviços e a própria categoria profissional.

Para Ortiz (2010) a imagem do Serviço Social no Brasil, constitui-se através da imagem socialmente construída da profissão somada à autoimagem profissional, numa relação que se torna mais tensa a partir dos anos 80 e 90 do século passado.

Ou seja, se por um lado, as marcas da profissão ainda se constituem nos traços majoritários que permeiam a imagem que socialmente se tem da profissão e do assistente social; por outro, cada vez mais se fortalece no âmbito da profissão a partir do seu projeto profissional, uma nova imagem – a de profissão que defende direitos (ORTIZ, 2010, p. 20).

Neste contexto, termo imagem está vinculado à representação que se faz de uma realidade, ou seja, é a condensação de um processo ou fenômeno, cuja apreensão é feita pelos sujeitos, de uma expressão do real. Cabe salientar que o binômio aparência/essência é fundamental para essa dinâmica, uma vez que a aparência encobre a essência. A aparência diz algo a respeito da realidade ou da imagem que se tem do real, no entanto, ela não é capaz de demonstrar a totalidade de um determinado fenômeno. A relação aparência/essência é processual, ao passo que é movimento, compondo dialeticamente a mesma realidade. Para Kosik (1989), “o fenômeno não é radicalmente diferente da essência, e a essência não é uma realidade pertencente a ordem diversa da do fenômeno” (p. 16).

Partindo desses pressupostos, a imagem do Serviço Social demonstra a construção de uma representação da profissão na qual se tem a perspectiva de diferentes segmentos da sociedade, principalmente dos empregadores, dos destinatários de suas ações e de seus agentes profissionais. Pode-se dizer que a imagem do Serviço Social não é, senão, a construção de um arcabouço de ideias e objetivos que permitem “entender no que consiste a profissão: seu significado sócio-histórico e suas particularidades” (ORTIZ, 2010, p. 18).

Na presente produção trabalhou-se com a imagem e a identidade como elementos de uma mesma unidade dialética, considerando a imagem como expressão da identidade, uma manifestação parcial que é parte constitutiva da última, mas que não a esgota, na medida em que, na dialética, a aparência é parte da essência. Traçando uma analogia, sabe-se que a cor da maçã é parte de sua constituição, mas não é toda a maçã. É preciso superar a aparência, mas é imprescindível considerá-la na análise dialética.

Contudo, há toda uma contribuição da teoria da representação social para o estudo das imagens. Embora essa não seja a opção teórica utilizada nessa tese, realiza-se um breve diálogo com essa produção na busca do adensamento da categoria imagem, reiterando, contudo, a ênfase no seu caráter de aparência aqui utilizado.

Conforme Moscovici (1978), a imagem de uma profissão é uma representação social. O autor expõe que as representações sociais se constituem em “uma das vias de apreensão do mundo concreto, circunscrito em seus alicerces e suas consequências” (p. 44). As representações sociais são a relação do indivíduo com o objeto em termos dos significados atribuídos a estes e “estão presentes nos meios e nas mentes, isto é, se constitui numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos; é um conceito relacional, e por isso mesmo social” (GUARESCHI, 1996, p. 18).

Para Jodelet (2001) a representação social é, ininterruptamente, representação de alguma coisa (objeto) e de alguém. Ela tem como objeto uma relação de simbolização, de substituição e de interpretação, conferindo-lhe significações. A representação social é, ainda, para a autora, uma forma de conhecimento e serve para agir sobre o mundo e sobre o outro. Além disso, as representações sociais são uma maneira de comunicação entre os indivíduos e, como fenômenos sociais devem ser entendidos “a partir do seu contexto de produção, isto é, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam” (ALEXANDRE, 2004, p. 131).

Moscovici (2003) salienta que as representações não ocorrem isoladamente e não são imutáveis porque incidem no movimento do real. Elas são utilizadas para explicar e significar aquilo que é não familiar para ou a um indivíduo ou um grupo e que lhes causam tensão. Sobressai dessas ponderações a ideia de mobilidade das representações sociais.

Representações, obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem (p. 41).

O estudo sobre as representações sociais tem como objetivo compreender os fenômenos sociais e “a maneira como estes são captados, interpretados, visualizados e expressos no cotidiano pelos indivíduos e grupos sociais” (REIS; BELLINI, 2011, p. 156). Identificou-se que as representações sociais são um trabalho intelectual do sujeito que resultada na gênese de uma imagem do objeto. Nesse sentido, a representação “igualada toda imagem a uma ideia e toda ideia a uma imagem, que são elementos da realidade, em vez de elementos do pensamento” (MOSCOVICI, 2003, p. 46).

Diante do exposto, pondera-se que a constituição da imagem de uma profissão, do Serviço Social, inclusive, advém dos sentidos atribuídos pelos sujeitos a uma realidade e a vida cotidiana como um todo. Os processos sociais que estão na gênese do Serviço Social incidem sobre a forma como os sujeitos sociais a representam em termos de abstração da realidade e na relação com o concreto. Moscovici (1978) considera que as representações sociais possuem duas faces interligadas: a face figurativa (que corresponde ao objeto) e a face simbólica (que se vincula ao sentido atribuído pelo sujeito ao objeto).

Entende-se que a imagem do Serviço Social, como representação social, é a objetivação da identidade da profissão, na medida em que a realidade oferece os subsídios para que os sujeitos construam suas observações sobre a inserção da profissão no mundo do trabalho e na sociedade. A objetivação transforma uma abstração em algo quase físico (MOSCOVICI, 2003).

Portanto, a compreensão da imagem socialmente construída do Serviço Social deve levar em conta a forma como os processos de constituição das representações sociais incidiram sobre aquela imagem. Em outras palavras, é preciso levar em consideração que os sujeitos construíram e ainda constroem uma imagem do Serviço Social feita a partir de vivências, valores, símbolos e significados, vinculados não somente à profissão, mas ao contexto amplo pelo qual transitam em termos de aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais.

Lefebvre (1983) identificou que a identidade se constrói na relação com a forma como se expressa, ou seja, pela sua aparência ou sua imagem. Essa relação é dialética, ou seja, pressupõe movimento, mediações e tem sentido concreto. Nesse caso, a aparência (a imagem) é a expressão da essência (a identidade).

Assim, a aparência, a manifestação, o fenômeno, são um reflexo da essência da realidade concreta, com tudo o que implica a palavra “reflexo”: algo fugaz, transitório, rapidamente negado e superado pela essência mais profunda. [...] Desse modo, o movimento de nossa reflexão pode e deve reproduzir o movimento através do qual a essência se traduz, se trai, se reencontra em si mesma: mais rica, mais profunda que o fenômeno e, todavia, “expressa” por ele (LEFEBVRE, 1983, p. 217).

O processo de compreensão da identidade, portanto, exige a identificação da relação entre os fenômenos em sua aparência e a essência em sua unidade e identidade. Essa é uma contradição concreta (LEFEBVRE, 1983), na qual a identidade de algo/coisa com o seu fenômeno coexiste com a contradição da essência com sua própria aparência.

E, não obstante, a aparência está na coisa. A essência não existe fora da sua conexão com o universo, de suas interações com os outros seres. Cada uma dessas interações é um fenômeno, uma aparência. Em si, a essência é apenas a totalidade dos fenômenos. E aqui, sob esse ângulo, a aparência “aparece” como uma diferença cuja essência contém a unidade, a identidade (p. 219).

Dubar (1997) expõe que a identidade é uma construção que se dá ao longo da vida. Com relação à identidade humana, sabe-se que ela “não é dada, de uma vez por toda, no ato do nascimento: constrói-se na infância e deve reconstruir-se ao longo da vida” (DUBAR, 1997, p.13). A identidade de uma pessoa, grupo, comunidade e profissão é o produto de sucessivas socializações. A dimensão profissional da identidade vem a ser, também, um processo social.

Entre as múltiplas dimensões da identidade de indivíduos, a dimensão profissional adquiriu uma importância particular. Porque se tornou um bem raro, o **emprego** condiciona a construção das identidades sociais; porque sofreu importantes mudanças, o trabalho apela a sutis transformações identitárias; porque acompanha intimamente todas as mudanças do trabalho e do emprego, a **formação** intervém nas dinâmicas identitárias muito para além do período escolar (DUBAR, 2007, p. 14, grifos do autor).

A construção da identidade como processo social, ou de socialização, é influenciada pela interação dos indivíduos com a família, com a classe social e com o meio com o qual se relacionam. Dessa forma, o mais correto é que se pense em identidades, no plural, de maneira que o indivíduo, pelas relações que constrói e estabelece com múltiplos espaços da vida em sociedade, possui mais de uma identidade. Portanto, cabe dizer que “se as identidades sociais são produzidas pela história dos indivíduos, elas também são produtoras da sua história futura” (DUBAR, 2007, p. 77). E conclui o autor:

As identidades resultam, portanto, do encontro de trajetórias socialmente condicionadas por campos socialmente estruturados. Mas estes dois elementos não são necessariamente homogêneos e as categorias significativas não são necessariamente as mesmas do que aquelas que estruturam os campos da prática social (DUBAR, 2007, p. 77).

Sawaia (2001) aponta que a identidade se constrói na relação entre o uno e o múltiplo, o singular e o universal, ou seja, na particularidade e na totalidade. Nessa perspectiva, a construção da identidade ocorre mediante aproximações e distanciamentos de uma dada realidade no contexto de um determinado objeto. Trata-se de uma identidade que se conforma a partir de uma realidade antagônica que ela vai se conformar e mudar, atrelada ao movimento do real.

Identidade é movimento, é devir que se constrói no confronto entre o uno e o múltiplo. O movimento de identidade no decorrer da vida é construído na combinação da igualdade e da diferença em relação a si mesmo e aos outros (SAWAIA, 2001, p. 103).

A concepção de identidade, segundo Martinelli (2001), depende de sua interação com o conjunto da vida social, em seu aspecto dialético, na interação com o tempo e com o movimento, na relação com as consignações sociais, políticas, históricas, econômicas e culturais. Para a autora é oportuno tratar identidade em seus aspectos plural e diverso, ou seja, como identidades “por processo de identificação em curso, pois as identidades são, fundamentalmente, condição de ser e possibilidade, são permanências, e são transformações” (MARTINELLI, 2013, p. 146).

Como categoria ontológica, a identidade anuncia o modo de ser da profissão e suas configurações atualizadas de passar a existir socialmente, ou seja, as

profissões são construções dinâmicas e, assim, sua identidade também se expressa de forma dinâmica. Outrossim, as identidades profissionais estão longe de serem classificadas como processos estáticos e de reprodução do já instituído (MARTINELLI, 2011).

Muito ao contrário, são movimento dialético, são sínteses sempre provisórias, porque históricas, de múltiplas determinações. São expressões materiais e concretas do projeto ético-político profissional, como construções que são de sujeitos coletivos, em contextos históricos determinados (p. 04).

Portanto, a identidade profissional do Serviço Social está inscrita, reitera-se, no movimento da sociedade brasileira. A identidade profissional é, por sua vez, dinâmica, criando-se e recriando-se ininterruptamente em contextos nos quais as diferenças e a diversidade estão em perfeita interação dialética. São identidades construídas e atribuídas, nas palavras de Martinelli (2013), em que “as primeiras, compreendidas como sínteses dialéticas entre modos de ser e de aparecer socialmente das profissões, as segundas como identidade que decorrem de circuitos externos às profissões” (p. 152).

Outro ponto a ser analisado é o de que, por se tratar de um processo histórico, a construção da identidade e da imagem do Serviço Social está vinculada ao seu referencial teórico-metodológico. Essa é, portanto, uma referência essencial que permite apreender a vinculação do Serviço Social ao pensamento teórico e ou doutrinário de um dado tempo histórico. É essencial, sobretudo, porque nos primeiros momentos da institucionalização do Serviço Social a vinculação ao pensamento de inspiração conservadora e aos valores doutrinários oriundos da Doutrina Social da Igreja Católica foi determinante para configurar à profissão características que persistem até os dias atuais, mesmo que a profissão, hegemonicamente, tenha rompido com tais referenciais.

A vinculação ao pensamento da Igreja Católica determinou a relação da profissão com a sociedade e com sua intervenção junto aos usuários de seus serviços. A compreensão dos processos que expressavam a questão social também foi motivada pelos valores de cunho moral e religioso que punham ao ser humano a total responsabilidade pelas mudanças necessárias visando à sua integração ao tecido

social. Esses valores baseavam-se nas ideias do tomismo e do neotomismo²², oriundas do pensamento de São Tomás de Aquino (século XII).

Relação que vai imprimir à profissão caráter de apostolado fundado em uma abordagem da “questão social” como problema moral e religioso e numa intervenção que prioriza a formação da família e do indivíduo para solução dos problemas e atendimento de suas necessidades materiais, morais e sociais. O contributo do Serviço Social, nesse momento, incidirá sobre valores e comportamentos de seus “clientes” na perspectiva de sua integração à sociedade, ou melhor, nas relações sociais vigentes. (YAZBEK, 2009, p. 03).

A partir dos anos 1940, o Serviço Social alia a sua vinculação com a doutrina oriunda da Igreja Católica à busca de tecnificação de suas ações interventivas através do referencial da teoria positivista. Intensificam-se as propostas de trabalho ajustadoras do indivíduo ao funcionamento “perfeito” da sociedade, bem como se persegue o aperfeiçoamento de instrumentos e técnicas aliados à burocratização das atividades institucionais (YAZBEK, 2009).

Advém dessas pontuações a imagem do Serviço Social como profissão destinada ao atendimento das situações de desvinculação social nas quais cabe ao assistente social dispor de um conjunto de instrumentos e técnicas capazes de promover que indivíduos e famílias possam voltar a se “ajustar” à sociedade. Tal ajustamento deve ocorrer para o bom funcionamento do tecido social. Assim sendo, ao Serviço Social o arranjo teórico-doutrinário permitiu que a profissão conquistasse determinado espaço na divisão social e técnica do trabalho da mesma forma em que se manteve como uma profissão essencial (ORTIZ, 2010).

O ponto decisivo na linha histórica da configuração da imagem profissional é o Movimento de Reconceituação. Das três vertentes teóricas existentes nesse momento – modernizadora, fenomenológica e marxista – foi esta última que proporcionou à profissão questionar-se a remetendo para sua inserção na sociedade de classes. Ainda que essa vinculação ao marxismo tenha ocorrido de forma precária do ponto de vista teórico, sobretudo, conforme pontuado anteriormente, foi possível

²² O pensamento neotomista reconhece que o homem é um ser dotado de razão, o que lhe permite refletir sobre seus atos e superar suas limitações. Assim, deverá o homem dominar seus instintos e paixões para viver em sociedade com os outros homens, colaborando para a construção do bem comum; caso contrário, deverá este homem se submeter a um tratamento capaz de devolvê-lo a serenidade e a tendência de progresso e perfectibilidade. A reforma moral, portanto comportamental, faz parte desse processo de adequação e ajustamento do homem a sua verdadeira naturalidade e destino (ORTIZ, 2010, p. 96).

ao Serviço Social posicionar-se a partir de uma perspectiva sociopolítica que questionava “sua prática profissional e seus objetivos de adaptação social ao mesmo tempo em que se aproxima dos movimentos sociais” (YAZBEK, 2009, p.09).

Vai surgir nesse momento a imagem social renovada, principalmente no que tange à autoimagem profissional. No entanto, permanece por parte dos empregadores, principalmente, a ideia do assistente social com aquele profissional vocacionado para atuar junto à população através do aconselhamento, da socioeducação e da distribuição de auxílios. Está implícita, portanto, uma determinada imagem que os empregadores ainda possuem do Serviço Social.

Se, aparentemente, a imagem é de um profissional que apazigua, aconselha e orienta, o que está submerso é o fato de que esse profissional desenvolveu, ao mesmo tempo, historicamente ações pautadas no uso da coerção simbólica e na construção do consenso de classe, que visam à adesão voluntária dos sujeitos aos encaminhamentos institucionais (ORTIZ, 2010, p. 141).

Por outro lado, a profissão alcançou uma maturidade advinda do acúmulo de produções teóricas, alimentadas também pela prática profissional cotidiana, através dos cursos de Pós-Graduação²³, tanto da área, quanto de áreas afins. O entendimento de sua condição de assalariamento via inserção na divisão social e técnica do trabalho, a promulgação da Lei de Regulamentação, o Código de Ética Profissional de 1993 e as Diretrizes Curriculares da ABPESS, de 1996, somam-se ao arcabouço intelectual e conferem ao Serviço Social a possibilidade de questionar a imagem socialmente construída da profissão. Assim, o Serviço Social está construindo uma autoimagem e identidade profissional renovadas, originária dos processos relacionados à própria profissão bem como daqueles relacionados à dinâmica da sociedade brasileira desde a década de 1980, principalmente, cujo principal expoente é a promulgação da Constituição Federal de 1988.

²³ O Serviço Social afirma-se como uma profissão que vem respaldando seu exercício, sistematizações, saberes e a produção científica acumulada por seus pesquisadores no acervo intelectual e cultural herdado fundamentalmente do pensamento social da modernidade, sofrendo hoje, os influxos da crítica pós-moderna (IAMAMOTO, 2008, p. 27).

A partir da interlocução desses dois processos [na medida em que o Serviço Social brasileiro recebe os influxos desse processo mais amplo], emerge e se fortalece na categoria profissional, principalmente entre suas entidades, uma determinada imagem da profissão, que está atrelada e formalmente comprometida com os interesses majoritários da população brasileira e mais especificamente com a luta pela garantia de seus direitos (ORTIZ, 2010, p. 154).

Portanto, convivem hoje na sociedade brasileira uma imagem do Serviço Social que se expressa por sua legitimidade na qual sua base de sustentação configura-se pelo atendimento de demandas tradicionais e emergentes, oriundas dos empregadores e dos usuários dos serviços aos quais se vinculam os assistentes sociais. Além disso, a qualificação dos profissionais para as respostas em atendimento às demandas reportadas confere ao Serviço Social sua afirmação. Para Montaño (2009) uma profissão só pode sobreviver se conseguir “captar demandas emergentes, compreender sua essência e desenvolver novas respostas pertinentes e efetivas” (p. 197).

Da mesma maneira como ocorreu com a imagem do Serviço Social, o seu objeto profissional foi moldado pela relação entre contexto sócio-histórico e a inserção da profissão na divisão social do trabalho. Trabalhando com as mais variadas expressões da questão social, o assistente social se depara a todo instante com situações das mais perversas possíveis que acometem a classe trabalhadora. De acordo com Yazbek, isto expressa as marcas que o capitalismo deixa sobre a população identificadas a partir das mudanças na configuração do mercado de trabalho através da precarização e do desemprego somadas a “debilidade da saúde, o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a resignação, a revolta, a tensão e o medo” (2004, p. 35).

Porém, a discussão em torno dos objetivos do Serviço Social, no que diz respeito ao direcionamento ético e político da profissão, orientaram os profissionais para que, ao assumirem as expressões da questão social como seus objetos de trabalho o fizessem no entendimento das relações sociais em que estão envolvidos. Para Iamamoto (2008) a questão social é a base de fundação do Serviço Social enquanto especialização do trabalho.

Os assistentes sociais, por meio da prestação de serviços socioassistenciais – indissociáveis de uma dimensão educativa (ou político-ideológica) – realizados nas instituições públicas e organizações privadas, interferem nas relações sociais cotidianas, no atendimento às mais variadas expressões da questão social (p. 163).

As demandas dirigidas pelas instituições ao Serviço Social expressam a legitimidade da profissão. Essa legitimidade passa a se construir “através do mandato, conferido aos sujeitos profissionais pela instituição, que, embora formalmente reconhecido, é atravessado pelo conjunto das contradições e tensões imanentes às instituições que executam as políticas sociais” (ORTIZ. 2010, p. 143).

É importante assinalar, também, que as demandas dirigidas ao assistente social expressam a seguinte contradição: por serem demandas relacionadas ao movimento mais geral da sociedade (vinculadas a questão social), e atendidas via política social, não deveriam ser exclusivas do assistente social. De acordo com Matos (2013), “essa cobrança expressa duas reduções: a primeira de pôr para o assistente social a resolução de problemas que são próprios do capitalismo e, a segunda, a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais do capitalismo” (p. 65).

O Serviço Social tem trabalhado, na atualidade, com uma variada gama de expressões da questão social dirigidas à profissão como demandas para que o profissional intervenha. Essas demandas são recortadas de acordo com os objetivos de cada instituição/empregador sem, na maioria das vezes, se esgotarem em si próprias.

As demandas, a rigor, são requisições técnico-operativas que, através do mercado de trabalho, incorporam as exigências dos sujeitos demandantes. Em outros termos, elas comportam uma verdadeira “teleologia” dos requisitantes a respeito das modalidades de atendimento de suas necessidades. Por isso mesmo, a identificação das demandas não encerra o desvelamento das reais necessidades que os determinam (MOTA, 1998, p. 25).

É adequado destacar que as demandas, enquanto expressões da questão social, tem como elemento fundante a configuração da sociedade capitalista em seu contexto de crise. Isso significa dizer que para sua reprodução como modo de produção vigente, frente às crises cíclicas, o capital reformula seu processo de produção. Anteriormente, citou-se o processo de acumulação flexível baseado na

organização da gestão da força de trabalho a partir da flexibilização e na atuação do Estado através da orientação neoliberal. São estes processos que apresentam novas demandas ao Serviço Social. Por essa dinâmica, os assistentes sociais necessitam desenvolver, nos processos de trabalho em que se inserem uma atuação capaz de decifrar os determinantes e as múltiplas expressões da questão social. É fundamental, ainda, identificar como os sujeitos sociais resistem aos processos de desigualdade para junto a eles construir, a partir de suas vivências, formas de enfrentamento no horizonte da justiça social.

Ao saber que as demandas não expõem, *a priori*, as necessidades sociais dos sujeitos, uma vez que são recortadas em problemas sociais pelas instituições, o assistente social precisa captar os movimentos do real, nos quais a totalidade e a historicidades dos fenômenos são as formas pelas quais se pode captar a gênese daquelas demandas. Dado que na atualidade as políticas sociais, como locus de atuação dos assistentes sociais, se configuram de maneira seletiva e fragmentada, é somente pela diretriz da integralidade do atendimento que se faz possível compreender que, por exemplo, a necessidade de uma cesta-básica ou de um encaminhamento para oxigenoterapia, ou ainda, a garantia da presença de um familiar para acompanhar uma internação pode estar encobrendo processos de vulnerabilidade e risco social, cujo impacto é a miséria, o desconhecimento de direitos e o rompimentos dos vínculos familiares, por exemplo.

Dar conta das particularidades das múltiplas expressões da questão social na história da sociedade brasileira é explicar os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais cotidianas. É nesse campo que se dá o trabalho do Assistente Social, devendo apreender como a questão social em múltiplas expressões é experienciada pelos sujeitos em suas vidas cotidianas (IAMAMOTO, 2006, p. 62).

Já fora salientado a relativa autonomia que o assistente social tem em seu trabalho, no qual, da mesma forma como não dispõem dos recursos pelos quais ele se efetiva, o profissional não conseguiria acesso a população alvo de sua intervenção se não fosse por sua inserção no trabalho coletivo (IAMAMOTO, 2006). Os empregadores “recortam” a questão social cabendo ao assistente social atuar sobre aquelas expressões que dizem respeito à vida social dos sujeitos. A intervenção se

dá, portanto, na dinâmica sociofamiliar, nas relações com o mercado de trabalho e no acesso a direitos e serviços sociais, dentre outros fatores.

Por fim, a relação entre objeto profissional do Serviço Social e as demandas dirigidas à profissão expressam, em síntese, um processo de mediação das necessidades sociais dos sujeitos e o atendimento dos objetivos da instituição na qual trabalha o assistente social mais as requisições que os usuários têm a fazer para o Serviço Social. Se isto é verdade, não se trata de um conjunto simples de atividades relacionadas aos atendimentos, encaminhamento e a intervenção, mas de uma dinâmica que convoca os assistentes sociais a compreenderem as demandas como processuais e contraditórias. Demandas que expressam a divisão da sociedade em classes antagônicas, em que a disputa pelo excedente da produção é decisiva para a reprodução das mesmas e para a supremacia de uma classe sobre a outra.

Tendo em vista as relações entre essência/aparência e imagem/identidade, identifica-se que a categoria cotidiano, como expressão da imediaticidade da vida humana, precisa ser discutida para que se possa apreender como a superação dessa imediaticidade possibilita a compreensão daquelas relações no nível da totalidade. Costa (2001) refere que o cotidiano é o solo onde nasce a práxis humana. É o cotidiano o nível máximo de objetivação da vida social, pois “a relação entre fenômenos sociais e sua essência não pode ser tratada ignorando a vida cotidiana” (p.46). Ocorrem no cotidiano as relações entre os seres sociais em todas as suas dimensões. Para Heler (1992), o cotidiano tem características próprias como a heterogeneidade, a imediaticidade e a superficialidade extensiva das quais nenhum sujeito está livre e terá que saber suportá-las.

No cotidiano, então, estão presentes as condições sócio-históricas de reprodução da vida humana como as leis, e as normas e os valores. Em relação dialética existem também as condições de produção, através da organização do modo de produção e do trabalho.

Todo esse processo de complexificação do ser social, realizado graças ao desenvolvimento de suas objetivações, faz com que o cotidiano de cada sociedade, nos diferentes momentos históricos, tenha especificidades próprias, colocadas pela cultura, costumes e valores, embora persistam aspectos estruturais do pensamento e do comportamento cotidiano (COSTA, 2001, p. 38).

Na sociedade capitalista o cotidiano é capturado pelas relações de produção baseadas na alienação. Há, portanto, a mediação do econômico devido à permeabilidade das relações de produção em analogia as demais. No entanto, há uma multiplicidade de interesses, mas não é somente o econômico se sobressai. Lukács (1963) expõe que a reflexão sobre o cotidiano deve levar em conta a sua diversificação, ou seja, é preciso entender a afinidade de uma gama de processos sociais como objetivação concreta do ser social.

O cotidiano é heterogêneo e múltiplo, nele ocorre uma relação de imediaticidade prática que mobiliza no homem todas as suas forças, porém, não toda a sua força. É através das objetivações mais homogêneas como a ciência e a arte, que se pode suspender e transcender a heterogeneidade do cotidiano. É nestas objetivações que o homem coloca toda a sua força. No cotidiano, o homem age a partir das necessidades práticas e busca respostas imediatas. Todas as mediações entre a teoria e a prática ficam ocultas pela imediaticidade do cotidiano. Outros traços essenciais do ser e do pensar cotidiano é a vinculação imediata da teoria e da prática (LUKÁCS, 1963, p. 45).

Diante dessa rica sumarização de Lukács, pode-se depreender que no nível do cotidiano além das condições de dominação também estão presentes as condições de autonomia. Isso virá a ocorrer se, no entanto, o cotidiano for questionado, dadas as ponderações já apresentadas, através de sua suspensão. Suspender o cotidiano significa a realização de umas séries de mediações entre o singular e o universal, nas quais o homem atinge a sua condição de humano-genérico. O conhecimento, a arte e a cultura possibilitam esse movimento dialético enriquecendo-o ao passo que enriquecem, também, o cotidiano. É mister assinalar, ainda, que a suspensão do cotidiano não significa a sua supressão, que não é possível (COSTA, 2001).

A suspensão do cotidiano exige “concentração de toda atenção sobre uma única questão, suspendendo qualquer outra atividade; empregando a inteira individualidade na resolução dessa questão; e por fim, estar inteiramente consciente enquanto indivíduo” (XAVIER; MIOTO, 2014, p. 363). O processo de suspensão do cotidiano é transitório, portanto, pois novas questões podem surgir após cada reflexão.

Pelo exposto, entende-se que a imagem profissional aparece no cotidiano, impregnada pelas questões próprias dessa categoria, ou seja, na imagem do assistente social repousam a imediaticidade, a heterogeneidade e a superficialidade características do cotidiano. Para que se possa, suspendendo essa imagem, explicar

a sua relação com a identidade profissional, será preciso entender a totalidade do processo, extrapolando essas três dimensões do cotidiano. Entende-se que é na totalidade, como expressão do particular e do universal, que se encontra a identidade do assistente social, fruto de processos sociais e históricos em constante movimento de devir.

É oportuno, ainda, salientar que o significado da profissão é tema dos fundamentos do Serviço Social. Assim sendo, debater identidade profissional, é debater os fundamentos do Serviço Social ou ao menos parte deles. Porque não há como falar em identidade sem estabelecer mediações com a história, a teoria, o método e o modo como essa profissão organizou-se ao longo da história, ou dito de outro modo, como esse sujeito coletivo movimentou-se nessa história em parte determinada, em parte protagonizada por ele (PRATES, 2016).

Especialmente, no que se refere à inserção do Serviço Social na divisão do trabalho na sociedade a partir do significado de suas ações no campo das relações entre as duas classes sócias fundamentais e destas com o Estado (IAMAMOTO, 2014), a construção da identidade profissional do assistente social acompanha o percurso da formação sócio-histórica da sociedade brasileira.

Decifrar essa especialização do trabalho supõe, nesse sentido, elucidar os processos sociais que geram a sua necessidade social, o significado de suas ações no campo das relações de poder econômico e político – das relações entre as classes e dessas com o Estado –, assim como inscrição do Serviço Social no debate teórico e cultural de seu tempo (IAMAMOTO, 2014, p. 621).

O debate acerca dos fundamentos do Serviço Social aborda as questões pertinentes às transformações que ocorrem nas diferentes dimensões que constituem a profissão: trabalho, formação, conhecimento e organização política. Essas dimensões estão dialeticamente articuladas aos processos sociais em voga na sociedade, em cada momento histórico (CLOSS, 2015). A questão social é tema central nos fundamentos do Serviço Social, haja vista que se trata do objeto profissional, no entanto, conforme as pontuações de Closs (2015), somente a partir de uma abordagem crítica, ela pode ser entendida como núcleo dos fundamentos.

Então, dessa forma, sim, a questão social, como objeto, fundamenta esta profissão, mas não de forma isolada, posto que situada numa matriz explicativa que permite desocultá-lo e elucidá-lo em suas múltiplas determinações, em articulação com o significado social do trabalho do assistente social (CLOSS, 2015, p. 55).

O Serviço Social construiu nas últimas décadas orientações que dão aos profissionais as diretrizes políticas e éticas de suas ações, impactando na forma como esses atendem às mais variadas solicitações que lhe são dirigidas. A inserção dos assistentes sociais nos mais variados espaços sócio-ocupacionais solicita à categoria a apropriação desses espaços e as particularidades dos sujeitos que os tornam dinâmicos. Assim, a seguir expõe-se a inserção do assistente social na saúde, com ênfase para o trabalho na área hospitalar.

3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE

O desenvolvimento histórico da política de saúde no Brasil mostra que, durante a colonização do País (principalmente de meados do século XVI ao início do século XIX), as ações estavam ligadas ao exercício médico para as camadas mais ricas da sociedade e os mais pobres, principalmente os escravos, tinham que satisfazer suas necessidades em saúde com curandeiros. Nessa época, os poderes públicos tinham funções restritas na área da saúde, destinando-se à regulamentação das artes de curar. Com a chegada da Corte Portuguesa, em 1808, foram criadas as primeiras instituições de saúde pública no Brasil com atividades de fiscalização do exercício da medicina e fiscalização dos navios que chegam aos portos do país no intuito de evitar a entrada de novas doenças (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Matos (2013) ressalta, ainda, que nessa época o saber médico é utilizado como forma de controle da população através de “parcas intervenções dirigidas ao combate da insalubridade e para a contenção de doenças” (p. 46).

Após a Independência do Brasil, em 1822, surgiram as primeiras faculdades de Medicina. Nos anos que se seguiram muitos outros cursos surgiram pelo centro do País, no entanto, “o avanço da medicina oficial não ampliou de pronto os cuidados com a saúde da população, que permaneceu, ainda por muito tempo, recorrendo a diversos agentes de cura, denominados pelos médicos de charlatões” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 335).

A prática liberal da medicina foi constituída após 1888. Até a década de 1920 essa assistência era prestada nos consultórios para aqueles que dispunham de recursos para pagar as consultas; os que não podiam pagar eram atendidos nas Santas Casas de Misericórdia (MATOS, 2013). Nessa época, o desenvolvimento urbano começa a se afirmar e as ações de saúde são destinadas às grandes cidades, limitando-se majoritariamente ao então Distrito Federal, tendo como objetivo central as doenças epidêmicas relacionadas à ausência de saneamento básico (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

3.1 DAS CAIXAS DE APOSENTADORIAS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O desenvolvimento da industrialização no Brasil está vinculado à urbanização e teve como objetivo a mudança da base produtiva do País com o modelo de

substituição das importações de bens duráveis (SINGER, 2001). A industrialização marca, também, o início de ações na área da proteção social.

Em 1923, foram criadas as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) destinadas aos funcionários das empresas ferroviárias. As CAPs caracterizavam-se como fundos organizados por empresas com contribuições de trabalhadores e empregadores. Esses recursos destinavam-se às aposentadorias por idade, tempo de serviço e invalidez ou aos dependentes em caso de morte do trabalhador; além disso, algumas CAPs prestavam assistência médica (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

A partir de 1933, o Governo Vargas iniciou um movimento de transformação das CAPs em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que agregavam os trabalhadores por categorias profissionais. Esses IAPs são inseridos no Estado que passa a participar no seu custeio (MATOS, 2013).

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla (BRAVO, 2009, p. 92).

No período compreendido entre os anos 1945 e 1964, ocorreu um aumento nos recursos investidos em saúde pública, porém o Estado não conseguiu eliminar os índices de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. O grande marco desse período pode ser visualizado através da criação do Ministério da Saúde, se tornando a “expressão máxima da institucionalização da saúde pública como setor autônomo” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 373).

Durante os anos da Ditadura Militar (1964-1985), devido à vinculação com os ideais dos governos militares, através do binômio repressão-assistência, a área da saúde aproxima-se às características capitalistas de gestão de Estado. A Política Nacional de Saúde enfrentou durante os anos da Ditadura a constante tensão entre ampliação dos serviços, disponibilidade de recursos financeiros e a disputa de interesses dos setores privados e a emergência do movimento sanitário. Mesmo com reformas na estrutura do sistema, a Previdência Privada continuava central nas ações desenvolvidas com práticas curativas ligadas ao setor privado (BRAVO, 2009).

As principais mudanças nos rumos da política de saúde no Brasil aconteceram nos anos de 1980, e estão vinculadas diretamente às proposições que incorporaram o entendimento de saúde como bem social, ou seja, componente essencial da democracia e da cidadania (BRAVO, 2011). No decorrer da história da humanidade o conceito de saúde foi majoritariamente reconhecido como sendo simples ausência de doença e, com o questionamento de alguns segmentos sobre esse conceito, introduziram-se mudanças significativas, principalmente pela concepção de saúde como direito da população sendo o Estado responsável pela oferta de serviços públicos gratuitos, independente de contribuição.

Conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁴, o conceito de saúde é entendido como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” (OMS, 2015). A grande inovação deste conceito é o rompimento com a ideia de saúde como apenas ausência de doença e a ampliação para uma concepção que se pauta na integralidade. Reconhece os múltiplos condicionantes que podem ou não promover a saúde dos sujeitos e, em se tratando de direito social, é vista como o caminho possível para a cidadania.

A concepção de saúde pleiteada pelos movimentos sociais e setores progressistas de profissionais da área de saúde, entendia que a saúde é condicionada e determinada por uma série de fatores que dialogam entre si e exercem influência no tensionamento entre saúde e doença.

O Movimento de Reforma Sanitária, surgido a partir dos anos de 1970, foi o principal articulador das mudanças relacionadas à política de saúde no País, na direção de uma política social de caráter universal, reconhecendo a saúde como direito social²⁵.

²⁴ A OMS é: “A autoridade diretiva e coordenadora da ação sanitária no sistema das Nações Unidas. É responsável de desempenhar uma função de liderança nos assuntos sanitários mundiais, configurar a agenda das investigações em saúde, estabelecer normas, articular opções de política baseadas em evidências, prestar apoio técnico aos países e vigiar as tendências sanitárias mundiais (OMS, 2015, traduzido do espanhol).

²⁵ O Movimento da Reforma Sanitária teve como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articuladas ao movimento popular iniciadas em meados dos anos de 1970, com a distensão política e que tiveram maior ampliação na década de 1980, na conjuntura descritas com a abertura e transição democrática. A preocupação é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (BRAVO, 2011, p. 14).

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios de intersetorialidade, integralidade, descentralização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010, p. 17).

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil impulsionou forças na direção da construção de um sistema de saúde nacional, o Sistema Único de Saúde. Inscrito no tripé da seguridade social, a saúde, implementado pelo SUS – regulamentado pela Lei 8080/90 – inovou a atuação do Estado nessa política social ao estender esse direito a toda a população (BRASIL, 1990). Ao princípio da universalidade, somam-se os princípios de integralidade e de equidade, de modo que a saúde passou a ser “direitos de todos e dever do Estado”, tendo como diretrizes a descentralização, a hierarquização da atenção em níveis de complexidade e o controle social, que balizam a construção da política pública de saúde no Brasil.

São inúmeros os desafios que o SUS enfrenta para alcançar seus objetivos. A universalidade, por exemplo, confere ao SUS o caráter de direito às ações de saúde, cujo acesso não depende de contribuição prévia (sobretudo da renda de trabalho), tendo cobertura em todo o território nacional, articulado a outras políticas sociais. Assim sendo, para que logre sucesso em sua universalização, o SUS precisa cada vez mais ser priorizado pelos governos como política de Estado, com recurso orçamentário mínimos, suficientes, não desviáveis e com ações articuladas – o que está longe do que se tem visualizado desde 1988. Contudo, a Constituição de 1988 garante a indexação orçamentaria de uma parcela do Produto Interno Bruto (PIB) para os gastos com saúde²⁶, o que, no contexto presente, vem sendo ameaçado pela

²⁶ Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000), são fixados percentuais de gasto em Saúde para estados e municípios, respectivamente 12% e 15 % de suas receitas próprias. Porém, relativamente à regra de aplicação de recursos pela União em Saúde, abandona-se a vinculação a um percentual de receitas do Orçamento da Seguridade Social. O orçamento federal da Saúde passa a ser orientado por um piso mínimo, obtido a partir da correção dos valores de despesa empenhada no ano anterior pela variação nominal do PIB (crescimento econômico mais a inflação), até edição de lei complementar, que definiria o mecanismo de fixação do orçamento da Saúde. A regulamentação ocorreu em janeiro de 2012, com a sanção pela presidente Dilma Rousseff da Lei nº 141 (BRASIL, 2012c), que manteve a regra até então vigente, segundo a qual os gastos mínimos a serem realizados pela União serão obtidos da correção dos valores empenhados no ano anterior pela variação nominal do PIB.

iniciativa do governo, ainda em sua fase interina, de Michel Temer²⁷, de retirar essa indexação²⁸ (BRASIL, 2016a).

Bravo (2009) aponta a existência de dois projetos em disputa no setor da saúde: o projeto de Reforma Sanitária e o projeto de saúde voltado para o mercado. O projeto da Reforma Sanitária defende a atuação central do Estado na área da saúde. O projeto vinculado ao mercado, por sua vez, estrutura-se a partir de uma política de ajuste com contenção de gastos e a isenção da responsabilidade do Estado.

No que se refere à universalização, esse último projeto orienta o Estado, ao racionalizar os investimentos, para a “premissa individualista e fragmentadora da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico” (BRAVO, 2009, p. 102). A destinação de recursos para a iniciativa privada, demonstra esse processo de privatização do SUS. Trata-se de pôr para o mercado a premissa de satisfação do acesso ao direito à saúde, cujo resultado é a restrição de acesso.

A grande avalanche de planos privados de saúde, de cooperativas de serviços, de instalação de grandes e especializados hospitais privados, bem como a destinação de recursos públicos para custear tais empreendimentos, transformam a política de saúde em uma prática remunerada e de restrito acesso à população (MOURÃO et al., 2009, p. 358).

²⁷ Conforme prevê a Constituição Federal de 1988 (arts. 51 e 52), um presidente da República pode ser impedido em caso de crime de responsabilidade – aquele cometido em razão do cargo. No dia 17 de abril de 2016, a Câmara dos Deputados aprovou a abertura de impeachment da presidenta Dilma Roussef e o processo passa a ser analisado pelo Senado, em seguida. Segundo o relatório da Câmara, a presidenta Dilma teria cometido crime de responsabilidades devido à edição de decretos suplementares ocorridos em 2015 sem a devida autorização do Legislativo. O relator do processo na Câmara, deputado Jovair Arantes (PTB-GO), também aponta que o governo teria cometido crime de responsabilidade ao atrasar repasses ao Banco do Brasil para o pagamento de benefícios do Plano Safra, levando o banco a pagar os agricultores com recursos próprios – prática conhecida popularmente como pedalada fiscal. Assim sendo, com a abertura do processo no Senado Federal, a presidenta foi afastado do cargo, por um período de até 180, conforme prevê a Constituição e assume interinamente o vice-presidente Michel Temer (BRASIL, 2016b). No dia, 01 de setembro de 2016, após o julgamento da presidente, o Senado Federal aprovou com 60 votos a favor, o impeachment de Dilma Roussef, que foi definitivamente afastada do cargo, sendo empossado no mesmo dia seu vice-presidente Michel Temer.

²⁸ Isso viria a ocorrer pela aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº. 04/2015, que recria a Desvinculação de Receitas da União (DRU) com vigência retroativa a 1º de janeiro de 2016 e validade até 2023. A DRU permite ao governo realocar livremente 30% das receitas obtidas com taxas, contribuições sociais e de intervenção sobre o domínio econômico, que hoje são destinadas, por determinação constitucional ou legal, a órgãos, fundos e despesas específicas (BRASIL, 2016a, s/p).

Se cada vez mais os recursos do SUS forem destinados à iniciativa privada e privatizante, mais o Sistema se distanciará de sua perspectiva universalizante. Isto é fundamental para que se perceba a relação entre o desmonte do SUS e a crise dos sistemas de proteção social. Essa crise que, na verdade, é um atentado sobre os direitos sociais, se configura como a disputa pelo fundo público que desloca os investimentos do Estado com a política social para os pagamentos da dívida pública do País, como é o caso do Brasil.

Portanto, a proteção social em saúde “não conseguiu romper com uma dualidade presente desde a Primeira República e não superada pelo modelo do seguro social” (VIANA; MACHADO, 2008, p. 675) conjugando o modelo de organização dos serviços de saúde e os setores relacionados ao mercado produtivo da saúde que fornecem bens e insumos para as atividades de promoção, prevenção e assistência. Esses modelos, sobretudo o privatista, constituem um “impeditivo de um sistema nacional integrado, público e universal, articulado ao processo político de constituição dos modelos e dos atores presentes em defesas de interesses específicos” (IDEM, p. 676).

Identifica-se que a retomada das lutas populares e dos profissionais de saúde e áreas afins, interessados na efetiva implementação do SUS e, mais recentemente, na sua defesa tem papel central na resistência a focalização e a privatização. Inúmeros movimentos sociais e de categorias profissionais²⁹ tem surgido para contestar aqueles que defendem o projeto privatista e a saúde como bem a ser lançado no mercado para a geração de lucro. As lutas devem recair sobre cinco temas centrais, a saber: a) a saúde inserida no contexto mais amplo das desigualdades sociais, entendidas como determinantes do processo saúde e doença; b) defesa da gestão e do financiamento da rede pública de serviços de saúde; c) afirmação de um modelo assistencial capaz de garantir o acesso universal com serviços de qualidade; d) política de valorização do trabalhador da saúde; e e) efetivação do controle social (BRAVO, 2011).

Essa agenda de lutas conjuga a defesa dos interesses dos usuários do SUS que, portanto, devem contar com a efetivação do controle social sobre a política de saúde. Não se pretende aqui focar os limites e desafios da sociedade brasileira para que se exerça o controle social, porém, identifica-se a centralidade desse instrumento

²⁹ A este respeito ver Bravo (2011) na apresentação à 4ª edição da referida obra.

popular e democrático na direção da efetivação do direito universal à saúde e a defesa da saúde pública e estatal.

Em suma, a universalidade de acesso às ações do SUS representa um dos maiores avanços desse sistema, estando nos últimos anos diante de fortes impasses que a ameaçam em nome da racionalização dos gastos. A universalidade, no entanto, não pode depender da fragmentação e retirada de recursos; ao contrário, ela exige dotação orçamentária adequada, haja vista a importância da saúde como política estruturante para a qualidade de vida da nação. Desse modo, o SUS universal de fato existirá quando for efetivamente prioridade na área social.

Por fim, sinaliza-se que o desenvolvimento da política de saúde no Brasil conservou estrita relação com o próprio desenvolvimento do país. Assim, os rumos futuros dessa política serão definidos através das lutas sociais e dos interesses em disputa.

3.2 A ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE: OS HOSPITAIS.

Dentre os espaços sócio-ocupacionais na área da saúde, os hospitais são ambientes tradicionais para o trabalho do assistente social. Pela centralidade do hospital nos sistemas de saúde, a inserção do Serviço Social pode ser percebida como forma de garantir o objetivo dessa instituição, a cura, sendo o trabalho do assistente social subsidiário ao trabalho médico (MATOS, 2013; BRAVO, 2013). Para Martinelli (2011), na área hospitalar os valores humanos estão em plena evidência e no qual o assistente social trabalha “com a vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, passando pela infância, juventude, vida adulta, processos de envelhecimento, até a finitude” (p. 499).

Por tal, é oportuno salientar qual o espaço que o hospital ocupa na cadeia de serviços que compõem os sistemas de saúde, no intuito de situar a atuação do Serviço Social, principalmente no que diz respeito às demandas a ele dirigidas e à relação com os objetivos do trabalho do assistente social na área da saúde. Os próximos parágrafos destinam-se em discutir sobre o Hospital como instituição social, suas funções junto ao SUS para que seja possível apresentar a sua interlocução com o Serviço Social.

O Hospital é uma instituição antiga que, ao longo de sua trajetória secular, passou por mudanças associadas ao contexto político, econômico, social e cultural,

bem como com as grandes descobertas científicas e os avanços tecnológicos ocorridos na área biomédica (NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008). O marco histórico da criação do Hospital como aparelho social se dá na Idade Média, entre os séculos XVI e XVII, na Europa, em um contexto de guerras entre Estados-nações. Nessa época, os médicos e os físicos eram os profissionais centrais no atendimento à população. As funções desempenhadas pelos médicos, sobretudo os cirurgiões, era de aplicação do conhecimento que os físicos, com atividades intelectuais, produziam. A dissolução dessas diferenças ocorre quando os médicos buscavam a sua qualificação intelectual que culmina com a configuração de um novo local de atendimento, o Hospital (MATOS, 2013).

Nessa época, os hospitais destinavam-se ao cuidado dos mais pobres e “representava um espaço de refúgio e recolhimento daqueles que necessitavam de cuidado e, que, na condição de doentes, constituíam uma ameaça às coletividades” (NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008, p. 671). Os hospitais cumpriam a função de cura das doenças ao mesmo tempo em que operavam com funções de separação e exclusão social na transição entre a vida e a morte.

Se os hospitais na Era Medieval eram de responsabilidade da Igreja, o surgimento do “hospital moderno” tem a característica da responsabilidade do Estado na assistência aos pobres. Do mesmo modo, a medicina se torna hospitalar e essa característica confere ao hospital que funcione em conformidade e sob o controle médico. Ainda que venha a assumir uma postura de cooperação horizontal na qual outros profissionais somam-se aos médicos e aos físicos, a cooperação vertical acontece quando o médico delega aquilo que era por ele desenvolvido a outros profissionais (MATOS, 2013).

O alto grau de tecnologia, disponível a partir do século XX, foi responsável por tornar o hospital como centro do sistema de saúde. A imagem do hospital segundo a qual esse era reconhecido como local onde ninguém queria estar é alterado, devido ao reconhecimento de que as novas tecnologias, baseadas em imagens (inicialmente através do Raio-X), poderiam efetivamente curar os doentes.

A medicina conquista de vez legitimidade social, e o hospital passa a desfrutar de uma outra imagem junto ao público. Agora, ao invés do pavor ante a possibilidade de serem internadas, as pessoas, quando enfermas desejam lá ser tratadas. Encontram-se, desse modo, configuradas as bases do modelo de atenção à saúde que irá predominar durante o século XX (NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008, p. 676).

Essa predominância é responsável pela configuração do modelo hospitalocêntrico, advindo de ser o hospital local de prestígio profissional, sofisticação tecnológica e de segurança e conforto para os seus usuários. Afirmada a sua centralidade, o modelo hospitalocêntrico tem as práticas médicas e curativas desenvolvidas nos hospitais em detrimento de atividades extra-hospitalares, principalmente aquelas desenvolvidas na atenção básica, de finalidade também curativa, mas com predominância das práticas preventivas.

Cabe ainda mencionar que, dentro do modo de produção capitalista, o hospital passa a ser visto também como local de venda de serviços. A prática da medicina liberal “transforma de vez a atenção à saúde como uma prática de venda de serviços e fragmenta o exercício profissional, ao mesmo tempo em que institui uma gerência de controle da força de trabalho” (MATOS, 2013, p. 45), assim fazendo com que os trabalhadores do setor de saúde também vivenciem as situações particulares desse modo de produção, no que se refere, principalmente, a organização e gestão do trabalho.

Sumarizando a discussão, Matos (2013) aponta que:

Enfim, com o hospital, estão dadas as bases de que até hoje conhecemos sobre as práticas em saúde nos serviços: adoção de um conhecimento absoluto, formal e abstrato detido pelo saber do médico; o hospital quase como uma referência exclusiva para a assistência à saúde, a parcialização do trabalho em saúde, sob gerência do médico; a medicalização excessiva para a assistência em saúde; e um modelo biologizante de atenção à saúde (p. 50).

Frente ao exposto, há que se considerar que algumas mudanças entram em curso no momento que se passa a questionar os sistemas de saúde baseados na perspectiva curativa como hegemônica. A expansão dos sistemas nacionais de saúde, após a Segunda Guerra Mundial, baseados na perspectiva de ampliação do acesso e na oferta de um conjunto básico de serviços à população. No entanto, a crise dos Estados de Bem-estar, em meados dos anos 1970, correspondeu à diminuição nos

recursos destinados a atenção hospitalar, principalmente no financiamento das ações. Outro aspecto decisivo, com impacto no rumo da atenção hospitalar, foi a declaração final da Conferência Internacional de Atenção Primária, realizada em 1978, em Alma-Ata³⁰, que assinalou a Atenção Primária em Saúde (APS) como central nos sistemas de saúde em oposição ao modelo hospitalocêntrico. Por tanto, as políticas e as ações de reforma, nos anos finais do século XX, no que se refere à assistência médico-hospitalar, ao funcionamento e à gestão dos hospitais, tem vinculação a duas grandes vertentes:

A primeira, associada à preocupação, de ordem econômica, com o controle dos gastos sanitários e para tanto, na implementação de medidas de racionalização da oferta de serviços e de modernização da gestão dos serviços de saúde, sobretudo os hospitais. A segunda encontra-se articulada a formação de um novo modelo de organização do cuidado em saúde, fundado na ideia de um sistema integrado de serviços de saúde³¹, sistema no qual a atenção básica, ao invés da assistência hospitalar, deve ser o centro do sistema (NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008, p. 679).

No que se refere à atenção hospitalar, enfatizando a função do hospital no SUS, por consequência, verificam-se alguns paradoxos cujo impacto é decisivo na oferta e funcionamento desses serviços. É de conhecimento geral que os hospitais brasileiros ainda ocupam função central no SUS, pela prevalência do modelo hospitalocêntrico, ainda que os princípios e diretrizes do Sistema versem o contrário, assumindo a APS como central. Tem-se como resultado a superlotação dos serviços de emergência combinados à diminuição do número de leitos hospitalares.

Vasconcelos (2003) oferece riquíssimos elementos para que se possa entender a crise por que passa o SUS. Dentre outros aspectos, a autora reporta a ideia da estabilização econômica *versus* a ampliação dos recursos para a política de

³⁰ A conferência realizada em Alma-Ata em 1978 foi um importante evento que contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados, na ocasião, o documento Declaração de Alma-Ata foi aprovado, tendo sido ratificado em 1979 pela Assembleia-Geral da OMS que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000. Na Declaração de Alma-Ata a Atenção Primária em Saúde é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008, p. 576-577)

³¹ O Sistema integrado de serviços de saúde é: “rede integrada de pontos de atenção que permite prestar assistência contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população” (NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008, p. 679).

saúde, cujas disputas de modelos de sistema (universalista de vinculação estatal ou focalista vinculado ao mercado) concorrem agravando tal crise.

Toda essa aparente digressão serve mais uma vez para reconduzir o debate da direção da implantação do SUS e da Reforma Sanitária, afirmando o sentido histórico e político presente nas práticas e problemas e saúde. As garantias constitucionais, antes que pudessem ser asseguradas na vida social, foram atropeladas pela implementação de uma Reforma do Estado, exigida pela forma como o capitalismo atual, que, como vimos, tem a característica de fragmentar, ainda mais, todas as esferas da vida social [...] (VASCONCELOS, 2003, p. 91).

A estruturação do SUS em níveis de complexidade contempla o entendimento de que as demandas em saúde possuem características diferentes e, por tal, devem ser acolhidas e atendidas de forma diferente. No nível da atenção básica situam-se as ações preventivas, sobretudo, nesses níveis, ocorrem intervenções curativas nas quais a complexidade de procedimentos é baixa, como por exemplo, as enfermidades menos graves. No nível da atenção de média complexidade, situam-se os serviços como os ambulatórios especializados. No nível de atenção de alta complexidade, no qual foca-se a presente discussão, situam-se as unidades terciárias, ou seja, os hospitais. Nessa área, são atendidas, em tese, as demandas mais complexas em saúde, como por exemplo, doenças graves como o câncer, as doenças infectocontagiosas, as grandes intervenções cirúrgicas e o transplante de órgãos (BRASIL, 1990).

As ações nos diversos níveis de atenção têm de estar integradas entre eles para que atinjam os seus objetivos específicos. No entanto, alguns condicionantes instigam discussões e diagnósticos que apontam falhas, principalmente na ausência de ações mais efetivas no nível de atenção básica e na histórica forma de intervenção baseada na atuação hospitalocêntrica, ou seja, em uma forma de atendimento às demandas em saúde que se dá mais de forma curativa do que preventiva. Ocorre, assim, que os recursos alocados na atenção para as demandas mais complexas, em que pese algumas serem inevitáveis, poderiam ser dispendidos em ações preventivas para uma maior racionalidade dos gastos (em outras palavras, no consenso de que prevenção é o melhor remédio).

Nesse sentido, o conhecimento acerca da evolução histórica da instituição hospitalar ajuda-nos a entender o hospital hoje, com as suas características singulares e perante os desafios de operar com uma unidade integrada à rede de serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de oferecer assistência de boa qualidade e de modo eficiente (NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008, p. 671).

Ainda existe uma equação cuja resolução tem-se mostrado difícil, no que se refere à aplicação de recursos, no que se refere às ações e aos resultados efetivamente alcançados em cada serviço. Convive-se com uma enorme contradição para a efetivação da gestão hospitalar no Brasil. É preciso romper com os modelos privativos de atenção à saúde, principalmente quando esse modelo baliza a atuação do Estado. É necessário, também, entender que a complexidade crescente das doenças, basicamente por serem atendidas somente nos momentos de agudização e não de forma sistemática (BARATA, 2008), exigem mais tecnologia incorporada e menos leitos. Partindo-se do pressuposto da interdependência dos processos de atenção e gestão hospitalar, “não há como configurar novos modelos de atenção hospitalar, sem que sejam acompanhadas igualmente por novos tipos organizativos e novos modelo de gestão” (NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008, p. 702).

No Brasil, integrando o SUS, temos algumas definições sobre os hospitais, que estão relacionadas às suas funções e atividades e também à forma como se efetivam a organização e a intervenção na alta complexidade. Os hospitais podem ser classificados de acordo com quatro características (NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008): a) segundo o porte dos estabelecimentos medido pela quantidade de leitos que possui; b) pelo perfil assistencial (hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa; c) o nível de complexidade das atividades; d) o papel do estabelecimento na rede de serviços (hospital local, regional, de referência estadual ou nacional).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, lócus de realização desse estudo, é um hospital universitário³², criado no ano de 1970, pertence ao Ministério da

³² Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015).

Educação, ligado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Seu regime jurídico administrativo é de Empresa Pública de Direito Privado. Sua implementação teve como objetivo oferecer serviços assistências à população através da formação de profissionais da área da saúde desenvolvendo, para tanto, pesquisas científicas e incrementando inovações tecnológicas. Em 2014, a estrutura do HCPA passou a ser ampliada, com a construção de dois anexos, os quais irão expandir a área construída do HCPA em 70%. Segundo o Relatório de Gestão do Exercício de 2014, a receita do HCPA é composta por 81% de serviços prestados a pacientes do SUS e 19% prestados àqueles provenientes de convênios e particulares (HCPA, 2016).

O HCPA é um dos principais centros de atendimento ao SUS no Estado do Rio Grande do Sul, atendendo cerca de sessenta especialidades, desde os procedimentos mais simples até os mais complexos. Realizam-se cerca de seiscentas mil consultas, três milhões de exames, trinta e três mil internações, quarenta e cinco mil cirurgias, quinhentos transplantes e três mil e oitocentos partos por ano. Através de equipes multiprofissionais, lideradas por professores da UFRGS, a assistência promovida é de alto padrão, seguindo normas internacionais de segurança³³ (HCPA, 2016). Com a ampliação do Hospital, será dada especial atenção aos atendimentos de pacientes em estado crítico, aos que necessitam de cuidados urgentes ou intensivos.

O HCPA possui sistema de prontuário eletrônico, que realiza o registro das informações referentes aos pacientes, viabilizando a interlocução entre os profissionais. Isso faz com que todos os profissionais possam ter acesso às informações sobre os pacientes no intuito de qualificação do trabalho multiprofissional. Dessa forma, o registro das atividades realizadas por cada profissão, ainda que conservem especificidades ligadas a ela, precisam subsidiar as decisões de todas as demais. Retoma-se essa discussão mais adiante para que se possa analisar o trabalho do assistente social na modalidade de consultorias às equipes médicas e de

³³ O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é o primeiro hospital universitário do Brasil a receber o selo de acreditação internacional pela *Joint Commission International*. Após quatro anos de preparo, em 2013, o HCPA, juntamente ao Consórcio Brasileiro de Acreditação, à mobilização da comunidade interna e ao aprimoramento sistemático dos processos envolvidos, recebe esta certificação, elevando o grau de exigência na qualidade de seus atendimentos, através da formulação de diretrizes que contêm os direitos e deveres do paciente, além de proporcionar a padronização dos processos e o monitoramento dos serviços prestados, resultando em melhorias na qualidade assistencial (HCPA, 2016).

enfermagem. Serão salientadas as potencialidades e os desafios para o trabalho do assistente social junto ao trabalho coletivo em saúde.

3.3 AS PARTICULARIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A INTEGRALIDADE

A inserção do assistente social na área da saúde ocorreu já nos primórdios da institucionalização do Serviço Social. Desde sua origem a profissão encontra na área da saúde um campo de afirmação dos objetivos de sua intervenção, em que pese o fato de a clareza de suas competências tomarem novos contornos somente a partir do seu acúmulo teórico.

A saúde é um tradicional espaço de atuação do Serviço Social. Ao fazer um recorrido à história do Serviço Social na saúde, permite que se identifique uma forte vinculação da profissão com essa área, de maneira que, por essa inserção, foi possível agregar um contingente de agentes profissionais recém-criados no Brasil dos anos 1930, ao desenvolvimento das ações do Estado e das instituições sociais no atendimento das demandas de saúde da população. Ora, sendo essa vinculação tão orgânica, a profissão se institucionalizara pelas respostas que conseguiu dar às demandas a ela postas. Dessa forma, “a profissão se institucionalizara no capitalismo monopolista como participante da implementação de políticas sociais específicas, no espaço de legitimação do poder de grupos e frações das classes dominantes que controlam ou têm acesso ao aparelho estatal” (BRAVO, 2013, p. 25).

Originalmente, os assistentes sociais tinham funções ligadas à puericultura e a profilaxia de doenças transmissíveis, típicas de um educador sanitário. Cabia a esse profissional busca de informações sobre o modo e as condições de vida do usuário que pudessem auxiliar o médico a definir o tratamento; fazer a distribuição de auxílios financeiros para o comparecimento aos serviços de saúde; conciliar, junto aos empregadores, a realização do tratamento por parte do trabalhador; e a vinculação do usuário à instituição (BRAVO, 2013).

Para que ocorressem mudanças na forma com o Serviço Social concebia sua atuação na área da saúde foram necessárias alterações amplas na sociedade brasileira no que dizia respeito ao entendimento do que seria a saúde e como se “faz saúde”. Isso ocorreu sob a influência do Movimento de Reforma Sanitária. Nesse mesmo período de tempo em que desembocaram as reformas sociais clamadas pela

sociedade, cujo movimento de Reforma Sanitária é um excelente exemplo, o Serviço Social passou pelos movimentos de revisão teórica e metodológica e, conseqüentemente, pelo questionamento ético e político, de seu fazer e de sua finalidade. Valeu-se a categoria profissional, nesses momentos, de uma intenção de ruptura (NETTO, 2005) na qual o Serviço Social tendeu a rever seus princípios através da compreensão de sua inserção na divisão social e técnica do processo global de trabalho no modo de produção capitalista. Soma-se a isso, ainda, o desenvolvimento da pós-graduação na área que, a partir dos anos de 1970, passara a problematizar de modo mais denso o trabalho do assistente social nesse campo de inserção. A área da saúde em conjunto com a área da assistência social são as que concentram maior volume de assistentes sociais empregados no Brasil (CFESS, 2005).

Depreende-se dessas considerações que o trabalho do assistente social, na área da saúde, conforma-se de maneira a articular diversos espaços de atenção aos usuários sejam na própria área da saúde, sejam para acessar a outros direitos. Em concomitância com os objetos do projeto de Reforma Sanitária, cabe ao assistente social trabalhar com questões relacionadas à “democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2010, p. 24).

Conforme pontuado anteriormente, o Movimento de Reforma Sanitária foi decisivo para a formulação do Sistema Único de Saúde. No SUS, os assistentes sociais passaram a conviver com “mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política que passam a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinada pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização dos sistemas” (COSTA, 2009, p. 310). Dessa forma, o trabalho do assistente social passa a ser condicionado pela organização político-administrativa, vinculado às reais necessidades da população usuária, através do atendimento intersetorial, via políticas públicas, para o acesso a direitos sociais que vão compor o conceito de saúde que incorpora a ausência de doenças aos fatores decisivos para os níveis de salubridade de indivíduos, grupos e populações.

Os profissionais se inserem desde a atenção básica até a alta complexidade, desenvolvendo sua intervenção de forma individual e coletiva. Por sua atuação esta profissão pautada numa leitura dialética da realidade que contempla a totalidade concreta, busca contribuir para uma leitura mais abrangente dos condicionantes que

interferem no binômio saúde-doença considerando que uma análise “na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de saúde doença e a busca de estratégias de enfrentamento destas questões” (CFESS, 2010, p.14).

Com isto, o assistente social deixa de ser exclusivamente o profissional da ponta para também se inserir em equipes multidisciplinares de execução, formulação e gerência das políticas de saúde. Esta mesma inserção desafia os profissionais a pensar estratégias para que sua intervenção possa oferecer subsídios necessários para o acesso ao direito social da saúde.

O desempenho das funções a que é chamado o assistente social deve pautar-se nas normativas legais (Lei de Regulamentação, Código de Ética Profissional, entre outros) onde se inscrevem, sobretudo, os valores éticos e políticos do projeto hegemônico da profissão. Aos assistentes sociais, isto se materializa com a intervenção fundada no direcionamento ético da atuação profissional.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulada aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social (BRAVO; MATOS, 2004, p. 43).

O projeto ético-político da profissão prima, entre outros princípios, pela garantia de acesso aos direitos socialmente conquistados. A saúde é, obviamente, importante espaço para que se desenvolvam ações que “façam valer” o acesso a esse direito, bem como as suas políticas sociais específicas. É, sobretudo, lutar na contra-hegemonia, pois promover saúde também significa denunciar a exploração a que é submetida à classe trabalhadora no sistema capitalista e potencializar as formas de resistência.

Pelas experiências profissionais advindas de sua inserção na área da saúde, o assistente social numa articulação com outros segmentos profissionais pode “formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivam o direito à saúde” (BRAVO; MATOS, 2004), numa clara interlocução entre o projeto profissional, a reforma sanitária e as conquistas atinentes às forças sociais que construíram a proposta do SUS. Isso se faz necessário frente ao contexto adverso expresso anteriormente, num nítido posicionamento a favor da afirmação do SUS e de seus princípios. Por esse posicionamento, todos os sujeitos

são convocados à afirmação das propostas da reforma sanitária em oposição ao sucateamento e a privatização dos serviços de saúde no Brasil.

Lançados em 2010, para orientar e referenciar o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, os “Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde” tornaram-se a principal normativa para as atividades do Serviço Social nessa área. Destinados a responder a um pleito histórico da profissão, tais parâmetros trazem orientações gerais para que os profissionais possam dar respostas às demandas identificadas no desenvolvimento de seu trabalho na política de saúde bem como as requisições dos usuários dos serviços e empregadores dessa mesma área (CFESS, 2010). Os “Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde” visam a demonstrar que “as diversas ações estão interligadas e são complementares, apontam-se para uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais, as de mobilização popular, as pesquisas e o planejamento do trabalho profissional, por exemplo” (IDEM, p. 10).

O trabalho do assistente social, inserido no trabalho coletivo em saúde, ocorre em meio a inúmeros desafios, entre eles destacam-se a realização de princípios como a integralidade e a intersetorialidade, que condicionam o profissional a articular, dados os objetivos de sua intervenção nessa área, os diversos níveis de atenção do SUS.

Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou com um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre estes e as demais políticas setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações (COSTA, 2009. P. 341).

Logicamente que essa conclusão exposta não se trata de uma visão messiânica do Serviço Social, como ocorreu outrora, mas de uma ponderação sobre esse profissional, que, por sua vivência cotidiana, somada à sua produção teórica, possui uma cadeia de mediações (MARTINELLI, 1993) que lhe favorece a análise de demandas e o encaminhamento de propostas para as múltiplas situações apresentadas. Dada à inserção do assistente social na atenção básica, na média e na alta complexidade do SUS, dá-se ênfase a seguir para a institucionalização do Serviço Social na atenção hospitalar.

Especificamente nos hospitais, os assistentes sociais inseriram-se no processo de trabalho em saúde na década de 1940, com a função de cooperação ao

trabalho médico e com a demanda de construir um elo das instituições hospitalares com a família e com o usuário, para garantir a continuidade do tratamento após a alta e ainda realizar, com os familiares, ações nas quais os mesmos não sentissem a ausência do chefe durante o período de convalescência (MATOS, 2013). A atuação baseava-se na concepção do desajuste, fortemente empregada nessa época, compreendendo-se que “os problemas vividos pelos “clientes” eram frutos de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando os seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação” (p. 57).

O resultado do processo de interlocução entre o trabalho do assistente social e as necessidades em saúde da população se configura em uma dinâmica em que “as necessidades objetivas dos usuários se transformam em demandas profissionais, na medida em que se confundem com as próprias necessidades institucionais” (COSTA, 2009, p. 344). O que isso quer dizer? Em síntese, quer dizer que os assistentes sociais são chamados, como ocorre historicamente nos mais diversos espaços de inserção da profissão, a dar respostas que possam equacionar os anseios da população usuária dos serviços de saúde, e do próprio SUS, e as requisições institucionais.

Existem em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde no SUS nichos para o desenvolvimento do trabalho do assistente social e para a materialização dos princípios presentes nas normativas profissionais que dão forma ao projeto ético-político do Serviço Social. Na defesa intransigente dos direitos socialmente adquiridos pela classe trabalhadora, essa profissão clama por políticas sociais públicas capazes de fazer frente às desigualdades da sociedade capitalista, dentre as quais a política de saúde tem incontestável centralidade.

As principais críticas a esse modelo de atenção à saúde, proposto pelo SUS, centram-se na desarticulação entre os três níveis de complexidade com prejuízos aos usuários do Sistema. Assim, as demandas que chegam ao Serviço Social nos serviços de alta complexidade, principalmente em hospitais terciários, que acolhem indivíduos com um nível elevado de adoecimento, são agravadas por condições socioeconômicas adversas, pela dificuldade de acesso à atenção básica e pelo histórico desenvolvimento das ações curativas em detrimento das ações de cunho preventivo e educativo em saúde. O cuidado ao usuário pensado na perspectiva de integralidade exige a organização de uma rede político-administrativa, que dividida em subunidades, para que as relações sociais complexas que envolvem o cuidado em

saúde sejam contempladas (COSTA, 2009). Costa (2009) acrescenta a essa ideia, a seguinte análise:

A rede ambulatorial e hospitalar geral e especializada também convive com o aumento de demanda sem a equivalente ampliação das equipes e da capacidade operacional, o que provoca obstáculos à integração do sistema e, conseqüentemente, interfere na chamada cooperação horizontal (p. 312).

Então, apresentam-se ao assistente social nos hospitais, clínicas e centros de tratamento avançados, demandas institucionais e provenientes dos usuários que, articuladas ao objeto de intervenção profissional, exigem desses agentes a identificação das demandas, o planejamento de ações e a execução de intervenções que tragam alterações, na medida das possibilidades, às expressões da questão social sob a face do adoecimento.

Note-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA, 2009, p. 310).

Verifica-se que junto aos diagnósticos e tratamentos, emergem situações as mais variadas e complexas. Desemprego, condições adversas de moradias e trabalho, uso abusivo e dependente de drogas, dificuldade de acesso à renda, bens e serviços sociais, dentre outros fatores tem centralidade no processo curativo, bem como preventivo e de promoção à saúde, qual seja o desafio de articular estratégias que sejam capazes de garantir acesso aos serviços de saúde aliadas a alteração de outras demandas. No entanto, devido à atual configuração do modo de produção capitalista, baseado nas ideologias neoliberais de regulação do Estado e somadas à gestão flexível da força de trabalho, limita-se de forma significativa o processo para que se possa produzir saúde. O desemprego estrutural mais a fragilidade das políticas sociais, que se mostram cada vez mais seletivas, pontuais e focalizadas, no Brasil, têm oferecido poucos recursos para que se pense em uma atuação integral aos usuários do SUS.

Além disso, existe a dificuldade de acesso, que ocorre em todos os níveis da atenção à saúde no SUS e que, na alta complexidade, apresenta-se através das

emergências superlotadas dos hospitais, do déficit de leitos hospitalares, da demora por consultas com especialistas e pelo início do tratamento. O assistente social não garantirá o acesso a todos aqueles que necessitam usar o SUS, mas, muitas vezes, os profissionais são procurados por aqueles que não conseguiram atendimento em algum programa ou serviço.

Cabe ao assistente social, então, orientar e esclarecer sobre rotinas e fluxos, mas não somente isso: o profissional pode buscar trabalhar junto aos serviços de saúde os aspectos que podem facilitar o acesso, bem como apresentar sínteses sobre as dificuldades que os usuários enfrentam para serem atendidos. Esses dados podem ser usados na formulação dos programas e políticas de saúde nos estabelecimentos e, também, junto aos órgãos formuladores e fiscalizadores das ações do SUS.

Apresentam-se, a seguir, as principais atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais na área da saúde, com ênfase para a atuação na atenção hospitalar. Tomam-se por base as discussões de Costa (2009), nas quais a autora apresenta a partir dos campos de atividade – ações de caráter emergencial; educação, informação e comunicação em saúde; planejamento e assessoria; e, mobilização e participação social³⁴. No Quadro 3, apresenta-se a partir dessas atividades os núcleos de objetivação do trabalho do assistente social: levantamento de dados; interpretação de normas e rotinas; agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial-assistencial; procedimentos de natureza socioeducativas, informação e comunicação em saúde; e, desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político.

³⁴ **Ações de caráter emergencial** — se expressam nas atividades voltadas para agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos, obtenção de transporte, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo etc. Demandam a mobilização e articulação de recursos humanos e materiais dentro e fora do sistema público e privado de saúde. **Educação, informação e comunicação em saúde** — consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, família e à coletividade, para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração destes na solução de problemas de saúde individual e coletiva. **Planejamento e Assessoria** — consistem, sobretudo, na realização de ações voltadas para o processo de reorganização do trabalho no SUS. **Mobilização e participação social** - Consistem basicamente em ações educativas, voltadas para a sensibilização, articulação e mobilização da comunidade no sentido de explicar e convocar usuários e trabalhadores do SUS à participarem dos processos de instalação e funcionamento dos conselhos de saúde. Nesse sentido, constituem atividades de cunho político-organizativo e socioeducativo (COSTA, 2009, p. 315-316).

Quadro 3 - Núcleos de Objetivação do Trabalho do Assistente Social

Núcleos de Objetivação	Ações em âmbito hospitalar
Levantamento de dados	É a primeira etapa do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo assistente social, integrando, pois, um conjunto de procedimentos e normas relativos ao internamento dos pacientes. Vincula-se, ainda, com uma outra necessidade do sistema, qual seja, a de garantir a rotatividade dos leitos, seja por pressão da demanda reprimida, seja pela lógica de remuneração/produtividade leito/dia (p.320).
Interpretação de normas e rotinas	As principais esferas de atuação incidem sobre o cumprimento de horários e duração das visitas, o número de visitantes permitidos para cada paciente internado, os comportamentos do usuário e sua família a serem adotados durante a visita, a permanência no hospital e, até mesmo pós-alta, etc. Para esse trabalho, o assistente social precisa dispor e conhecer portarias e normas de funcionamento das unidades e do próprio sistema de saúde, além dos manuais de funcionamento dos programas, horários de atendimento das unidades, setores e dos profissionais (p. 323-324).
Agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial-assistencial	Uma das principais requisições "emergenciais" ao Serviço Social é a de providenciar transporte para os pacientes, seja no caso de transferência de um hospital para outro, seja para realização de exames fora da unidade em que o paciente encontra-se internado (p.325).
Procedimentos de natureza socioeducativas, informação e comunicação em saúde	Volta-se à orientação sobre os cuidados a serem tomados durante a visita, prevenindo comportamentos que possam comprometer o estado de saúde do paciente, bem como condutas pós-alta, para auxiliar o cumprimento das recomendações terapêuticas, como é o caso da administração de medicamentos, dos cuidados com a higiene e precauções para evitar o contágio ou reincidência da doença (p. 326-327).
Desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político	Sua finalidade é a assessoria ao processo de implantação, (re)estruturação e funcionamento dos conselhos gestores das unidades, dos conselhos distritais e municipal. Esse trabalho consiste: desde a mobilização e articulação dos usuários e trabalhadores do setor, à assessoria ao processo de preparação e organização de reuniões, eventos, técnicas, elaboração de projetos, propostas, documentos e avaliação das próprias atividades desenvolvidas. O assistente social participa ativamente, na organização e realização de treinamentos, cursos e reuniões voltados à discussão sobre rotinas, disciplina, bem como atendendo individualmente problemas envolvendo funcionários e usuários (p. 337 e 339).

Quadro elaborado pelo autor. Fonte: Costa (2009).

É possível depreender desse quadro a diversidade de atividades, bem como os seus objetivos e resultados, que advém do trabalho do assistente social na saúde. Trabalho que é socialmente determinado, assumindo a contradição de ter um caráter subsidiário ao trabalho médico hegemônico, tendo em vista o modelo hospitalocêntrico.

A área da saúde é fortemente estruturada através da hierarquização de saberes e funções. A medicina em primeiro lugar e a enfermagem logo após, até mesmo pelo contingente de profissionais inseridos na saúde, são as profissões que detém a hegemonia nessa área e geralmente ocupam funções de gestão e planejamento, embora essas sejam competências de todas as áreas, fazendo com que as demais profissões configurem seu trabalho a partir das diretrizes por eles implantadas. Isso também ocorre em outras áreas como o judiciário, onde juízes detém esse poder; ou na habitação, onde engenheiros e arquitetos são responsáveis pelas mesmas funções das profissões dominantes da área de saúde. A hierarquização do trabalho é parte da divisão do trabalho no modo de produção capitalista e acaba por interferir na relativa autonomia das profissões que ali se inserem.

Ademais do fator da hierarquização do saber e da técnica, outras características da profissão apresentam-se como dificuldades que o Serviço Social vem enfrentando ao longo do tempo na sua inserção em diferentes espaços sócio-ocupacionais, além de ter sido criado pelo capital em desenvolvimento como uma profissão capaz de atender aos seus interesses (PRATES, 2016):

[...] trazemos como marca da profissão a nossa particularidade de gênero, majoritariamente feminino, numa sociedade que desvaloriza a mulher, somos uma profissão com característica interventiva, numa sociedade que separa a análise da ação e relega a segundo plano a intervenção, somos uma profissão cujo maior concentração de postos de trabalho se direcionam para o atendimento direto de populações que sofrem desigualdades, subalternizados, pobres, discriminados, que tem seus direitos violados, numa sociedade classista, machista, conservadora, patrimonialista, que valoriza a aparência, a renda, a propriedade e a terra (p.05).

À parte dessas considerações, o Serviço Social tem conseguido avançar em muitas áreas, programas e políticas sociais, sendo reconhecido e valorizado por seu trabalho profissional e pelo conhecimento que produz, conforme já fora exposto.

El reconocimiento y la valoración deben construirse en el propio campo de acción, em ese sentido, la posesión de una sólida formación profesional contribuirá para actuar reflexivamente en la dirección de los problemas y en la apropiada adopción de las estrategias políticas y profesionales de intervención para erradicación de los mismos (ALAYÓN, 2016, p. 13)³⁵.

Assim sendo, entende-se que em virtude da compreensão saúde como processo determinado por fatores amplos e complexos, que superam o adoecimento em si, o trabalho do assistente social é central no atendimento das variáveis que compõem o binômio saúde-doença. Ao proceder ao levantamento de dados do contexto social dos usuários, o assistente social tem a possibilidade de articular saberes para a intervenção em demandas correlacionadas ao motivo da internação e/ou atendimento, na medida em que ali se identificam nichos para a intervenção profissional.

O assistente social, por seu trabalho e em resposta à teoria que o guia, desenvolve uma gama de atividades que tem como finalidade a intervenção social com perspectivas de mudanças na realidade dos sujeitos envolvidos, destinatários dessas ações, da instituição e da própria profissão. A relação teoria e prática, no trabalho profissional, irá se alimentar com a formação acadêmica, expondo exigências de leitura da realidade e a produção de conhecimentos que servem de balizas ao Serviço Social em sua teleologia, pois o trabalho do assistente social incide sobre a consciência dos outros indivíduos e de si próprio, objetivando a mudança de atos e comportamentos (NICOLAU, 2004).

As informações sobre um trabalho profissional abarcam, portanto, uma gama complexa de fontes e ideias acerca dessa atividade e de suas características. Veiculam uma pluralidade de discursos (teórico, histórico, político e ideológico) sobre esse fazer profissional, suas características e finalidades, bem como sobre a formação requerida para o mesmo, as exigências, condições e relações que devem caracterizá-las (p. 90).

Dessa forma, perpassam a atuação do assistente social na saúde, em todos os espaços do SUS, elementos conjunturais da sociedade que dizem respeito,

³⁵ “O reconhecimento e a valorização devem constituir-se no próprio campo de ação e, nesse sentido, a posição de uma sólida formação profissional contribuirá para atuar reflexivamente na direção dos problemas e na apropriada adoção de estratégias políticas e profissionais de intervenção para a erradicação dos mesmos” (Tradução nossa).

principalmente, à agudização das condições de vida e trabalho da população usuária e que acabam por impactar no acesso à política, na qualidade do acesso e na abrangência das ações. Os desafios que se colocam para o assistente social, que trabalha junto à atenção de alta complexidade em saúde, estão expressos na possibilidade de apreender, pelo referencial da teoria social crítica, as modernas manifestações da questão social e a explicar, a partir desse referencial, a relação com o adoecimento da classe trabalhadora. Nesse sentido, é preciso que se identifiquem as determinações estruturais e conjunturais que incidem sobre o objeto de trabalho do assistente social e as necessárias mediações para a participação desse profissional no processo coletivo de trabalho em saúde.

Essas situações, que estão para além do trabalho o assistente social, inclusive exigem, no entanto, que os profissionais possam envidar esforços para garantir o cumprimento dos princípios do SUS, dentre os quais se destaca a participação social dos usuários. Os assistentes sociais podem no seu trabalho desenvolver estratégias de fomento para que os usuários, na condição de cidadãos, influenciem nos rumos da política de saúde materializada no SUS.

A participação social, como uma das inovações da Constituição Federal atual (BRASIL, 1988), permite que os usuários ocupem espaços deliberativos, de formulação e de proposição, como enfrentamento possível à precarização do SUS. Por certo que participação não é um fenômeno natural e, portanto, exige a formulação de estratégias de ocupação dos espaços de controle social. O controle social é um processo político que “deve ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas” (CFESS, 2010, p. 53).

Em relação ao produto do trabalho do assistente social na saúde, assim como na área hospitalar, é importante frisar que se trata da intervenção sobre situações concretas em suas múltiplas expressões. Trata-se, ainda, de um processo no qual a imprevisibilidades dos resultados é presente. A imprevisibilidade está diretamente vinculada ao próprio percurso de evolução das doenças e a incerteza da cura “até o não cumprimento de ações terapêuticas, passando pela impossibilidade material de aquisição de medicamentos, ou mesmo impedimentos de ordem psicossocial, emocional, entre outros” (COSTA, 2009, p. 346).

Assim sendo, os resultados do processo de trabalho em saúde dependem de condições objetivas e subjetivas das diferentes partes envolvidas. São necessários mecanismos flexíveis na organização desse processo, em virtude da dinâmica dos fatores que o envolve, para oferecer respostas concretas às necessidades existentes.

Além disso, a compreensão dos fatores oriundos das necessidades não atendidas ou não previstas servem à formulação de mecanismos capazes de gerar acesso a novos direitos e, também, mudanças na própria organização e de funcionamento adequadas cada vez mais à realidade dos usuários dos serviços. Dessa forma, é possível atender às necessidades e demandas emergentes com a criação de propostas e programas permanentes. Nessa perspectiva, o trabalho nos serviços de saúde vai ganhando uma formatação que vai do atendimento individual ao coletivo, favorecendo esse último.

Entende-se que a superação dos problemas de saúde da população passa necessariamente pela compreensão das necessidades individuais, mas que somente ao serem compreendidas em sua totalidade enquanto demandas coletivas podem ser efetivamente superadas. A diarreia crônica de uma criança, por exemplo, pode evidenciar a falta de acesso coletivo ao saneamento ambiental.

Os tratamentos mais avançados podem “curar” essa criança, mas se ela volta à sua casa e continua bebendo água não tratada e convivendo com esgoto à céu-aberto, é muito provável uma reincidência dessa doença. Esse é um dos muitos exemplos que podem ser citados, mas que definem o caráter coletivo das demandas e necessidades em saúde dos usuários do SUS.

Adiante, serão apresentados os dados relacionados à pesquisa empírica. De acordo com os objetivos da pesquisa que subsidia essa proposta de tese, busca-se a relação entre a imagem profissional e a identidade do assistente social e as demandas dirigidas à profissão. Os espaços ocupacionais do assistente social conservam orgânica relação com as transformações societárias em curso na sociedade.

Por esse pressuposto, o Serviço Social oferece intervenções vinculadas à luta entre as classes antagônicas no capitalismo mais as respostas teórico-práticas que a categoria profissional, em seu conteúdo político, tem dado à sociedade. São, portanto, um produto histórico (IAMAMOTO, 2008).

É com esse horizonte de historicidade, totalidade e contradição que conformam o trabalho do assistente social que se apresenta o capítulo que segue. Pretende-se, à luz da teoria social-crítica, identificar no trabalho do assistente social

potencialidades para o Serviço Social, na direção da superação das desigualdades sociais expressas no atendimento hospitalar.

4 DEMANDAS, IDENTIDADE E IMAGEM PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL: A REALIDADE ENCONTRADA NA PESQUISA EMPÍRICA.

Mais do que conhecer é preciso agir de modo competente, crítico, qualificado teoricamente e ainda mais é preciso também muita coragem para lutar contra os obstáculos que se interpõem em nossa caminhada.

(Maria Lucia Martinelli)

O conhecimento produzido na área da saúde configura-se como a produção de diagnósticos sobre as disfunções produzidas pelo corpo humano e sua interação com o meio; além disso, contemporaneamente, a produção de sistematizações e análises dos processos sociais, tem sido levada em conta para a determinação de outros fatores que têm influência direta nos aspectos biológicos e sistêmicos do organismo. Entende-se que os processos sociais, as condições e modos de vida são capazes de produzir interações com o organismo humano de modo a garantir maior ou menor nível de salubridade.

Uma conceituação mais abrangente sobre a categoria saúde oferece bases que ampliam a participação de várias áreas na produção do conhecimento em saúde. Como resultado desse processo tem-se a participação de diversos saberes, aportados a partir de áreas e lugares diversos, para explicar um ou mais fenômenos fazendo com que se amplie a gama de produções relacionadas a eles. Uma vez posto em cheque a centralidade de uma área, nesse caso o saber biomédico, o campo do conhecimento em saúde passa a se configurar numa perspectiva de múltiplas disciplinas, nas quais às luzes de suas teorias e saberes, apresentam à totalidade do conhecimento algumas totalizações particulares.

Dessa forma, identifica-se que o Serviço Social historicamente contribuiu e apropriou-se dessa área para qualificar seu trabalho e continua tendo uma contribuição significativa para a produção do conhecimento. Entende-se que o Serviço Social, como área de produção do conhecimento, avoluma o que se produz sobre as determinações do processo saúde/doença, através da oferta de sínteses sobre a compreensão e alternativas de enfrentamento desses processos. Todo esse conhecimento pode ser mediado pelo assistente social no âmbito hospitalar.

[...] pode-se dizer que a saúde, como qualquer outro campo de trabalho profissional, apresenta particularidades que necessitam ser desveladas pelos que atuam na área. Assim, compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários torna-se fundamental (MATOS, 2013, p. 63).

Assim, por sua inserção na área da saúde o assistente social pode contribuir na produção do conhecimento sobre o trabalho em saúde, bem como as inserções da própria profissão como parte do trabalho coletivo em saúde. Em outras palavras, o assistente social ocupa uma posição na divisão sociotécnica do trabalho na área da saúde, que lhe permite aportar subsídios para o estudo das intervenções em saúde, basicamente na relação entre o acesso a esse direito e os demais.

[...] a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolve no Brasil (COSTA, 2009, p. 310).

O trabalho de sistematização, como um componente central do trabalho profissional não significa, apenas, a geração de dados e informações, mas um processo que envolve a produção, organização e análise dos mesmos a partir de um postura que articule crítica com investigação (ALMEIDA, 2008). As respostas profissionais do assistente social às demandas da população usuária não poderão ser efetivamente qualificadas sem o profundo conhecimento dos sujeitos a quem se destinam essas ações, seu modo de vida e de trabalho, bem como suas estratégias de sobrevivência, seus processos organizativos, entre outros (PAULA, 2013).

Os dados coletados na pesquisa contemplaram os fatores relacionados aos sujeitos destinatários da intervenção profissional e as características relacionadas à imagem e identidade profissional do assistente social sob a perspectiva de outras profissões. Apresentam-se a seguir, a codificação, a sistematização e a análise dos dados, que conformam essa etapa e se pautaram na seguinte metodologia:

No mês selecionado para a coleta da amostra, foram encaminhados 610 (seiscentos e dez) pedidos de consultoria ao Serviço Social. Essas consultorias foram agrupadas em 3 grandes blocos, tal como se apresenta na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Quantificação dos Grandes Grupos de Demandas dirigidas ao Serviço Social via consultoria

Grande Grupo	Quantidade	Frequência (%)
Avaliação para liberação de refeição para acompanhante	282	46,23
Inserção em programa/unidade de internação específicos	72	11,80
Demandas diversas	256	41,97
TOTAL	610	100

Fonte: O Autor (2016).

O primeiro passo após a definição da amostra, conforme apontado na metodologia da pesquisa, consistiu em construir um mapa de expressões das demandas dirigidas ao Serviço Social, a partir da divisão em outros três grandes grupos: Grupo 1 – Expressões de desigualdade, Grupo 2 – Providências/serviços, Grupo 3 – Procedimentos. Esses três grandes grupos representam as expressões do objeto/demanda e as respostas do trabalhador.

É oportuno salientar o significativo número de pedidos de consultoria relacionados à avaliação para liberação de refeição para o acompanhante do paciente, fornecida pelo HCPA. Há um deslocamento do trabalho do assistente social para essa atividade comprometendo o restante do trabalho na atenção às demandas mais substantivas e complexas. Isso pode ser afirmado, uma vez que, na legislação do SUS (BRASIL, 1990), é dever do Estado prover as condições para que a recuperação da saúde seja garantida e, sendo direito do paciente, a presença de um acompanhante³⁶, como forma também de recuperação, deve esse Sistema garantir condições, inclusive materiais, de permanência do acompanhante.

A desburocratização desse processo avaliativo além de garantir os direitos dos cidadãos permitirá um atendimento mais qualificado por parte do Serviço Social.

³⁶ A Carta do Direitos dos Usuários do SUS, prevê como direito o acompanhamento do paciente por pessoa de sua livre escolha nos atendimentos realizados nos Serviços de Saúde e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiência ou idoso) (BRASIL, 2007).

Se a justificativa da Instituição se dá em função dos valores pagos pelo SUS para a alimentação de acompanhantes dos pacientes serem insuficientes frente aos seus custos, é preciso a união de esforços para superar essa defasagem e não que isso sirva como barreira de acesso. Poderia o assistente social utilizar o tempo gasto nessa atividade com outras funções que fossem importantes para a promoção, prevenção e recuperação em saúde.

O segundo passo, baseado então nos três grupos elencados, serviu para identificar processos sociais e codificá-los de forma a encontrar características que dessem a dimensão desses processos na totalidade das demandas. Os processos sociais se constituem como expressões da realidade, como formas de organização da vida em sociedade e como os sujeitos sociais se relacionam entre si e as demais esferas sociais, como o mercado, a sociedade, a família e mais variadas instituições.

Os processos sociais podem ser divididos, segundo Prates (2016), em: processos sociais subalternizadores e processos sociais emancipatórios. Os processos sociais subalternizadores estão vinculados à exploração, à dominação e à violência, por estigmatizarem os sujeitos suprimem seus direitos, expondo-os à condição de passividade, desmoralização e dependência. Por outro lado, os processos sociais emancipatórios são aqueles que se vinculam a participação social e incluem “iniciativas como a mobilização, a organização, conscientização, capacitação e gestão autônoma da vida e de processos que os sujeitos constroem e se inserem, mesmo que limitadas pelos contextos histórico-culturais e por condições de vida precárias” (PRATES, 2016, p. 05).

A seguir, num terceiro momento, empreendeu-se a contagem e análise frequencial de acordo com a quantificação dos processos sociais identificados anteriormente. A análise quantitativa destinou-se a dar visibilidade às maiores concentrações de demandas e subsidiar a análise frequencial destacando predominâncias. Articulou-se à análise frequencial extratos dos dados coletados na amostragem de forma que se possa exemplificar, atribuindo concretude ao que se postula em termos das inferências e teorizações.

Por tratar-se de estudos orientados pelo materialismo dialético e histórico, a coleta e articulação de dados empíricos objetivos e subjetivos, como mediação necessária para tentar explicar os fenômenos investigados, parece ser uma condição, na medida em que a teoria dialética postula, com base na lei dos saltos, a necessária articulação entre os aspectos quantitativos e qualitativos (PRATES, 2012, p.124).

O trabalho do assistente social se desenvolve em um contexto de diversidade de processos dinâmicos nos quais as demandas institucionais e dos usuários oportunizam ao profissional o contato com a realidade em seus aspectos aparentes, expressões de uma totalidade social, com interferência direta nas condições de saúde da população e a intervenção do sistema de saúde sobre aquelas demandas.

É do desvendamento de específicas expressões da questão social, em suas múltiplas relações com o movimento da sociedade, enquanto totalidade histórica, e, em particular, no campo das políticas públicas, que podem emergir possibilidades de atuação, reconhecendo a trama de interesses nela condensados, impulsionando mudanças, segundo o direcionamento social impresso ao trabalho (IAMAMOTO, 2008, p. 241).

Nesse sentido, tendo o Serviço Social uma imagem profissional e uma identidade que vem se alterando no percurso histórico que vem percorrendo, como profissão e área do conhecimento, a configuração de sua inserção na área da saúde está intrinsecamente relacionada com as demandas que atende. O arcabouço teórico e a afirmação do Serviço Social como profissão da área da saúde lhe conferem particularidades que tem influenciado aquela imagem e identidade profissional. Os dados coletados e as análises construídas darão conta de atribuir visibilidade ao que faz, por que faz e como faz o assistente social na área hospitalar, nessa tese, a partir do caso específico do Serviço Social do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

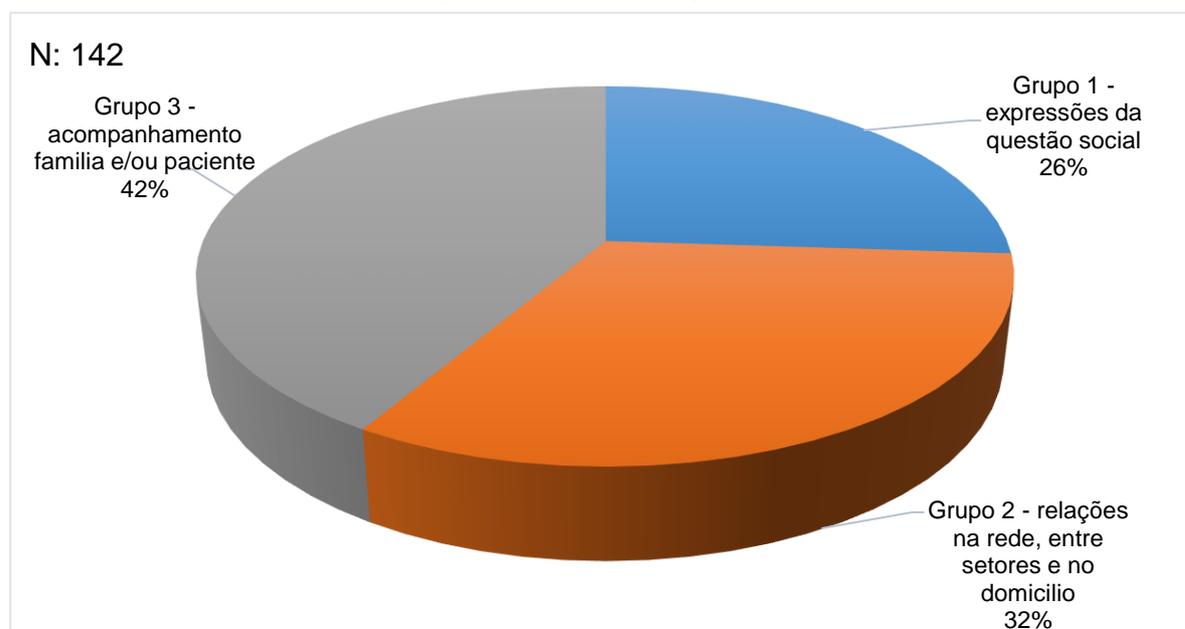
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS DEMANDAS DIRIGIDAS AO SERVIÇO SOCIAL

Identificou-se que as demandas ao Serviço Social vêm encaminhadas ora indicando procedimentos tais como acompanhamento familiar, acompanhamento ao paciente, etc.; ora solicitando providências, tais encaminhamentos para acesso a transporte para a realização do tratamento, realização de curativos nos serviços da atenção básica, continuidade de tratamento fisioterápico, acesso a medicamentos e equipamentos especiais de acordo com as necessidades em saúde dos usuários,

dentre outros serviços; ou pelas características de vulnerabilidade dos sujeitos atendidos pelo Hospital e que vivenciam situações de pobreza, violência, drogadição, entre outras.

O Gráfico 1, a seguir, expõe a quantificação das demandas, segundo caracterização, que são encaminhadas por outros profissionais do HCPA ao Serviço Social. Como exposto, três grandes grupos puderam ser identificados os quais dão a dimensão do trabalho realizado uma vez que são capazes de sintetizar a relação entre objeto profissional e a corresponde intervenção no sentido de atuar sobre os determinantes e condicionantes sociais do processo de saúde e doença.

Gráfico 1 – Demanda encaminhada ao Serviço Social por outras áreas do Hospital, segundo caracterização (%)



Fonte: O Autor (2016).

Pode-se identificar que há prevalência das demandas que compõem o Grupo 3, no qual as situações de solicitação de procedimentos junto ao paciente e/ou família tem destaque. Representando a frequência de, aproximadamente, 42%, aponta para o trabalho direto com a população usuária dos serviços de saúde. Apresenta assim, que o assistente social tem espaço privilegiado de atuação ao ter contato com os destinatários de sua ação, ou seja, é um profissional da “ponta” dos serviços, o que lhe confere poder ouvir dos usuários suas necessidades, em vez de simplesmente

ficar com aquilo que o profissional de outra área identificou como necessidade de intervenção do assistente social.

Os pedidos de providências ou encaminhamentos de serviços junto à rede de saúde, entre setores ou no próprio domicílio, representaram cerca de 32% das demandas. Percebe-se que, nesse caso, o assistente social é o profissional capaz de articular os recursos disponíveis na rede de serviços socioassistenciais, ou nas palavras de Costa (2009) citada anteriormente, configurando-se como o “elo invisível” do SUS, do qual lhe cumpre, não sem percalços e desafios complexos e contraditórios, a busca da integralidade das ações.

As expressões de desigualdade que compõem o Grupo 1 apresentaram demandas que tem relação às situações da vida cotidiana dos usuários, de maneira que, ao identificar determinados aspectos, os profissionais sinalizam para o assistente social demandando sua intervenção. Em outras palavras, são identificadas *a priori* determinadas vivências, quer seja de expressões de desigualdade social, quer seja de patologias específicas, e no caso particular dos dados ora apresentados, representam a perspectiva de, aproximadamente $\frac{1}{4}$ (26%) de todo o montante.

Antes de continuar as ponderações, salienta-se de que não se trata de três grupos estanques e sem conexão, ao contrário, para fins de categorização e análise, procedeu-se com essa “separação”. No entanto, há uma interação dialética entre todos os aspectos, uma vez que eles são parte e expressão de uma mesma totalidade social. Da mesma forma, deve ficar claro que ao inserir-se em determinado grupo, o trabalho do assistente social sobre a demanda correspondente, não se limita às características próprias daquele grupo, ou seja, uma determinada solicitação de atendimento pode conter mais de uma demanda, bem como essa demanda pode representar que, para seu atendimento, seja necessária a utilização de mais de um instrumento.

É pressuposto que, o assistente social, participe de processos de trabalho em que se insere como sujeito ativo, com dada localização no interior da divisão sociotécnica do trabalho diante da manipulação de variáveis empíricas (MONTAÑO, 2009), dotados de um conjunto de instrumentos e técnicas, sob a perspectiva de objetivos claros e definidos no arcabouço teórico-legal da profissão.

O esclarecimento cuidadoso da inserção da profissão na divisão sociotécnica do trabalho e sua localização na estrutura sócio-ocupacional e a compreensão histórica de sua funcionalidade no espaço de mediações entre classes e Estado, redimensionam amplamente o alcance e os limites da sua intervenção, bem como o estatuto das suas técnicas, objetos e objetivos (NETTO, 2004, p. 303).

Portanto, o trabalho do assistente social no HCPA, a partir das demandas atendidas, assim como em outros espaços sócio-ocupacionais, impregna-se da contradição que acompanha a profissão desde a sua origem na Europa e nos Estados Unidos, e nos seus 80 anos no Brasil, qual seja: ao atender a demanda institucional não deixar de lado a demanda do usuário, com o qual tem compromisso ético e político. Sob o prejuízo de, ao incorrer no imediatismo da demanda institucional, ocultar as reais necessidades dos destinatários de suas ações, os usuários – no caso do Hospital, os pacientes – reforçando a desigualdade social determinante, condicionante ou constitutiva da demanda apresentada.

Reafirma-se que a legitimidade do Serviço Social se dá com a sua inserção na sociedade através do respaldo que conquista ao satisfazer necessidades sociais, a partir da mediação do poder institucional que executa as políticas sociais, majoritariamente estatais, e a população “receptora” dessas políticas. A inserção do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho acontece à medida que “desenvolve uma prática que encontra respaldo para atuação na sociedade e, ao estabelecer relações próprias de seu processo de intervenção que são específicas ao seu campo de ação, conecta-se e constrói vínculos na sociedade na qual está inserido” (XAVIER; MIOTO, 2014, p. 356).

O mundo do trabalho, em todas as suas configurações, atravessa o cotidiano do trabalho do assistente social. O profissional não está imune às determinações de ordem estrutural e conjuntural da organização e gestão laborais, dentre as quais, a precarização das condições e relações de trabalho, é central. Assim, o desafio de articulação das demandas imediatas, pontuais e focalizadas depende do esforço coletivo da categoria na análise do contexto e na proposição de diretrizes profissionais capazes de enfrentar esse adverso contexto.

De posse dessas pontuações, elencam-se no decorrer das próximas páginas as características específicas sobre os grupos de demandas definidos anteriormente.

4.1.1 As expressões de desigualdade vivenciadas pelos sujeitos

A realidade social contemporânea tem apresentado a sociedade um conjunto variado de expressões de desigualdades, a saber: a pobreza, a violência, a fome, o desemprego, a morte de segmentos populacionais vulnerabilizados, a discriminação e o preconceito, a reatualização do conservadorismo, a retração dos direitos socialmente conquistados, dentre tantas outras. Essas desigualdades são noticiadas, larga e amplamente, pelas variadas formas de mídias sociais (TV, jornal, internet, redes sociais, etc.) e de tão corriqueiras, parecem banais. Travestidas pelo poder dominante como necessárias ao desenvolvimento econômico, elas tem aspecto de tragédia social fatídica.

É no âmago dessas questões que repousa a exploração do trabalho e as causas de suas refrações no cotidiano. Essa conjuntura precisa ser compreendida de modo profundo, pois é perpassada por aspectos próprios da sociedade, do Estado e do modo de produção capitalista, com rebatimentos no trabalho profissional.

Compreender essa conjuntura de modo profundo perpassa, pois, um campo de mediações que necessita abranger desde o trabalho e suas particularidades estranhadas dentro de nossa época até o aspecto ontológico, de modo a apreendermos onde se revela a conexão entre o campo do trabalho, das lutas sociais com a esfera da ética e da política na intervenção profissional do Serviço Social (COSTA, 2014, p. 367).

Por outro lado, preterir a forma como os sujeitos sociais resistem a essa desigualdade seria abandonar a perspectiva de contradição inerente a tais processos. A articulação da sociedade, em movimentos sociais, mais ou menos organizadas, objetiva conter, como possível, a ofensiva do capitalismo, sobre a classe trabalhadora. Desde o âmbito particular até a organização coletiva, homens e mulheres, tentam fazer frente às desigualdades aqui expostas.

Em termos de organização coletiva têm-se os movimentos sociais em defesa de direitos de segmentos populacionais e conselhos de políticas públicas, além disso, existem os movimentos em defesa de etnias exploradas e grupos populacionais discriminados, pela reforma agrária e urbana, entre outros. Esses movimentos têm sido perseguidos e culpabilizados, via repressão muitas vezes, fazendo com que seja preciso aprender a “resistir para resistir”.

Por fim, identifica-se que o assistente social ao trabalhar com expressões de desigualdade deve construir com os sujeitos, além de potencializar as já existentes, formas de resistência. Os processos identitários do assistente social são influenciados, também, pela interação dos profissionais com os usuários e com os embates cotidianos por eles travados em resistência as agruras cotidianas que eles vivem. Os dados coletados mostraram que nesse grupo as demandas podem ser agregadas em cinco grandes processos sociais: violência, drogas, dificuldade de autonomia e resistência ao tratamento, pobreza e pessoas vivendo com HIV/AIDS.

A fim de delimitar conceitualmente cada um desses processos sociais, construiu-se o Quadro 4, a seguir. A definição conceitual permite, além de atribuir significado, compreender a relação de cada processo com a totalidade da grande categoria, nesse caso, como que esses processos sociais elencados são capazes de materializar as condições de desigualdade.

Em um primeiro momento pode causar estranheza a escolha da patologia HIV/AIDS³⁷, como expressão de um processo social que denote desigualdade, porém as pessoas que vivem com HIV/AIDS, por toda uma construção cultural, são vítimas de várias formas de discriminação.

Até o final de 2007, a pandemia (ou seja, uma epidemia de abrangência global) de Aids tinha causado a morte de aproximadamente 27 milhões de pessoas e cerca de 33 milhões de indivíduos haviam se infectado com o vírus da Aids, o HIV, em todo o mundo. A Aids tornou-se a principal causa de óbito entre adultos jovens de muitos países em desenvolvimento, principalmente na África subsaariana (a porção da África situada abaixo do deserto do Saara e, de um modo geral, bastante pobre). Em outras palavras, a epidemia é hoje um dos grandes desafios a ser enfrentado por profissionais da saúde, pesquisadores, líderes políticos, comunidades e cidadãos das mais diferentes culturas e nações (MALTA; BASTOS, 2008, p. 1057).

Quando da identificação do HIV no início da década de 1980, identificaram-se os chamados grupos de risco, de acordo com características socioeconômicas e biológicas das pessoas acometidas por aquela doença. Pessoas usuárias de drogas injetáveis, homens homossexuais e hemofílicos foram classificadas como os grupos

³⁷ HIV/AIDS: HIV é a sigla em inglês para: Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana). AIDS é uma sigla originada do inglês, que significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (acquired immunodeficiency syndrome). É o estágio final da doença provocada pelo HIV, um vírus que causa graves danos ao sistema imunológico. Nessa tese será utilizada a sigla em inglês, pois é assim comumente utilizada no Brasil.

sociais propensos à contaminação e, por tal, passou-se a lhes atribuir uma série de estigmas que dificultam a convivência social dos portadores de HIV ou doentes de AIDS (MALTA; BASTOS, 2008). Atualmente, fala-se em comportamento de risco e não mais em grupo de risco, pois o vírus passou a se espalhar de forma geral, não mais se concentrando apenas nesses grupos específicos. Um exemplo disso é que o número de heterossexuais contaminados por HIV que tem aumentado proporcionalmente com a epidemia nos últimos anos, principalmente entre mulheres (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Quadro 4 – Definição Conceitual dos Processos Sociais de Desigualdade

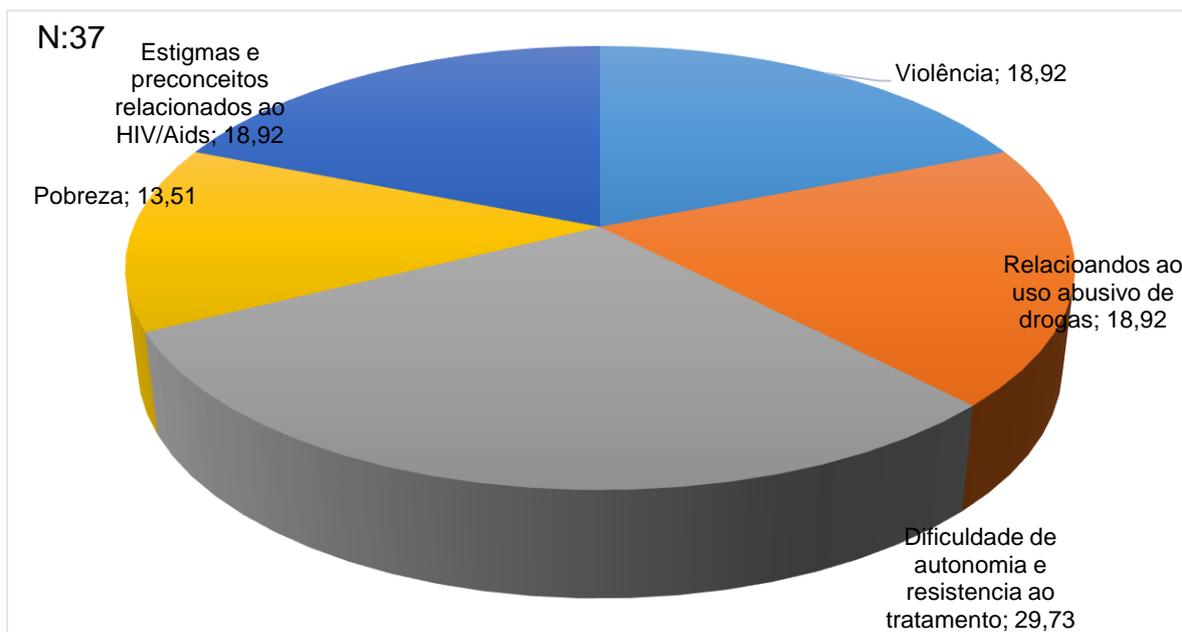
Processo social	Definição
Dificuldade de autonomia e resistência ao tratamento	<p>A autonomia está diretamente relacionada à concepção do ser humano como ser social “capaz de agir conscientemente, de forma livre e universal. Esse ser é um ser da práxis porque por meio do trabalho transforma conscientemente a natureza e assim mesmo, responde a necessidades, cria alternativas, institui a possibilidade de escolher entre elas e produz socialmente um resultado objetivo que amplia suas capacidades, criando novas alternativas, gestando, com isso, condições objetivas para o exercício da liberdade” (BARROCO, TERRA, 2012, p.54). A dificuldade de autonomia, por outro lado, relaciona-se a qualquer evento ou situação adversa tais como: ciclo vital, condições pessoais (doença mental, analfabetismo, etc.); que tenha impacto sobre às possibilidades de que o paciente continue desempenhando ações e atividades cotidianas.</p> <p>Nesse sentido a resistência ao tratamento, nessa tese, é entendida como um processo de decisão do paciente, no qual, por sua autonomia ele opta por interromper ou não realizar o tratamento. Segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007), o usuário deve “assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde” (p.07).</p>

<p>Relacionados ao Uso Abusivo de Drogas</p>	<p>O uso abusivo de drogas – ou substâncias psicoativas - torna-se uma reflexão fundamental na contemporaneidade. A compreensão da desse fenômeno parte do entendimento do uso de substancias psicoativas a partir de uma lógica social e de saúde pública em um movimento que “busca entender que as drogas existem na sociedade como parte de uma complexa rede de fatores de ordem psicológica, social, econômica, política e religiosa” (CARVALHO, ROCHET, PAULINO, 2009).</p>
<p>Estigmas e preconceitos relacionadas à HIV/AIDS</p>	<p>Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Doença epidêmica que se manifesta pela infecção pelo vírus HIV. Com sintomas iniciais pouco específicos e comuns a várias outras doenças, tem progressão sobre o sistema imunológico, resultando no aparecimento de doenças oportunistas e infecções no sistema nervoso (MALTA; BASTOS, 2008).</p>
<p>Pobreza</p>	<p>Entende-se a pobreza “como uma das manifestações da questão social, e dessa forma como expressão direta das relações vigentes na sociedade, localizando a questão no âmbito de relações constitutivas de um padrão de desenvolvimento capitalista, extremamente desigual, em que convivem acumulação e miséria. Os “pobres” são produtos dessas relações, que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social, político, econômico e cultural, definindo para eles um lugar na sociedade” (YAZBEK, 2012, p. 289).</p>
<p>Violência</p>	<p>A violência pode ser explicada como uma ação que se produz e reproduz por meio do uso da força (física ou não) que visa e contrapor e destruir a natureza de determinado ser ou de um grupo de seres, fazendo com que o violentador reine sobre o ponto de vista do violentado. A dinâmica da violência contempla, ao mesmo tempo, a esfera individual e coletiva, envolvendo pessoas, grupos e classes sociais (SILVA, 2004).</p>

Fonte: Quadro elaborado pelo autor (2016).

O Gráfico 2, apresenta a análise frequencial dos processos sociais relacionados as demandas que compõem o grupo 2. Merece destaque o processo que demonstra a dificuldade de autonomia dos pacientes em prover seu autocuidado, a dificuldade em aderir ao tratamento proposto, ou ainda, a própria resistência ao tratamento. Os demais processos sociais distribuem-se de maneira mais uniforme.

Gráfico 2 – Expressões de desigualdade, segundo tipo (%).



Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

A dificuldade de autonomia está relacionada com as situações de saúde nas quais pacientes e familiares encontram dificuldades de cuidar-se de maneira independente, ou ainda, devido à presença de situações particulares há prejuízo nesse cuidado. A dificuldade de autonomia apresenta vinculação com condições pertinentes aos ciclos vitais ou condições pessoais (analfabetismo, baixa escolaridade, doença mental, deficiência, principalmente) fazendo com que pessoas com essas características, ou seus familiares e cuidadores, encontrem empecilhos para atividades cotidianas básicas, como o uso de medicações, dentre outras necessidades. Os extratos textuais, a seguir, exemplificam essa realidade:

C-025 Solicito consultoria para auxiliar a encaminhar questão social. Paciente idoso com poucas condições de se autocuidar, sua principal cuidadora é a esposa que também é idosa e com poucas condições de auxiliar nos cuidados.

C-231 Paciente baixa escolaridade, não alfabetizada, mora sozinha, diversas medicações em uso domiciliar (polifarmácia), diz ter dificuldade de administrar seus medicamentos devido ao analfabetismo. Favor avaliar.

C-185 Paciente em pós-operatório. História de múltiplas reintervenções. Não-cooperativo no tratamento e dificuldade em adequar-se à rotina da unidade.

Esse último texto, demonstra a situação em que o paciente tem resistência ao tratamento. Não são apontadas situações que possam demonstrar que a não-cooperação ao tratamento e as dificuldades de adaptação as rotinas tenham relação com alguma condição específica de ciclo de vida ou condições pessoais. No entanto, pode-se inferir que a resistência ao tratamento e as dificuldades com normas e rotinas conservem conexão com aquelas condições especiais, dado que, o número de reinternações, por exemplo, tem vinculação direta com má adesão aos tratamentos. A má adesão é significativa, uma vez que o paciente não segue determinadas orientações, tais como: dieta restrita, uso correto de medicamentos, mudança de hábitos de vida, entre outros. O próximo extrato ajuda a clarear essa ideia.

C-066 [...] Má aderência às medidas informadas e aparenta baixa cognição, dificultando entendimento da gravidade de seu caso [...].

No que alude ao contexto da violência e drogadição identifica-se que, no caso dessa última situação, além de ser considerada uma doença quando se trata de sua dependência, também há o aspecto de seu impacto sobre outras dimensões. Além disso, a violência vem se expressando ao longo do tempo como uma questão que extrapola o âmbito particular, constituindo-se como fenômeno imbricado no tecido social.

Toda violência possui uma intencionalidade – uma teleologia – e conta com operacionalizadores e justificadores. É por isso, concreta, material e historicamente situada, manifestando-se imediatamente como casos isolados, ainda que deva ser explicada, necessariamente, como um processo (SILVA, 2004, p. 134).

A violência oriunda do tráfico de drogas, por exemplo, exerce influência sobre a dinâmica social, uma vez que muitas infrações a lei são cometidas em função do acesso às drogas. Para além desses pontos citados, pode ocorrer a seguinte interação de fatores: contexto social de violência, uso de drogas e dificuldade de autonomia. Resulta desse processo, por exemplo, o paciente usuário de drogas, com vínculos rompidos por questões de violência e necessitando de cuidados especiais, que exigirá uma série de intervenções para manutenção de sua saúde.

C- 207 Paciente mora sozinho, não tem muito contato com outras pessoas. Não sabe ao certo sobre o diagnóstico oncológico. Informa uso de maconha, cocaína e crack no passado. Solicito consultoria por suspeita de risco social.

O uso abusivo de substâncias psicoativas constitui-se como agravo à saúde de homens e mulheres, pela exposição à substâncias que causam danos neurológicos, muitas vezes irreversíveis, agindo sobre a organização da vida cotidiana. As drogas, em seu uso abusivo e dependente, configuram-se como um “sinal de alerta” na relação com outras peculiaridades como: a gestação e a organização familiar, por exemplo. Nas consultorias analisadas faz-se os seguintes destaques:

C-037 Mãe com histórico de uso de maconha durante a gestação.

C-119 [...] Ex. usuária de crack refere não ter usado nesta gestação.

C-037 Mãe com histórico de uso de maconha durante a gestação.

Denota-se que o fenômeno da drogadição tem merecido destaque na atuação dos serviços de saúde. De modo especial, as situações que interferem sobre a adesão ao tratamento, o autocuidado e o cuidado com as crianças recém-nascidas, sobretudo, mostraram-se expressivas nos dados coletados. Lima (2013) aponta que a situação do uso de drogas, em especial o crack, representa uma das faces mais perversas da questão social, reproduzindo a barbárie estrutural nas grandes cidades brasileiras. Para o Serviço Social o desafio é de dar respostas a essas demandas tendo o cuidado de não “se repetirem perspectivas alarmistas, imediatistas e reintegradoras desses sujeitos na ordem social vigente” (LIMA, 2013, p. 79).

Ainda no contexto das expressões de violência, têm-se as situações particulares, nas quais muitas vezes se reproduz uma violência institucional mais

ampla ou reproduz processos sociais violentos. Respondem por essa realidade a violência contra a mulher, contra o idoso, contra as pessoas com deficiência, contra as orientações sociais diversificadas, entre outras. De modo especial nos dados coletados, identifica-se que a violência contra a mulher, que no caso do HCPA, se expressa, na maioria das vezes junto às gestantes/puérperas em atendimento.

A violência contra a mulher, assim como a de gênero, demonstra que agressões físicas, psicológicas, morais e patrimoniais, engrossam os dados gerais sobre esse tipo de violência. Identifica-se que esse tipo de violência, representa ainda, uma séria questão de saúde pública e denota uma situação de desigualdade tendo em vista que os homens valem-se de sua força física superior e da histórica dominação sobre o gênero feminino para reproduzir a violência, que ocorre dentro dos lares, extrapolando-se para outras esferas da sociedade, tais como: na comunidade, nos ambientes de trabalho, na política, por exemplo. Além da necessidade de atendimento quando acontece violência física e lesões, a violência moral e psicológica, silenciosamente, vão agravando a saúde mental das mulheres atingidas.

A violência, como uma questão de saúde pública, implica o reconhecimento de que as políticas públicas continuam sendo incapazes de promover mudanças efetivas na vida das populações, principalmente nos territórios periféricos e mais vulnerabilizados.

Portanto, é fundamental considerar o impacto das mudanças em territórios marcados por várias intervenções urbanas pontuais e pela violência. E, particularmente, o impacto na vida das pessoas, compreendendo-o em sua dimensão como experiência coletiva, dramas que se repetem no espaço, mas que não assumem visibilidade pública. E que por não serem publicizadas, são percebidas como casos pessoais isolados (PORTO et al.,2015, p.540).

A pesquisa realizada ofereceu subsídios para que se constatem as expressões de violência como expressões de desigualdade, aparecendo no contexto do HCPA, através da solicitação de intervenção do assistente social. Os fragmentos textuais a seguir dão visibilidade a essa realidade:

C- 146 Paciente refere sofrer agressões psicológicas em casa por este familiar.

C- 177 Paciente foi agredida com um tapa no rosto pelo pai do recém-nascido.

C- 228 Mãe relata na entrevista da admissão que sofreu violência por parte do pai da criança. Existe disputa judicial sobre direitos de visitas e restrição à aproximação do pai da criança à mãe.

Outra categoria destacada é a pobreza. Conforme a definição conceitual adotada nessa produção e apresentada anteriormente, foi afirmado tratar-se de um fenômeno multicausal não resumido a carência de renda. Por certo que os baixos rendimentos exercem fundamental influência nos processos sociais de pauperização, principalmente em tempos em que o mercado exerce o papel de garantidor de satisfações sociais; no entanto, representa a carência de acesso a direitos, bens e serviços sociais que deveriam destinar-se a satisfazer as necessidades sociais da população.

É uma categoria multidimensional, e, portanto, não se caracteriza apenas pelo não acesso a bens, mas é categoria política que se traduz pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e de esperança. [...] uma forma de inserção na vida social, uma condição de classe e, portanto, abordamos a pobreza como categoria histórica e socialmente construída, como fenômeno que não pode ser tomado como natural (YAZBEK, 2012, p. 290).

As mais variadas expressões tem dado visibilidade à pobreza, dentre as quais cita-se: as pessoas em situação de rua, a precariedade das condições sociais (habitação, acesso ao saneamento básico), ausência ou insuficiência de renda, o desemprego, as famílias numerosas e com baixa renda per capita, dentre outras. Inserem-se nessa realidade a qualidade relativa da pobreza, que associada a outras expressões de desigualdade – gênero, etnia e procedência, por exemplo – e principalmente, a dimensão da renda, para que se tenha em síntese a definição de que “são pobres aqueles que, de modo temporário ou permanente, não tem acesso a um mínimo de bens e recursos, sendo, portanto, excluídos, em graus diferenciados, da riqueza social” (YAZBEK, 2012, p. 291).

Como fator condicionante dos níveis de saúde, a pobreza, representa que as condições de vida e trabalho, que elementos como alimentação, saneamento básico e acesso à informação, são fortemente influenciadas pela posição social ocupada, mostrando que as iniquidades socioeconômicas devem ser combatidas a fim de assegurar o direito à saúde a todos (BADZIAK; MOURA, 2010). É possível observar abaixo, de forma clara e concisa, tal realidade:

C-010 Paciente com plano de alta breve. Apresenta condições sociais precárias, ex-morador de rua, segundo prontuário. Paciente em nenhum momento da internação com suporte familiar. Solicito avaliação.

C-092 Solicito acompanhamento devido contexto de vulnerabilidade, recém-nascido de 4 dias de vida internada na UTI neonatal. Mãe internou hoje na emergência devido à disfunção respiratória. Pai do bebê relata ter pouco suporte e ter mais três crianças em casa.

C- 103 Paciente com câncer de mama metastático, em tratamento de diabetes insipidus central com necessidade de manter uso crônico da medicação desmopressina. Familiares sem condições financeiras.

No intuito de tecer algumas considerações sobre a relação entre as expressões de desigualdade aqui elencadas e a imagem e identidade profissional, considera-se que os traços constitutivos da profissão vêm à tona quando se abarca as características da inserção do assistente social na divisão sociotécnica do trabalho e a atuação sobre demandas específicas. Principalmente no que se refere aos aspectos relacionados à pobreza, tem sido o assistente social chamado a intervir sobre essas situações, num primeiro momento, tal como concebido pelo conservadorismo, a partir de ações de cunho assistencialista e patrimonialista. O desafio que se apresenta na vinculação às teorias críticas e com a perspectiva de direitos, intervir junto a essa questão na perspectiva de atendimento integral e sem discriminação.

Da mesma forma como intervém junto à pauperização, o assistente social tem se envolvido, com as questões relacionadas à violência, à drogadição e às patologias cujo estigma social oferece aos grupos sociais outros aspectos de vulnerabilidade, como o preconceito e a exclusão. Ainda, outras situações têm surgindo ao assistente social, como pode ser identificado, pelas demandas relacionadas à dificuldade de autonomia para o autocuidado e à resistência ao tratamento.

A complexidade das demandas encontra uma profissão que, modernamente, tem se vinculado à luta da classe trabalhadora e a defesa da garantia de acesso a direitos socialmente conquistados. Por esse motivo, a profissão convive em uma arena de tensões que expressam os dilemas da constituição histórica do Serviço Social, desde a perspectiva da ajuda até a vinculação à transformação social.

Em síntese, a tensão existente entre os traços que tradicionalmente enformaram a imagem social da profissão vinculando-a a ajuda, à transformação, à militância ou ao cuidado; e aqueles que identificam a profissão com a luta pelos direitos e seu profissional como um assalariado e cidadão, tende a se ampliar em meio ao caldo sociocultural e político-econômico atual (ORTIZ, 2010, p. 217).

Além disso, as demandas tradicionalmente colocadas à intervenção do Serviço Social demonstram que a afirmação de uma imagem e identidade profissional ligada ao projeto profissional hegemônico, convoca o profissional à vigilância para o entendimento dos processos sociais que as originam. Como uma categoria profissional amadurecida, o Serviço Social possui uma estrutura teórica e prática que o capacita para o entendimento dos fenômenos da pobreza e da violência, por exemplo, como expressões de desigualdade bem como de processos de resistência dos sujeitos. O profissional transita por contextos institucionais nos quais lhe são abertos espaços para a contraposição à imagem de ajuda e subalternidade e, sem “messianismos”, lhe é possível expor uma identidade profissional forte e coesa oriunda do projeto ético-político da profissão.

4.1.2 Providências e Serviços relacionados à Rede de Serviços de Saúde, entre Setores e no domicílio.

A perspectiva de integralidade no atendimento aos usuários do SUS exige que sejam articulados diversos setores da rede de serviços. Esses serviços situam-se em pontos dispersos dentro do tecido social, em diversos territórios, como forma de se aproximarem da população. No entanto, devido às características de fragmentação e focalização das políticas, dadas as orientações do neoliberalismo, que influenciam na gestão e execução das políticas sociais sob responsabilidade, principalmente, do Estado ou por ele concedida a iniciativa privada e a sociedade civil. Portanto; faz com que a integralidade de atendimento demande estratégias de articulação dos diversos serviços e políticas por parte de todos os sujeitos envolvidos a fim de lograr sucesso nas intervenções realizadas.

Nos termos da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990) a integralidade é entendida como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 439). Em que pese o fato de a

integralidade ser definida na área da saúde como a interconexão entre os serviços dentro do Sistema de Saúde, o princípio da integralidade também inclui a interface com outras políticas e a perspectiva de reconhecer o usuário como um ser integral que necessita do equacionamento de diversas necessidades pelos profissionais para a garantia da saúde, entendida a partir de uma visão ampliada, o que inclui as condições para a continuidade do tratamento para além do espaço hospitalar, cuidados especializados quando necessário, acesso a medicamentos, etc.

A perspectiva da totalidade, essencial ao método dialético que fundamenta essa produção pode ser articulada a essa categoria na medida em que pressupõe a interconexão entre múltiplos fatores, como uma de suas características. Logo, a integralidade pressupõe que as ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos, priorizadas na atenção básica em saúde, não sejam dissociadas das ações desenvolvidas pelos ambulatórios especializados e hospitais, espaços de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

As redes sociais estão configuradas em espaços, sem limites muito precisos, envolvendo diversas instâncias³⁸. A família, a comunidade e o Estado, são as principais figuras na composição das redes. Os limites pouco visíveis ocorrem porque a interconexão, entendida como a ligação de um ponto com o outro – a família e a comunidade, por exemplo – nem sempre se dá sem a sobreposição de um sobre o outro. A família, portanto, sofre a influência do Estado e da comunidade assim como exerce influência sobre esses. Embora sejam autônomos, tais espaços tencionam e são tencionados por um sistema de valores, normas e legislações que são construídos por todos aqueles que compõem a sociedade.

³⁸ As estratégias de fortalecimento do usuário, na particularidade do trabalho social, precisam articular as mediações presentes nas redes abertas, fundadas no relacionamento intersubjetivo, com as existentes nas redes mais ou menos fechadas, pelos contornos biológicos, ecológicos, religiosos ou outros. Estas se aproximam mais do que se define como redes primárias, que se configuram mais significativas para o eu, com as relações afetivas familiares e de amizade. As redes secundárias são formais, institucionalizadas e dizem respeito à socialização do sujeito e a vínculos sociais mais amplos (FALEIROS, 2011, p. 57-8).

A rede é um processo democrático de tomada de decisões e de implementação de ações, fundado no compartilhamento de valores propostos, onde é indispensável negociar as diferenças e combater as formas manifestas e latentes de autoritarismo. O compartilhamento é uma construção em processo se define pela expressão de valores comuns por parte dos envolvidos, convocados por uma liderança, e que vai se ancorando na mobilização dos atores e na discussão e superação de conflitos. O trabalho em redes por envolver mudança ou deslocamento de poder, interfere no poder existente, e alguns certamente perderão poder ou terão essa sensação ao atuar em rede. Envolve a manifestação pública das dificuldades dos atores e a colocação de seus recursos para compartilhamento. O compartilhamento é portanto conflituoso e supõe a construção de contratos de contratos ou pactos para a ação, e, por isso mesmo, temporários, implicando uma rediscussão periódica (FALEIROS, 1999, p. 179-80).

Costa (2009), como se pontuou anteriormente, aponta que o assistente social trabalha como um elo (invisível) entre os serviços de saúde e destes com a rede intersetorial. Esse processo, segundo a autora, ocorre em meio a muitos percalços e desafios, exigindo que esse profissional busque superar a fragmentação das políticas e serviços sociais. Para Faleiros (2011) a superação de tal fragmentação requer uma gama de estratégias de intervenção que “devem combinar as mediações da rede de relação primária com as das redes secundária para fortalecer o patrimônio, poder, a crítica e autonomia do sujeito” (p. 58).

Dois aspectos devem ser ressaltados nesse processo: a responsabilidade do assistente social frente a esse contexto e a necessidade de conhecimento de um número significativo de serviços dentro da rede. Em primeiro lugar, a posição de elo dos serviços ou de elemento articulador não isenta de contradições, pois pode centrar no Serviço Social a responsabilidade que seria de toda a equipe e dos serviços. Entende-se que o contato com a rede externa de um determinado serviço não precisa, nem deve, ser exclusivo de uma profissão. Porém é importante reconhecer que o Serviço Social muitas vezes assume o papel de mobilizador da transversalidade, a exemplo do que Sposatti atribui à política de assistência social como uma de suas características, chamando-a de travessia (SPOSATTI, 1998).

Em hipótese alguma pretende-se acentuar a confusão que muitos fazem entre a profissão de assistente social e a política pública de assistência social. Contudo, se essa representação existe no senso comum, algo da identidade desse profissional fundamenta essa imagem, é o que tenta-se problematizar como uma questão central dessa tese em relação a área da saúde.

Segundo Sposati essa atribuição, de travessia, é assim definida:

[...] se a assistência é para o Estado um mecanismo que conforma as políticas sociais, para a população pode ser entendida como uma instancia de mediação, enquanto vincula mútua e dialeticamente totalidades diferentes (SPOSATI, 1998, 73).

A política teria essa mesma função de elo articulador, do mesmo modo que não raras vezes essa competência tem sido assumida pelo assistente social e tem sido esperada pela equipe, não só na política de assistência, mas na de saúde, na habitação, entre outras, nas quais o assistente social se insere como parte da equipe de trabalhadores. No entanto, ao recair sob apenas uma profissão ou profissional, a reponsabilidade de estabelecer as relações de referência ou contra-referência³⁹ do SUS, por exemplo, pode-se ter o prejuízo quanto à aproximação de saberes e de vivências acumuladas pelas diversas profissões dentro de um serviço com os demais espaços da rede socioassistencial, jurídica, de garantia de direitos, entre outros.

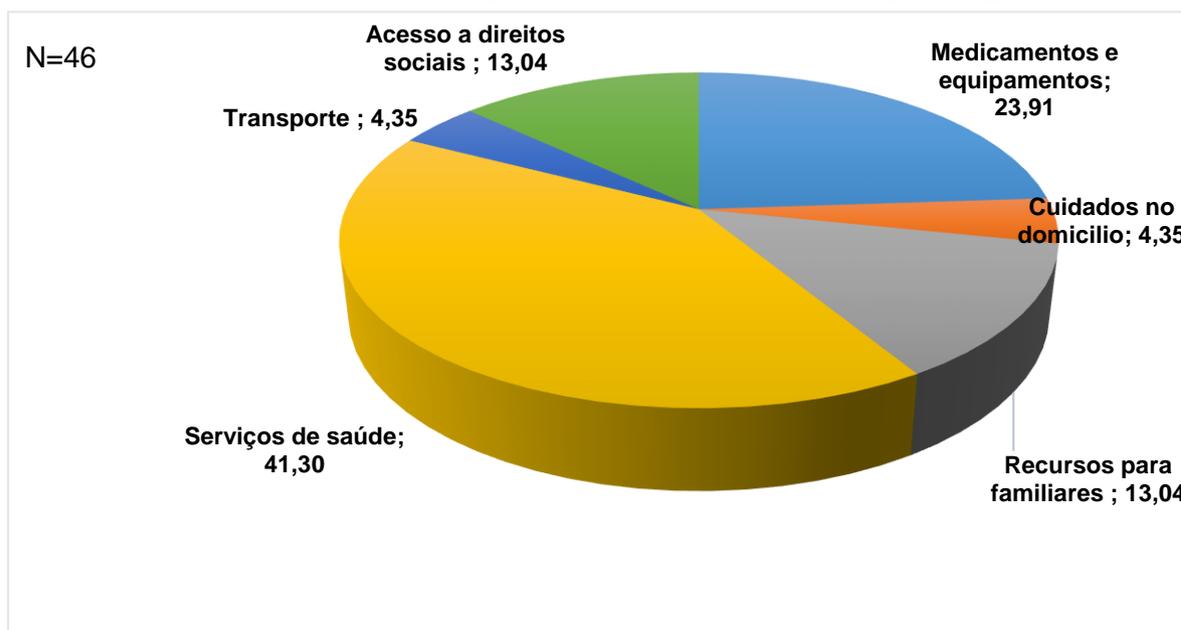
O outro aspecto diz respeito ao compromisso com a qualidade dos serviços, enquanto preceito ético dos assistentes sociais pressupõe a busca da integralidade das ações como parte do processo. A qualidade na prestação dos serviços, por parte do Serviço Social, por sua vez, tem vinculação com o aprimoramento intelectual que “possibilitará compreender a realidade de forma crítica e as dimensões da questão social, bem como para buscar mecanismos e instrumentos eficazes e éticos, para contribuir com a efetivação do acesso e ampliação de direitos” (BARROCO; TERRA, 2012, p. 130).

Um trabalho de qualidade se pauta na democratização das informações e do acesso e necessita observar em quais situações o acesso fica prejudicado pelas barreiras impostas pelos serviços e políticas, principalmente frente às orientações neoliberais, com execuções eivadas de critérios de seletividade. Assim sendo, em uma sociedade que tem privado os cidadãos do acesso a bens e serviços, não deve ser o assistente social, por seu trabalho, responsável por reforçar essa desigualdade.

³⁹ Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quanto a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de sua residência (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008, p. 67).

Os dados que se apresentaram na pesquisa, compondo esse grupo de demandas relacionadas à solicitação de providências e encaminhamentos relacionados ao cuidado no domicílio, pela rede de serviços de saúde, entre setores estão expressos pelo Gráfico 3, que segue:

Gráfico 3 - Demandas da população por providencias e serviços, segundo tipo (%).



Fonte: O Autor (2016)

A análise frequencial demonstrou a prevalência das solicitações de encaminhamentos para serviços da rede de saúde (41,30%) e para acesso a medicamentos e equipamentos relacionados às necessidades de saúde dos usuários (23,91%), que somadas representam 65% das demandas, ou seja, a maioria. A articulação das ações na rede socioassistencial possibilita o acesso a direitos, garantidos pelas políticas públicas, e a busca pela garantia de direitos é fundamental ao projeto ético-político do Serviço Social. O entendimento que baliza o conceito de saúde no qual os condicionantes sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais são determinantes dos níveis de saúde, em oposição à exclusividade dos aspectos biomédicos, evidencia a importância de todos os bens e serviços sociais para a prevenção, promoção, recuperação e proteção da saúde de indivíduos, grupos populacionais, comunidades e da sociedade como um todo (CARVALHO; BUSS, 2008).

O que aparentemente pode parecer procedimentos simples ou complementares, se realizados mobilizando processos de consciência e crítica dos usuários e profissionais que compõem a rede, podem se modificar em ações transformadoras. É importante, contudo, que sejam realizadas de modo consistente e não desvalorizadas na medida em que tem um significado importante para o atendimento das necessidades de saúde do usuário dos serviços.

Por outro lado, ações de articulação podem ser realizadas de modo restrito e pontual, mas podem também se constituir em espaços para problematizar e potencializar a oferta de serviços com maior qualidade, o fortalecimento da rede, a necessidade de aprimoramento das relações de interface entre os profissionais que compõem os serviços, da busca por ampliar espaços de participação do usuário, dependendo da qualidade de mediações realizadas pelo profissional.

Aqui parece essencial desocultar as possibilidades que a demanda, aparentemente simples, pode conter como potencial para desencadear processos sociais mais substantivos. Isso poderá ocorrer com o conhecimento aprofundado da realidade, para além de seus aspectos aparentes, mas em seus aspectos profundamente constitutivos. A realidade, como um conjunto de fenômenos cuja totalidade de todos os fatos lhe atribui concreticidade, não pode ser considerada apenas pelo que está aparente (KOSIK, 1989).

[...] a realidade, na sua concreticidade, é essencialmente incognoscível pois é possível acrescentar, a cada fenômeno, ulteriores facetas e aspectos, fatos esquecidos ou ainda não descobertos, e mediante este infinito acrescentamento é possível demonstrar a abstratividade e não-concreticidade do conhecimento (p. 35).

Nessa direção, outro aspecto da perspectiva da integralidade que merece destaque é a articulação entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre a determinação social da saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2009). Em uma sociedade tão desigual quanto a brasileira, o acesso à serviços de saúde também se dá de forma desigual. As desigualdades sociais no acesso, na utilização dos serviços de saúde bem como nas condições de saúde “expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social que representam iniquidades” (TRAVASSOS; CASTRO, 2008, p.216). Da mesma forma ocorre com os demais serviços que compõem a rede socioassistencial. A fragmentação e focalização das políticas sociais se expressa em

serviços seletivos, impregnados de condicionantes e recortes (como os de renda para acesso a recursos da assistência social, por exemplo) que excluem aqueles que em condições sociais mais adversas são preteridos por alguns serviços. Além disso, existem aqueles que excluídos da dinâmica social e, vivendo em condições de “invisibilidade”, não tem condições de acessar os serviços sociais que teriam a função de protegê-los diante desse contexto.

A redução nas barreiras de acesso aos serviços de saúde, por exemplo, pode se dar a partir de ações voltadas à atenção básica com impacto sobre o número de hospitalizações. A descentralização dos serviços ao adquirirem um satisfatório nível de capilaridade pelos meandros dos diversos espaços sociais impacta no deslocamento das barreiras que dificultam o acesso aos serviços. Tanto maior for o acesso a tais serviços, melhor poderiam ser as condições de saúde da população. Os sistemas de saúde que, como o SUS, primam pela universalidade das ações, são fundamentais para que os níveis de saúde da população, diretamente ligadas à questão do acesso, sejam satisfatórios. Repousa aí, pelo menos uma das inúmeras justificativas de defesa do SUS perante o ataque neoliberal que defende a privatização dos serviços (BRAVO, 2009).

O trabalho do assistente social, como se pode observar nos dados coletados, traz como exigências o conhecimento de informações sobre os serviços desde critérios de acesso até questões mais burocráticas ou administrativas como horário de funcionamento, critérios para acesso, entre outros, a fim de garantir ao usuário a continuidade do cuidado. Os extratos textuais a seguir exemplificam essas demandas:

C-005 Solicito acompanhamento do SS para ver rede assistencial de saúde mental.

C-076 Solicito consultoria para verificar junto à rede se existe possibilidade de paciente receber cuidado de enfermagem (curativo) em seu domicílio. Paciente tem diversas internações cirúrgicas abdominais, irá para casa com ferida operatória abdominal, com alguns pontos com deiscência de sutura com gaze inserida.

C-064 Paciente com plano de alta, porém necessita de múltiplos cuidados [...] necessita idealmente fisioterapia respiratória + motora 3x/dia no pós-alta imediato - cuidados de enfermagem constantes (aspirações, trocas, manejo geral). Solicito avaliação com brevidade, visto plano de alta breve e riscos de complicações de internações prolongadas.

A complexidade dos cuidados que os usuários exigem, devido ao seu estado de saúde e quando estão em seus domicílios, envolve a participação da família como instância de cuidado, retoma-se as demandas de acompanhamento à família mais a frente, por ora, pontua-se que o suporte que a família tem que dar ao usuário, em casa, pressupõe o acesso à serviços diversos. Existe uma cultura de responsabilização da família como única responsável pelos cuidados, mas devido aos níveis de desigualdade vivenciadas pelas famílias, essas precisam que a rede social seja mobilizada. A internação domiciliar, por exemplo, é uma estratégia de continuidade de cuidado, sendo percebida como uma fase do processo de desospitalização. No entanto, ela não é uma substituição da internação hospitalar e deve ser sempre utilizada para humanizar e assegurar maior qualidade e conforto ao usuário e à família (LOYOLA, 2008). Assim, a família não pode ficar desprotegida, tomando decisões sem a participação de toda a equipe responsável pelo cuidado. Segundo Loyola (2008):

O cuidado, enquanto prática extraída da relação entre humanos, somente poderá ser compreendido se antes forem localizados os ambientes de vivência e convivência. [...] Concebido dessa forma, o cuidado pode ser interpretado a partir das teias tecidas pelo homem, pois as tece porque fazem algum sentido através dos movimentos de busca de ajuda de pessoas e de equipamentos e das redes de aproximação solidária (p. 1107).

Percebe-se, portanto, que para a garantia de um cuidado efetivo no domicílio, é necessário o cuidado na rede de serviços. Nessa perspectiva, o trabalho do assistente social é o de assegurar que a família, ao assumir o cuidado, possa ser acompanhada pela rede atuando como mediador nesse processo. Em um processo dinâmico e participativo, família e rede socioassistencial possuem funções distintas, porém complementares. Cabe ao assistente social fazer a articulação do hospital (como espaço de referência) à rede básica (como espaço de contra-referência) no desafio de superar a distância que existe entre esses pontos distintos.

Para atendimento das demandas que seguem, por exemplo, é necessário o conhecimento dos locais onde buscar o serviço ou recursos e equacionar com a família o modo como se organizará para dar conta desses cuidados que exigem deslocamento, dentre outras disponibilidades do grupo familiar.

C-108 Paciente com diagnóstico de “APLV”⁴⁰, com dieta restrita a “neocate”, necessidade de uso de maior quantidade de fraldas, de Viamão. Solicito acompanhamento para organizar suporte em seu domicílio.

C-104 [...] necessidade de encaminhamento em relação aos cuidados no domicílio. Necessita também encaminhamento ao posto de saúde para curativo.

Faz-se necessário realizar um plano com a família identificando possibilidades e dificuldades, elementos do grupo que podem assumir determinadas tarefas, verificar condições efetivas de dar conta dessas necessidades e refletir com o grupo sobre a importância desses cuidados. Além disso, pode o profissional sinalizar ao restante da equipe assistente sobre a realidade da família em prover os cuidados adequados ao paciente, criando estratégias de orientação e capacitação ao grupo familiar para sanar e/ou superar dúvidas e dificuldades.

Vasconcelos (2003) expõe que ao assistente social são dirigidas as mesmas demandas que são direcionadas às unidades de saúde. Porém, no caso do Serviço Social, é solicitada a intermediação e/ou facilitação no acesso a serviços, recursos e profissionais. Os resultados da pesquisa realizada para essa tese aproximam-se à pesquisa realizada por Vasconcelos (2003) como, por exemplo, no que diz respeito à intermediação na comunicação entre família/equipe médica e família/paciente. Além disso:

Das demandas dirigidas apenas aos assistentes sociais [...] destacam-se as “reclamações” (quanto ao funcionamento da unidade e do tratamento oferecido pelos médicos), a educação em saúde (oculta pelas solicitações de “orientação familiar”, informações e orientações a respeito da saúde e da doença, apoio emocional, necessidade de atenção, catarse, alívio de tensão, necessidade de convivência com alguém) e solicitações de orientação, informação e encaminhamentos diversos (quanto à rotina da unidade, serviços e recursos internos e externos à unidade de saúde, os quais incluem orientações previdenciárias, trabalhistas, acesso a benefícios assistenciais e orientação quanto aos direitos sociais) (p. 184).

Diante do exposto, identifica-se que a imagem e identidade profissional do assistente social na área hospitalar em relação ao acesso/encaminhamento à rede de serviços socioassistenciais, tem características de elo, tal como apontado anteriormente. O assistente social é identificado como capacitado a mobilizar a rede

⁴⁰ Alergia a proteína do leite de vaca (ou doença celíaca).

para a continuidade do cuidado. Isso se expressa no acesso a medicamentos e encaminhamentos, a transporte para consultas, a acompanhamento por profissionais como enfermeiros e fisioterapeutas. Reitera-se que esses processos não se restringem a meros contatos, mas na sua mobilização efetiva, o que envolve diversas equipes profissionais e uma maior complexidade, nem sempre visível.

Reconhece-se no assistente social o domínio do funcionamento da rede, mas por outro lado, fica sob sua exclusiva responsabilidade o contato externo ao hospital. Na perspectiva de integralidade deveriam todas as profissões compreender a rede como instância de acesso a bens e serviços, inclusive para conhecer suas fragilidades e as dificuldades que os usuários enfrentam quando buscam por seus direitos inclusive para que os planos pós-hospitalares sejam traçados de modo mais realístico. No que tange ao Serviço Social, a construção da integralidade está atrelada a três processos básicos, dialeticamente articulados:

[...] os processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e aos processos socioassistenciais. A integração entre esses três processos é que permite estabelecer o trânsito entre os diferentes níveis de atenção em saúde, quanto entre as necessidades individuais e coletivos, à medida que as ações profissionais estão, direta ou indiretamente, presentes em todos os níveis de atenção e de gestão (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 282).

Portanto, os dados aqui apresentados e suas análises evidenciam uma imagem profissional que apresenta o assistente social como o profissional capaz de garantir acesso a recursos externos ao hospital. Por tal, a identidade profissional se caracteriza pela articulação que o assistente social realiza com as redes das diversas políticas sociais. A atuação junto às equipes de saúde possibilita ao assistente social utilizar essa imagem que se funda na sua identidade profissional para auxiliar na construção da integralidade do cuidado em saúde, para além do que estabelecem as concepções de integralidade na área da saúde, mas de maneira mais ampliada, incluindo o reconhecimento dos usuários e familiares como unidades dialéticas e as redes sociais com suas potencialidades e fragilidades.

4.1.3 Procedimentos de acompanhamento ao paciente e/ou família

O terceiro grupo de demandas identificado foi denominado de “Procedimentos de acompanhamento a paciente e/ou família” e diz respeito à realidade que se

apresenta sobre questões pessoais e familiares expostas pelos sujeitos e identificadas pelos profissionais como situações que necessitam de acompanhamento especializado, aqui no caso específico do Serviço Social.

O Serviço Social é uma profissão interventiva que se caracteriza pela prestação de serviços, basicamente através de políticas sociais desenvolvidas pelo Estado ou por outras instituições. Suas atividades estão localizadas na execução, planejamento e gestão dessas políticas. Às atividades interventivas tradicionais, somam-se outras ações cujo vínculo se apresenta principalmente pelas características das demandas, pelas exigências dos empregadores e pela intencionalidade dos assistentes sociais.

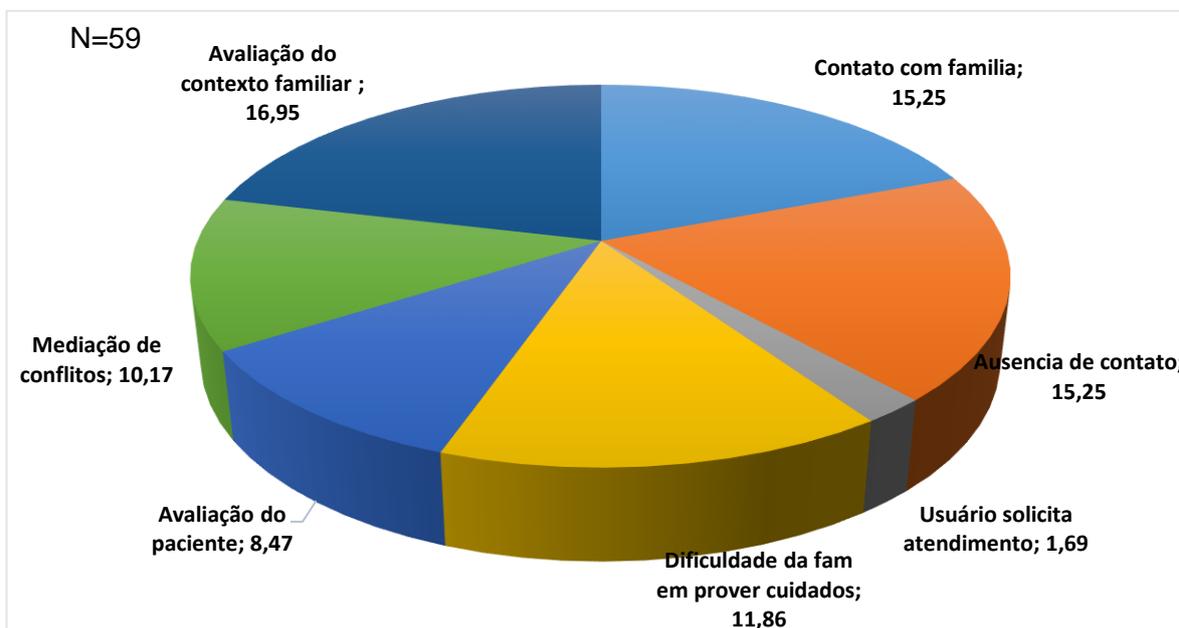
Os procedimentos fazem parte do trabalho do assistente social, no entanto, esse trabalho não pode se restringir a procedimentalismos⁴¹. É necessário ao assistente social ter a competência de realizar suas ações de modo a superar a superficialidade que reduz o procedimento a uma providência. A ligação para solicitar presença de um familiar no hospital pode ser uma providência simples se restrita ao contato telefônico ou ser um procedimento mais subjetivo quando o contato serve para uma primeira aproximação, que permitirá um acolhimento à família e o conhecimento do contexto no qual esse sujeito está inserido, por exemplo.

Prates (2014) expõe que a formação tecnicista exigida pelo mercado para atender de forma mais rápida às demandas apresentadas visa a desonerar os custos do capital. As condições de precariedade e adoecimento, enfrentadas pelos profissionais, na materialização das políticas, os apresenta “capturados pelo procedimentalismo exigido pelas próprias políticas e seu conjunto de cartilhas e manuais, reiterando a produção do já produzido, ou seja, uma reprodução sem reflexão, sem mediações, sem crítica, despolitizada, com ênfase conformadora” (p.4). Contribuem para essa lógica o produtivismo e os intensos processos de retrabalho.

Isto posto, apresenta-se no Gráfico 4, a seguir, a quantificação frequencial das demandas relacionadas ao Grupo 3 – Procedimentos de acompanhamento da família e/ou paciente. Nota-se no gráfico uma distribuição paritária entre as categorias desse grupo.

⁴¹ Expressão cunhado por Prates (2016).

Gráfico 4 – Demandas relacionadas aos Procedimentos de Acompanhamento ao Paciente e/ou Família (%):



Fonte: O Autor (2016)

Pode-se notar no gráfico apresentado que a necessidade de contatar a família (15,25%) e ausência de contato da família com paciente (15,25%) ganham destaque se agrupadas pela característica do distanciamento da família com os pacientes, pelos motivos mais diversos, tendo uma concentração de 30,5% das demandas. Infere-se que essas duas categorias de demandas são bem próximas porque denotam realidades tais como: impossibilidade da família permanecer acompanhando o paciente na internação, por situação de trabalho, dificuldades de acesso, situações familiares que exijam sua presença no domicílio ou a ausência de relações e/ou vínculos familiares.

O teor dos encaminhamentos que seguem dá maior visibilidade às demandas da equipe direcionadas ao Serviço Social:

C- 101 Paciente permanece desacompanhada, muito chorosa devido a evolução do diagnóstico, acha que está piorando, apresenta momentos de confusão mental. Familiares ausentes. Solicito avaliação.

C-150 Paciente desacompanhado durante a internação hospitalar. Dificuldade de aquisição de dados necessários na história médica. Provável necessidade de intervenção cirúrgica em breve. Solicito presença de familiar.

C-176 Paciente com as comorbidades descritas, quadro grave com necessidade de tratamento imunossupressor. Dependente de familiares e sempre desacompanhada embora diversas vezes já explicada a necessidade de ter familiares presentes durante a internação. Solicito contato com familiares e presença deles para definição de tratamento (se possível durante a manhã quando a equipe médica avalia diariamente a paciente).

Os exemplos acima mostram a necessidade conhecimento do contexto social tanto do paciente, quanto das famílias, para subsidiar o acompanhamento e aprimorar o cuidado. Dessa forma, as solicitações de avaliação do contexto familiar, com frequência de aparecimento de 16,25% e do paciente 8,47%, somadas às duas categorias apresentadas anteriormente, representam a metade de todas das demandas desse grupo.

C-020 Paciente de Uruguaiana, internada há um mês no HCC, transferida para término de investigação. Acompanhada pelo pai. Solicito avaliação.

C-036 Paciente com risco importante de fuga do hospital, necessita de revisão da rede de apoio domiciliar para que haja um responsável que ajude a equipe a conscientizar a paciente sobre a necessidade da continuidade do tratamento no ambiente hospitalar até quando necessário.

C- 112 Paciente DPOC⁴², internado em CTI por insuficiência respiratória, solicito consultoria para avaliação/conhecimento do "nicho familiar".

Entende-se que a avaliação do modo e das condições de indivíduos e famílias oferecem subsídios para entender os contextos singulares que condicionam a ausência dos familiares. Além disso, a avaliação também permite identificar a presença de fatores econômicos, em razão dos quais as famílias enfrentam

⁴² Distúrbio Pulmonar Obstrutivo Crônico.

dificuldade em prover cuidado ao paciente, com frequência de 11,86%, dentre os pedidos de atendimento do Serviço Social relacionadas à família e ao paciente.

A centralidade da família nas políticas sociais é reconhecida pelo conjunto das políticas sociais devido à potencialidade desse grupo social no cuidado dos seus membros. A família é o local das primeiras socializações, servindo de continente aos seus membros em situação de conflito, de perdas e exclusões. No entanto, pode ser a família o local do não cuidado, da violação de direitos e de reafirmação de preconceitos e estigma, isso porque, na família, também se reproduzem valores morais ligados à dominação de gênero, imposição de processos sociais subalternizadores, valores culturais, situações de violência, entre outros.

A complexidade dos fatores que envolvem o contexto das famílias pode fragilizar a dimensão protetiva que lhes é atribuída, expressando uma contradição significativa. Com isso, considera-se de extrema importância compreender a família como um espaço complexo e contraditório que em sua amplitude vivência também apresentam situações de conflito e dificuldades que impactam de forma direta na proteção e cuidado de seus membros. A aproximação com a realidade vivenciada pelas famílias e a forma como as contradições perpassam e impactam seu contexto, devem ser compreendidas pelos profissionais que com elas atuam, pois “trabalhar com famílias requer abertura para uma escuta, a fim de localizar os pontos de vulnerabilidade, mas também os recursos disponíveis” (SARTI, 2010, p.26). Nesse sentido, Gueiros (2002) aponta que:

Conhecer a família da qual se fala e para a qual muitas vezes dirigimos nossa prática profissional é muito importante; também é imprescindível compreender sua inserção social e o papel que a ela está sendo atualmente destinado; e, da mesma forma, é necessária a mobilização de recursos da esfera pública, visando a implementação de políticas públicas de caráter universalista que assegurem proteção social (p. 119).

Com isso, mais do que conhecer e compreender o contexto social ao qual a família está inserida, é necessário intervir nas situações apresentadas, a fim de possibilitar a garantia de direitos. Nesse sentido, destaca-se a atuação do assistente social como imprescindível para que, além de uma reflexão crítica sobre a situação apresentada, ocorra uma articulação e intervenção das políticas sociais, direcionada à efetivação da garantia dos direitos, compreendendo a família em sua diversidade e totalidade.

Merecem destaque, ainda, duas situações: a solicitação da intervenção profissional na mediação de conflitos familiares e a solicitação de atendimento do Serviço Social pelo próprio paciente, que apresentaram, respectivamente, a frequência de 10% e 1,70%, aproximadamente.

Seria necessário clarear o entendimento que o usuário tem sobre o trabalho do assistente social. Na medida em que, pelas solicitações da equipe médica ou de enfermagem para que fosse realizado atendimento ao paciente, por sua iniciativa, ter apresentado frequência tão baixa, menos de 2% do total. Estima-se que o usuário desconheça o trabalho do assistente social ou já recebeu atendimento em razão de outras demandas e a elas associa o significado do trabalho desse profissional.

Sobre essas demandas, verificou-se que os usuários solicitam o Serviço Social para esclarecimento e/ou encaminhamentos relacionados a benefícios e a direitos sociais. Pode-se depreender que, para os usuários, o assistente social é um profissional com competência para possibilitar acesso a algum direito (ainda que eles, talvez, não tenham claro essa dimensão no momento de sua solicitação). Os textos a seguir, exemplificam duas solicitações de atendimento feitas pelos usuários:

C-030 Familiar quer conversar sobre encaminhamento de documentos.

C-070 Paciente gostaria de tirar algumas dúvidas sobre perícia do INSS

A maneira como as unidades de saúde organizam seus processos de trabalho e, no caso do Serviço Social, como as demandas à profissão são encaminhadas, é decisiva para entender como os usuários acessam o atendimento prestado pelos assistentes sociais. A organização da rotina de trabalho, por plantões, por projetos ou por programas, define a forma como o usuário acessa a esses serviços. No caso em tela, do Serviço Social no HCPA, pode-se deduzir que o trabalho via “consultorias” requer que o paciente tenha conhecimento sobre a inserção da profissão na instituição, para solicitar o atendimento por parte do assistente social, caso contrário, fica comprometida a solicitação de acompanhamento, por parte do próprio paciente.

Ainda assim, percebe-se que quando o paciente solicita o atendimento por parte do Serviço Social ele apresenta ao profissional uma solicitação que expõe com clareza a demanda sobre direitos, ou seja, um acesso a direitos - sejam eles subjetivos, sejam qualificados. Pode-se afirmar que a demanda que parte do paciente é uma demanda pelo acesso e garantia de direitos sociais. Por outro lado, devido às

características históricas da profissão nas quais se visualiza o assistente social como o profissional da coerção (IAMAMOTO, 2006), muitos pacientes e famílias associam que o Serviço Social os procura por terem feito algo de errado ou porque algo grave está acontecendo.

Vasconcelos (2003) aponta que o Serviço Social realiza atividades nas quais ouve, apoia, orienta, aconselha e encaminha as demandas dirigidas à profissão, servindo para o bom funcionamento da instituição. Dessa forma “ainda que nem sempre reconhecidos e valorizados, os assistentes sociais são em geral solicitados pelos demais profissionais de saúde para o atendimento de demandas que facilitem direta ou indiretamente o andamento e a resolutibilidade de suas ações” (p. 32). Portanto, entende-se que as requisições da equipe e da instituição, tal como pontuada por Vasconcelos (2003), bem como a sua relação às solicitações/demandas até aqui apresentadas, o assistente social também é solicitado, no HCPA, para mediar conflitos entre os usuários e destes com a instituição, como se pode visualizar nos exemplos que seguem:

C- 132 Filho de paciente mostrou-se reticente, não concordando com procedimento, paciente lúcida, orientada e coerente, capaz de tomar decisões, optava pelo procedimento. Chamado avaliação do Serviço de Bioética⁴³ que, juntamente com equipe assistente avaliou que familiar não queria procedimento, pois afirmava não ter condições de cuidar da paciente em seu domicílio. Solicito consultoria para formalizar pedido de avaliação e viabilizar alta breve.

C- 145 Recebemos queixas das demais pacientes do quarto, quanto ao comportamento agressivo do casal, brigam e se acusam de roubos, e de perseguição. Houve furto de um celular e suspeitam do acompanhante.

C-146 Paciente em internação por amputação de membro inferior. Decisão sobre amputação foi informada à paciente na internação com boa aceitação, porém houve conflitos com filho, que inicialmente proibiu equipe médica de realizar procedimento, tendo que ser chamada equipe de Bioética para ajudar a manejar a situação. Paciente já realizou cirurgia, mas filho constantemente discordando de condutas médicas e da equipe de enfermagem, criando conflitos que estão atrapalhando o adequado cuidado do paciente.

⁴³ O Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre atua como um Serviço Assistencial desde 2009, contando com o suporte do Comitê de Bioética Clínica que funciona na Instituição desde 1993. Oferece atendimento na forma de consultorias, atuando no auxílio da tomada de decisão na área assistencial. É um serviço multidisciplinar que oferece atendimento através de consultorias ambulatoriais e de internação. As consultorias podem ser solicitadas pelo prontuário eletrônico quando envolvem pacientes, e as respostas são sempre sugestões de conduta (HCPA, 2016). O Serviço Social do HCPA faz parte do Comitê de Bioética Clínica e participa na discussão de casos e orientação de condutas. Identifica-se que a inserção do assistente social nesse comitê representa o reconhecimento da competência profissional para contribuir junto às questões relacionadas a bioética.

C- 185 Paciente em pós-operatório. História de múltiplas reintervenções. Não-cooperativo no tratamento e dificuldade em adequar-se a rotina da unidade. Fuma no banheiro. Encontrado cigarro em seu leito. Solicito auxílio junto com a família no tratamento da paciente.

Pode-se avaliar que em alguns casos o desconhecimento por parte dos usuários e/ou familiares sobre os tratamentos e sobre as consequências desses, influenciam no conflito com a equipe. Identifica-se que o assistente social é demandado para a comunicação entre usuários e profissionais para esclarecer rotinas e normas, sobre a instituição e sobre os procedimentos a serem realizados em determinados tratamentos. Esta ação de transmissão de informações e interpretação das normas de funcionamento dos programas e das unidades que oferecem serviços de saúde não devem ocorrer somente para transmitir normas, mas para refletir com o paciente sobre o que está acontecendo, conhecer os motivos, mediar conflitos, normas, atitudes entre o paciente e outros pacientes, pacientes e familiares ou paciente e equipe.

Algumas situações são difíceis de dar resolutividade e o profissional munido de informações mais substantivas pode problematizar com a equipe estratégias para favorecer o tratamento, a convivência com os demais sujeitos no ambiente hospitalar ou mesmo o cumprimento de regras necessárias para o tratamento ou para a observação da organização interna hospitalar, como o barulho para não importunar outros pacientes, não fumar no ambiente hospitalar, entre outros. Por outro lado, a exigência de manutenção de alguns padrões de comportamento denota a dificuldade de conviver com a diversidade, como bem ressalta Costa:

Esse conjunto de atividades origina-se, de um lado, da rigidez das normas e da própria natureza do sistema de saúde, ao requisitar comportamentos, cuidados e precauções especiais para a circulação do paciente, dos seus familiares, acompanhantes e visitantes no interior das unidades, derivando-se, outro lado, de um conjunto de situações que se relacionam com o quadro de exclusão social, cultural e educacional a que está submetida a população usuária do SUS, a ponto de comprometer a própria capacidade dos usuários para decodificar normas e rotinas que poderiam ser repassadas por outros meios, principalmente por escrito (COSTA, 2009, p. 325).

Dessa forma, reconhece-se no assistente social a competência de realizar a escuta e o diálogo com os usuários de forma a estabelecer uma efetiva comunicação, superando barreiras de comunicação com pessoas de entendimento restrito, em

função de uma série de fatores. Alguns profissionais, as vezes com discursos muito técnicos, solicitam ao assistente social a “tradução” para a “linguagem dos usuários”.

Cabe esclarecer que, ao nos referirmos à comunicação como processo, estamos abordando desde a compatibilização da linguagem entre técnicos e usuários, até formas comuns ou criativas de comunicação (elaboração de boletins, jornais, uso de megafones, vídeos, painéis, folders, aparelhos de comunicação de massa, “portas de banheiro”, etc.). Importa na verdade o reconhecimento e a valorização do processo de comunicação para viabilizar a socialização de informações, conhecimentos, sem os quais os processos não se operacionalizam (PRATES et al., 2013, p. 05).

O uso adequado da linguagem como instrumento de trabalho do assistente social (IAMAMOTO, 2008a) é uma questão estratégica para que o profissional se aproxime dos usuários, conheça seu contexto, as desigualdades que vivencia e as formas como resiste a elas. Assim sendo, o assistente social desempenha suas atividades junto aos usuários no sentido de entendê-los, mas também sob a perspectiva de ser entendido, o que requer habilidade no manejo da linguagem, em suas variadas formas. O Serviço Social “como uma das formas institucionalizadas de atuação nas relações entre os homens no cotidiano da vida social, tem como recurso básico de trabalho a linguagem” (IAMAMOTO, 2008a, p. 101). O recurso da linguagem demonstra que a ação profissional não está somente vinculada aos recursos materiais, disponíveis nos serviços sociais, nem tão somente à estrutura organizacional que condiciona a atuação profissional; demonstra, portanto, uma peculiaridade da profissão (IAMAMOTO, 2008a, p. 101).

Para Harvey (2011), o capitalismo para sua manutenção como modo de produção hegemônico precisa ocupar todos os espaços possíveis. Tal assertiva contempla, também, a linguagem de modo que ela se torna uma marca de desigualdade. O conhecimento como uma forma de linguagem, pode ser considerado como “uma importante força de produção. O problema, contudo, é que agora o conhecimento pode ser codificado de todas as maneiras, algumas das quais mais acessíveis que outras” (HARVEY, 2011, p. 53). Portanto, o uso da linguagem e da comunicação pode ser algo potencializador de processos sociais emancipatórios ou de processos de subalternidade, servindo à reprodução da alienação e da desigualdade.

Mas se por um lado a comunicação reproduz alienação, e mercantilização, por outro, é através da comunicação que estabelecemos relações que nos possibilitam provocar reflexões, trabalhar processo de conscientização, reproduzir também as riquezas socialmente construídas pela humanidade. É através da comunicação que veiculamos nossos pensamentos, nossas críticas, nossas experiências e conhecimentos. Como instrumento, da mesma forma que pode servir (e serve) à alienação e dominação, pode ser importante estratégia para viabilizar a sua superação (PRATES et al., 2013, p. 04).

Ainda analisando as situações de tensão e conflito, Vasconcelos (2003) considera que a gestão dos conflitos se realiza numa tênue linha entre interesses institucionais e interesses dos usuários, na qual o atendimento das demandas é o responsável por alterar os limites mais para um lado ou mais para outro.

Desse modo, o trabalho realizado pelos assistentes sociais resulta na absorção e ocultação dos conflitos institucionais e/ou das demandas que perturbam o funcionamento das unidades de saúde/instituição e o desenvolvimento das ações profissionais em detrimento da prioridade de atenção às demandas dos usuários, na direção dos seus interesses e necessidades, ainda que, em muitos “casos”, suas ações repercutam, na sua imediatividade, favorecendo aos usuários, principalmente no que tange ao alívio de tensões (VASCONCELOS, 2003, p. 32).

A mediação de conflitos não pode ser percebida pelo profissional como uma forma de limitar a autonomia de usuários e familiares nem tão pouco cercear a democracia e a autonomia destes sujeitos. Iamamoto (2008a) defende que o assistente social é aceito pela sociedade e solicitado por esta por ser o profissional da coerção e do consenso, tendo em vista as atividades que realiza, basicamente pelo caráter educativo, moralizador e disciplinador que, através do suporte das atividades administrativas e burocráticas, exerce sobre a classe trabalhadora, principalmente junto àqueles que são os usuários de seus serviços em determinados programas e instituições.

Radicalizando uma característica de todas as demais profissões, o Assistente Social aparece como profissional da coerção e do consenso, cuja ação recai no campo político. Esta é, pois, uma

característica que não lhe sendo exclusiva, aparece nele com maior peculiares da profissão, derivadas de sua trajetória histórica e constantemente atualizadas (p. 42).

Contudo, em que pese à necessidade de que se estabeleçam alguns consensos, necessariamente o trabalho profissional não precisa ser moralizador e disciplinador, ainda que a expectativa, não raras vezes, seja nesse sentido. A competência de mediação remete ao contexto vivenciado pelos usuários para a equipe, a partir de múltiplos determinantes que podem contribuir para romper ou pelo menos minimizar rotinas inflexíveis e o caráter moralizador e disciplinador de algumas exigências, superando-as por uma perspectiva que melhor contemple os aspectos educativos e a diversidade.

Uma vez apresentadas as considerações anteriores, identifica-se que a imagem e identidade profissional do assistente social na área hospitalar, a partir da realidade do HCPA, em relação ao trabalho com os pacientes e suas famílias, ou a ausência destas, demonstra que a profissão, dado seu processo histórico de constituição e institucionalização, é identificada como um fator de aproximação entre usuário e família com a equipe de saúde e a instituição. Segundo Costa (2009), as práticas do SUS romperam com o processo de trabalho cujo modelo evidenciava que os profissionais podiam atuar de forma isolada e autônoma e, pelo modelo atual, as profissões são requisitadas para novas atividades “que são resultantes da ampliação, complexificação e redivisão dos tradicionais ofícios da área da saúde” (p. 342). Assim sendo, a requisição do trabalho com famílias requer a compreensão do conjunto dos demais membros da equipe de saúde em relação aos fatores que compõem o entendimento do processo saúde/doença, cuja participação da família é central, uma vez que ela é responsabilizada pelo cuidado, e de fato é a principal cuidadora. Essa responsabilização, na verdade, se configura como uma culpabilização, ao transferir para a família todo o encargo, sem nenhum suporte, dos cuidados. Essa relação família e rede, portanto é fundamental como objeto de problematização do conjunto da equipe.

A imagem do Serviço Social como profissão capaz de garantir a adequação à sociedade, através de sua identidade de fiscalizador e promotor da adaptação à dinâmica societária, vista como satisfatória, nos moldes de um Serviço Social ainda tradicional, aproxima o assistente social de composições familiares com o atributo de dirimir conflitos e tensões. Essas situações contribuem para que a relação entre

profissionais e “as classes trabalhadoras se emoldurem numa dimensão tutelar, marcada pelo paternalismo autoritário” (IAMAMOTO, 2008a, p. 50). As atribuições delegadas pelos empregadores ao assistente social reportam às características profissionais advindas das origens da profissão no Brasil, e das quais o profissional tentou se afastar a partir do Movimento de Reconceituação do Serviço Social que, em sua intenção de ruptura, distanciou a profissão das formas anteriores em termos de teoria, método e ideologia.

Ao contrário das [perspectivas] anteriores, esta possui como substrato nuclear uma crítica sistêmica ao desempenho “tradicional” e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Com efeito, ela manifesta a pretensão de romper com a herança teórico-metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista), quer com os seus paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador) (NETTO, 2004, p. 159).

Os aspectos tradicionais do Serviço Social, anteriores às mudanças que inverteram a direção social da profissão, a partir da orientação ética e política advinda da vinculação aos setores populares – leia-se, a classe trabalhadora - detinham características nas quais as famílias, entendida a partir de uma perspectiva tradicional e papéis bem definidos, deviam cumprir suas funções de maneira passiva. Da mesma forma ocorria com todo e qualquer usuário das políticas sociais e sua vinculação à norma, diretrizes e condicionantes de acesso. A transposição dessas características para os profissionais, visualizados em sua imagem e identidade profissional à época, apresentam resquícios muito forte ainda hoje, uma vez que a instituição reproduz estes aspectos conservadores e mesmo alguns profissionais reiteram essa imagem. Isso pode ser identificado pelas solicitações de contato com a família para comparecimento ao hospital e a mediação de conflitos, principalmente, quando isolados da totalidade social em que os sujeitos se inserem, podendo reforçar condições que favorecem alguns profissionais a incorrerem na reatualização do conservadorismo.

Romper com as impressões não superadas, advindas da história profissional e, por vezes, reafirmadas por profissionais vinculados a projetos profissionais contra-hegemônicos, na direção do projeto que orienta a profissão no tempo presente, desafia os profissionais que se pautam por valores emancipatórios, baseados em princípios como liberdade, democracia e cidadania a buscarem a superação dessa

imagem de profissional coercitivo. Isso requer “um contingente de profissionais conscientes de sua ação profissional, ao dar novos rumos para a prática profissional, certamente influenciam o mercado de trabalho ao imprimir novos rumos na atenção às demandas – reais e potenciais – postas a profissão” (VASCONCELOS, 2009, p. 29).

Por fim, identifica-se que o trabalho com as demandas que se referem a usuários, famílias e suas “funções”, principalmente de proteção e cuidados, convocam os profissionais, à luz de seus princípios éticos, a fornecerem respostas capazes de problematizar as realidades vivenciadas pelos sujeitos junto à equipe multiprofissional, de fornecer subsídios teóricos e técnicos de avaliação do contexto familiar, a luz da totalidade, e de garantir acesso a bens e serviços que proporcionem adesão voluntária aos tratamentos propostos, aos encaminhamentos e orientações, que contribuam para o reconhecimento da diversidade dos sujeitos e da necessidade de ir além do aparente no que concerne às situações vivenciadas no cotidiano dos serviços.

4.2 AS DEMANDAS DIRIGIDAS AO SERVIÇO SOCIAL E A RELAÇÃO COM OS PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE

Tal como exposto anteriormente, a área da saúde e suas políticas públicas e sociais correspondentes são um lócus consolidado de atuação para os assistentes sociais. A partir dessa realidade, em 2010, o CFESS organizou um documento que tem como finalidade ser referência para os profissionais que atuam nessa área. Para balizar a atuação dos profissionais, os “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, elaborados a partir de discussões dos CRESS em todo o país, destinam-se a “fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político Profissional, imprimindo maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde em todo o Brasil” (CFESS, 2010, p. 13).

O principal pressuposto abordado pelos PASPS, diz respeito ao entendimento de que as expressões da questão social são centrais na discussão do trabalho do assistente social, pois o contexto e as condições sociais que impactam nos processos de saúde-doença preservam orgânica relação àquelas expressões (CFESS, 2010). O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção requer dos assistentes

sociais a identificação das determinações sociais, econômicas e culturais que dão contorno e conteúdo às desigualdades sociais.

A intervenção orientada por esta perspectiva teórica-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias de políticas e técnicas para modificação de realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (CFESS, 2010, p. 33).

Fundamentados nas competências e atribuições privativas do assistente social, os PASPS sumarizaram quatro eixos de atuação profissional na saúde, a saber: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação, e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. O Quadro 5 expõe os quatro eixos de atuação na área da saúde e suas respectivas definições. Segundo o CFESS (2010), esses eixos não podem ser compreendidos de maneira segmentada, senão dentro de uma concepção de totalidade, por somente serem efetivos se objetivados sob uma articulação constante.

Quadro 5 - Eixos de Atuação do Assistente Social na Área da Saúde

Eixo de Atuação	Definição
Atendimento direto aos usuários	Se efetiva nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira. As ações que predominam no atendimento direto são as <i>ações socioassistenciais</i> , as <i>ações de articulação interdisciplinar</i> e as <i>ações socioeducativas</i> . Essas ações integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis (p. 39-40).
Mobilização, Participação e Controle Social	Envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. Têm por objetivo contribuir na organização

	da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (p. 55).
Investigação, Planejamento e Gestão	Envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.
Assessoria, Qualificação e Formação Profissional	Visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria.

Fonte: Quadro elaborado pelo autor (2016); CFESS (2010).

Refletindo sobre a importância dos PASPS, o CFESS (2010) aponta que o trabalho do assistente social na política de saúde, se observadas as competências e atribuições profissionais, contribui na defesa da política pública de saúde, dos direitos sociais, visando ao fortalecimento do controle social, através da participação e das lutas sociais para ampliação do SUS. A qualidade dos serviços prestados à população usuária dos serviços do assistente social – serviços estes orientados pelos PASPS – traz para o conjunto da profissão o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro.

Diante de um contexto adverso para as políticas sociais, conforme anteriormente exposto, a perspectiva de um trabalho que prime pelo acesso a direitos sociais, cujo SUS enquanto política social é exemplo, desafia o Serviço Social a manter seus objetivos na área da saúde não somente no horizonte ou no ponto de chegada, mas perpassando a intervenção cotidiana do trabalho do assistente social. Pode-se visualizar na síntese dos eixos de atuação supracitados que há um amplo leque para que o profissional se insira na política de saúde, porém, seja em que esfera ele estiver, precisará estar alerta ao desmonte do SUS, às mais variadas formas de expressão de desigualdades e resistências e às possibilidades que se abrem, mesmo em meio às adversidades, de alargar seu campo de atuação.

No âmbito do trabalho do assistente social na área hospitalar, tendo em vista o trabalho do assistente social no HCPA, lócus desse estudo, identifica-se que o atendimento direto aos usuários apresenta-se como preponderante. Pode-se chegar a essa conclusão pelas próprias características da instituição hospitalar, uma vez que, em que pese outras atividades como ensino e pesquisa, o HCPA tem no atendimento direto aos usuários seu foco principal. Da mesma forma, a solicitação do trabalho profissional pela instituição se dá majoritariamente em demandas que impelem o profissional ao contato direto com o usuário, seja ele o paciente, sejam seus familiares, sejam acompanhantes.

As ações de atendimento direto aos usuários, constantes no PASPS, subdividem-se em: a) *ações socioassistenciais*, que são as principais demandas aos profissionais de Serviço Social; b) ações de articulação com a equipe de saúde; e c) ações socioeducativas (CFESS, 2010).

As *ações socioassistenciais* são as principais demandas aos profissionais de Serviço Social, segundo o CFESS (2010). Elas dizem respeito às ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais e “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” (p. 41), além da mobilização para a participação nas lutas em defesa da prerrogativa da saúde como direito.

Dentre as principais ações aportadas pelos PASPS e constantes das *ações socioassistenciais* identifica-se que o conhecimento da realidade dos usuários, em seus aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais, dos quais se evidenciam os determinantes e condicionantes de saúde, são fundamentais para a intervenção profissional. Além disso, o conhecimento dos serviços socioassistenciais é fundamental para as intervenções necessárias naquele contexto anteriormente identificado. Em outras palavras, o instrumental profissional utilizado para as atividades dessa subdivisão do eixo de Atendimento Direto aos Usuários, visa ao desenvolvimento de ações elencadas pelos PASPS, destacadas no Quadro 6, a seguir, através de sua relação com as solicitações ao Serviço Social constantes nas consultorias dirigidas à profissão no HCPA:

Quadro 6 – Ações Socioeducativas e Demanda para o Serviço Social no HCPA

Ações a serem desenvolvidas pelo assistente social	Demanda para o Serviço Social no HCPA
<p>Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;</p>	<p><i>C- 168 Familiar solicita instruções sobre como proceder junto ao ministério público para liberação de medicação via judicial e demais orientações sobre documentos.</i></p>
<p>Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias 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;</p>	<p><i>C- 197 Solicito avaliação da paciente já com tratamento da exacerbação da DPOC, porém relata que se sente melhor internada. Também, dificuldades sociais (sem auxílio familiar, mora sozinha). Alta não realizada apenas por problemas sociais, aguardo avaliação.</i></p>
<p>Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;</p>	<p><i>C-008 Mãe com problemas no benefício social. Solicita orientações.</i></p> <p><i>C-070 Paciente gostaria de tirar algumas dúvidas sobre perícia do INSS.</i></p>
<p>Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde;</p>	<p><i>C- 065 Solicito avaliação de paciente com paraparesia de membros inferiores, restrita ao leito [...] No momento teria condições de alta hospitalar, porém familiares</i></p>

	<i>referem que não possuem condições de mantê-la em casa.</i>
Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;	<i>C- 066 Paciente com quadro de esclerose sistêmica,[...] em uso de medicações para tratamento da condição atual. [...] Má aderência as medidas informadas e aparenta baixa cognição, dificultando entendimento da gravidade de seu caso. Encaminharemos processo de aquisição de sildenafil 50 mg 3X/dia para retirada de medicamento pelo SUS. Familiar (irmão) comprometeu-se a tentar comprar medicação enquanto esta não for liberada. Solicito consultoria visando avaliação do caso, envolvimento familiar no quadro e orientação dos familiares/paciente de como proceder para dar encaminhamento ao processo em sua cidade. Forneceremos orientações, laudo, LME e receitas para início do processo. Alta hospitalar após estas definições.</i>
Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;	<i>C-104 [...] necessidade de encaminhamento em relação aos cuidados no domicílio. Necessita também encaminhamento ao posto de saúde para curativo.</i>

Fonte: Quadro elaborado pelo autor (2016); CFESS (2010, p. 42-43).

Conclui-se que, baseados nos PASPS, o trabalho do assistente social na área hospitalar no que se refere às *ações socioassistenciais* orienta-se pela perspectiva de acesso e não de seletividade. Os estudos socioeconômicos, por exemplo, devem servir para ampliar o acesso aos serviços da rede socioassistencial e não para impor

barreiras de acesso para os usuários. Da mesma maneira os encaminhamentos para outros níveis de complexidade do SUS e para outras políticas públicas (educação, seguridade social, habitação, por exemplo) não deverão se constituir como uma transferência de atendimento, mas sim como uma possibilidade de articulação da rede para prover um cuidado integral e compartilhado em saúde, conforme prevê o SUS.

As ações de articulação com a equipe de saúde se referem à inserção do assistente social nas equipes de saúde. Cada profissional, por suas distintas formações, tem habilidades e competências diferenciadas para desempenhar suas ações.

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

O trabalho coletivo em saúde, do qual o trabalho em equipe é um exemplo, ocorre “permeado por tensões e características próprias da área da saúde, mas, contudo, influenciadas pela forma como o trabalho vem sendo desenvolvido na sociedade capitalista” (MATOS, 2013, p.40). Essa afirmativa encontra eco nos diversos espaços sócio-ocupacionais, nos quais o trabalho em equipe encontra dificuldade de se efetivar devido à divisão do trabalho na sociedade moderna, que resultou na organização das tarefas por disciplinas e profissões, cujo extremo do processo apresenta a dificuldade de articulação dos saberes. Isso ocorre, principalmente pela organização dos processos de trabalho como linhas de montagens das fábricas, onde cada trabalhador executa sua atividade especializada sem ter domínio do restante do processo.

O conceito de saúde, ao focar os aspectos biopsicossociais, requisitou diversos outros profissionais para atuar no setor da saúde, além daqueles já tradicionais (médico e enfermeiros, dentre outros), inclusive o assistente social (BRAVO, 2013). No entanto, devido à histórica de fragmentação dos saberes e da intervenção esse trabalho cooperado não logrou o sucesso esperado.

O trabalho nos serviços de saúde reproduz um atendimento multiprofissional, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, onde mesmo com os profissionais “co-habitando” o mesmo espaço pouco se falam. Por exemplo, se entrarmos em uma enfermaria, poderemos ver enfermeiros, nutricionistas, médicos, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas e outros, próximos aos usuários e realizando parceladamente o seu trabalho, sem que esses profissionais sequer se olhe e muito menos saibam o nome dos seus colegas (MATOS, 2013, p.53).

As dificuldades de compreensão por parte da equipe das atribuições e competências do assistente social tem estrita vinculação à própria dinâmica dos serviços de saúde. No entanto, essa dinâmica não imobiliza o trabalho profissional, ao passo que o reconhecimento do assistente social, como trabalhador da saúde, está inclusive regulamentado pela Resolução nº218/1997, do Conselho Nacional de Saúde e, por tal, logra ao profissional assentar-se nas instituições e na política de saúde como um todo. Isto posto, é importante, ainda, ponderar que algumas demandas encaminhadas ao Serviço Social na área da saúde, devido àquelas dificuldades, que não lhe competem por não fazerem parte da formação técnica específica do assistente social, principalmente. Destacam-se como exemplos dessa realidade: a comunicação de óbito, a solicitação de ambulâncias para alta e remoções, a busca por vagas em outros serviços, a emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento foi realizado por outros profissionais e o preenchimento de documentos para medicação e demais equipamentos e a dispensação destes (CFESS, 2010).

As demandas presentes nas consultorias analisadas para a presente tese, no que se refere às *ações de articulação com a equipe de saúde*, apresentadas pelos PASPS, evidenciaram que o assistente social atua sobre realidades nas quais a equipe encontra potencialidades para a efetivação do tratamento ou barreiras para que ele ocorra de forma satisfatória, ou, ainda, quando a equipe tem dificuldades de comunicação com famílias, acompanhantes ou serviços da rede socioassistencial. Relacionam-se no Quadro 7, a seguir, algumas das atividades constantes do item *ações de articulação na equipe de saúde* e exemplos correspondentes:

Quadro 7 – Ações de Articulação na Equipe de Saúde e as Solicitações para o Serviço Social no HCPA

Ações a serem desenvolvidas pelo assistente social	Demanda para o Serviço Social
<p>Identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentadas pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;</p>	<p><i>C-012 Paciente com condições de alta, aguardo família. Solicito consultoria para contato com a família.</i></p> <p><i>C-127 Solicito consultoria para ajudar a entrar em contato com a família, preferencialmente para amanhã, pela manhã se possível, onde serão dadas as orientações sobre manejo da SNE em domicílio. A família já estava ciente da alta breve.</i></p>
<p>Avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe;</p>	<p><i>C-028 Paciente com perspectiva de alta breve. Filha (e única cuidadora) relata não ter condições de receber em casa. Familiar já vem em acompanhamento com a psicologia. Solicito avaliação para auxílio do processo de alta.</i></p>
<p>Realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, às autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do assistente social.</p>	<p><i>C-146 Paciente refere sofrer agressões psicológicas em casa por este familiar.</i></p> <p><i>C-177 Paciente foi agredida com um tapa no rosto pelo pai do recém-nascido.</i></p>

Fonte: Quadro elaborado pelo autor (2016); CFESS (2010, p.51-52)

Entende-se que, pelos exemplos anteriormente mencionados, pode-se visualizar a atuação do assistente social no trabalho em equipe, no qual, por sua formação, está apto a contribuir no processo saúde-doença influenciado pelas situações identificadas por outros membros da equipe e que merecem atenção especial e atuação compartilhada sobre aquela(s) demanda(s). Expõem-se, assim, exigências de capacitação técnica do profissional para identificar os fatores atinentes à profissão na área da saúde e à sua contribuição para a equipe frente a determinado cenário. As ações socioeducativas, que devem se constituir como eixo central de atuação do profissional, também chamadas de educação em saúde (CFESS, 2010), “consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (p.52).

A educação em saúde não representa a transferência de saber, informação ou esclarecimento, mas se constitui em uma ferramenta de construção junto aos usuários de estratégias coletivas para fomentar sua participação na formulação de ações dos serviços de saúde baseadas nas necessidades expostas por estes sujeitos sociais. Para isso é preciso que os profissionais considerem “a complexidade de lidar com seres humanos e seus sofrimentos o que requer o uso transversal de tecnologias de relação (leve) na condução de projetos terapêuticos que envolvam vários serviços com aportes diferenciados de tecnologias (equipamentos)” (SILVA JUNIOR, PONTES, HENRIQUES, 2005, p. 105).

Espaços coletivos de democratização de informações e conhecimento, como estratégias de educação em saúde, representam a perspectiva de construção conjunta com os usuários, a partir de uma prática reflexiva. Esses espaços, dinâmicos, criam sínteses que versam sobre a promoção, manutenção da saúde e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos; superando “o acolhimento e o apoio, a partir de uma prática reflexiva e crítica, contribuam para a transformação de informações em conhecimento” (VASCONCELOS, 2009, p.265).

Portanto, a educação em saúde, numa perspectiva crítica e autônoma, destina-se à busca de alternativa e resolutibilidade para a demanda/necessidade do usuário para que ele mesmo estabeleça de maneira autônoma a sua própria “forma de caminhar” (MIOTO, NOGUEIRA, 2009, p. 285). O trabalho do assistente social na educação em saúde, de acordo com Costa (2009), ao assumir uma perspectiva mais

coletiva, através da organização de palestras, grupos, oficinas, seminários e campanhas de prevenção, com temas de saúde pessoal, coletiva e ambiental, tem como horizonte a formação de uma consciência social vinculada ao entendimento dos processos sociais de adoecimento e promoção de saúde.

Em específico na área hospitalar, as ações de educação em saúde, estão vinculadas à interpretação de normas e rotinas, à informação de condutas nas visitas aos pacientes e às orientações para o pós-alta hospitalar, como consultas, medicações, cuidados para evitar a reinternação e o contágio; destinam-se ainda à orientações sobre serviços da rede a serem acessados para a continuidade do tratamento (COSTA, 2009).

Os PASPS reforçam a perspectiva de coletividade da educação em saúde e das ações socioeducativas, por consequência, das atividades interventivas dos assistentes sociais na saúde. Destacam-se as seguintes atividades:

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados (CFESS, 2010, p. 54).

Ainda que representassem demandas que possuem origem comum, na maioria das vezes, longamente pontuadas por todo o conteúdo dessa tese (a saber: as expressões da questão social), os textos analisados mostravam demandas particulares/singulares dos pacientes em que, muitas vezes, o trabalho para o atendimento a determinada solicitação poderia ter ações educativas, mas, a não ser que trabalhadas de forma coletiva, a partir das atividades arroladas no texto do CFESS mencionados, provavelmente não foram encaminhadas em ações de caráter grupal. Entende-se que não há prejuízo, pela intervenção individual, pois esta pode se constituir como primeiro momento em direção ao fomento da educação em saúde através de abordagens coletivas. É provável que muitas demandas poderiam ser

trabalhadas em grupos socioeducativos, palestras, e campanhas que potencializassem a democratização da informação e a produção de conhecimento coletivo junto aos pacientes, familiares, equipe e comunidade.

Pode servir como exemplo a situação das puérperas com diagnóstico positivo para o vírus HIV. Por se tratar de um grupo com pelo menos duas características em comum: a sorologia positiva e o puerpério em pacientes com HIV, que requerem intervenções específicas sobre cuidados de prevenção, promoção e tratamento de saúde, visualiza-se, pelo exposto pelos PASPS e pelas perspectivas de educação em saúde supramencionadas, um potencial tema para ser trabalhado. Identificaram-se sete consultorias em que a situação de puérperas vivendo com HIV as quais foram solicitadas avaliação e acompanhamento do Serviço Social. A informação a estas mães sobre grupos e demais espaços de educação em saúde na rede básica de saúde, por exemplo, estaria em perfeita vinculação aos PASPS.

Ademais, é fundamental apontar que devido à complexidade das demandas presentes nas consultorias analisadas, conforme se verifica nos fragmentos textuais apresentados anteriormente, não se visualiza como possível uma intervenção em que apenas uma das atividades constantes no eixo de Atendimento Direto aos Usuários seja exercida. A intervenção, que se desejar exitosa, deverá articular até mesmo mais de um eixo dos que são apresentados pelos PASPS. Ressalta-se que essa indissociabilidade é destacada pelo documento, logo a mediação entre os eixos é fundamental se sistematicamente efetivada.

Vasconcelos (2009) refere que, como não se enfrenta a questão social isolando suas diferentes expressões, tampouco o acesso aos direitos sociais se dá de forma fragmentada. As alternativas de atuação e intervenção requerem a conjugação de inserções da profissão em diferentes áreas, serviços e políticas públicas e sociais.

Cada direito social só é possível mediado e articulado aos demais direitos, numa perspectiva de seguridade social ampliada, o que exige do assistente social considerá-los sempre no seu conjunto, independente da área temática onde realiza suas ações (VASCONCELOS, 2009, p. 242).

Assim sendo, corrobora-se com o CFESS (2010) que os PASPS, em seus quatro eixos de atuação profissional, envolvem “um conjunto de ações a serem desenvolvidos pelos assistentes sociais desenvolvidas pelos assistentes sociais, ressaltando a capacidade propositiva dos profissionais, com ênfase na investigação

da realidade” (p. 63). Articulados aos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e aos procedimentos técnico-operativos, bem como ao projeto profissional hegemônico do Serviço Social, os PASPS servem como balizadores para que os assistentes sociais atendam às demandas reais e potenciais dos usuários, tendo como ideias norteadoras os princípios da Reforma Sanitária e da saúde como direito social.

5 OS DESAFIOS PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

É fundamental compreender o processo de trabalho e os desafios do Serviço Social para materializar o projeto ético-político da profissão, que reconhece a necessária emancipação dos sujeitos, reforçando princípios como condição para a transformação social.
(Edla Hofmann)

Diante da revisão da produção teórica vinculada ao tema dessa produção e à luz das análises empreendidas sob os dados empíricos, identifica-se que contundentes desafios se apresentam ao trabalho do assistente social que, inserido na totalidade social do trabalho geral da sociedade, impregna-se de seus condicionantes da mesma forma que, por ser contraditória, essa realidade oferece subsídios para a superação de tais desafios. Não é possível elencar todos aqui, porém, selecionaram-se dois aspectos que por acreditar-se serem mais oportunos dados os objetivos dessa tese: o trabalho profissional baseado nos ideais da Reforma Sanitária e do SUS e a centralidade da formação profissional para a qualificação desse trabalho.

Somente para fins de organização do texto, separaram-se esses dois aspectos, pois se entende que existem relações entre eles. Tal relação se dá a partir dos objetivos do Movimento de Reforma Sanitária e o conteúdo do projeto ético-político do Serviço Social e, em linhas gerais, a diretrizes e valores tanto do Movimento quanto do Projeto profissional, que orientam para a política como direito e como forma de enfrentamento às desigualdades. Identifica-se, portanto, a importância de uma formação que contemple o estudo dos fundamentos que orientam a profissão, o Movimento da Reforma Sanitária brasileiro principalmente no que diz respeito à interlocução com a formação da sociedade brasileira e à dinâmica da questão social no Brasil.

A imagem e a identidade profissional, na área da saúde, também conservam relação com os aspectos citados anteriormente. Portanto, a análise dos desafios que se colocam à profissão irá trazer situações que tem interferência diretamente na imagem e na identidade do assistente social.

5.1 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E O SUS: RESISTIR PARA AVANÇAR

Conforme a análise relacionada à construção da Política de Saúde no Brasil, pode-se identificar que esse foi um processo histórico permeado por situações que tencionam em direção à universalização do acesso e/ou à privatização dessa política pública. O SUS se configura, não há dúvidas, como um avanço da sociedade brasileira para o reconhecimento da saúde como instituição social e como direito, cuja responsabilidade de execução é dever do Estado.

Junto a esse movimento de construção do SUS tem-se uma dinâmica em que: complexificam-se os problemas sociais, ampliam-se os direitos – resultado da luta dos trabalhadores e da concessão do capitalismo – e amplia-se o número de sujeitos que procuram o hospital, por exemplo, como um espaço de execução da política de saúde. Diante dessa realidade, os sujeitos que antes eram atendidos em ações de benevolência e caridade agora passam a ser atendidos em serviços públicos estatais ou em instituições conveniadas ao SUS.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso de Estado para com o bem-estás social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos de cidadania (ALEXANDRE, 2011, p. 137).

As necessidades sociais em saúde que atingem a população brasileira têm sua gênese na formação socioeconômica, política e cultural do Brasil. Tal como exposto no capítulo dois dessa tese, a constituição da sociedade brasileira se construiu a partir de fortes vínculos patrimonialistas, pela dominação da classe burguesa e pela modernização conservadora, na qual a classe trabalhadora ficou alijada da riqueza produzida pelos setores da indústria, comércio e agricultura. Em relação aos direitos sociais verifica-se que a universalização nunca foi estimulada pelas políticas sociais, como é o caso da política de saúde, em que o acesso se vinculou a inserção no mercado de trabalho e a atuação da filantropia.

Dessa forma, com a ampliação do acesso à saúde, novos desafios se apresentaram aos seus profissionais, dentre eles ao assistente social. A aprovação do SUS, em 1990, incorporou, por demanda popular, as diretrizes do movimento de

Reforma Sanitária. A nova concepção de saúde expressa na constituição entende que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País e que os indicadores de saúde da população devem ser de parâmetros para avaliar o desenvolvimento do país e o bem-estar da população” (AGUIAR, 2011, p. 44).

Então, se é verdade que o acesso se amplia, também é verdade que as demandas apresentadas pelos usuários do SUS também se ampliam pela perspectiva da heterogeneidade do público usuário. São atendidos nos serviços públicos trabalhadores do mercado formal e informal e as suas famílias, bem como aqueles que estão desempregados. Além disso, segmentos sociais que, devido à mudança na demografia do país, principalmente o público idoso, desafiam os profissionais para o conhecimento, planejamento e intervenção junto à população.

As orientações do SUS, através de seus princípios doutrinários e organizativos, oriundos das discussões do movimento de Reforma Sanitária, direcionam-se para a universalização do atendimento, a equidade de tratamento dos diversos segmentos do público usuário do Sistema e a integralidade das ações em todos os níveis da rede de atenção. Além disso, o SUS organiza-se prevendo descentralização da execução, regionalização e hierarquização do Sistema e a participação popular e o controle social na decisão dos rumos da Política de Saúde brasileira (BRASIL, 1990).

Diante dessa perspectiva o trabalho nos serviços de saúde onde, também, se insere o assistente social assume a orientação das linhas gerais do SUS e oferece, a partir daí, juntamente com a ampliação do acesso, os desafios que o Sistema enfrenta para sua efetividade. Já nos momentos iniciais da implantação do SUS forças sociais atuavam questionando os ideais da Reforma Sanitária, como a universalidade, por exemplo. A concepção de um sistema público, gratuito e universal significou e ainda significa uma disputa entre diferentes projetos políticos. Não é por outra razão que o atual governo do presidente Michel Temer põe em risco a manutenção do Sistema no modo como foi concebido. Para os defensores dos processos de privatização, a saúde também deve ser mercantilizada.

A crise econômica é utilizada como justificativa por aqueles que defendem a privatização do setor da saúde e diante da dificuldade de garantir acesso efetivo a todos os cidadãos, alguns atores sociais tem defendido, baseados em princípios de orientação teórica neoliberal, a restrição de cobertura em face dos escassos recursos.

Cabe destacar que a política pública do SUS enfrenta dificuldades desde o seu nascimento até os dias atuais, passando por momentos de avanços e retrocessos, mediante a composição de forças entre os que defendem uma política privatizante e os que lutam pela universalização dos direitos sociais enquanto política pública. A garantia da saúde como um direito de cidadania, assim como toda a proposta de reforma sanitária brasileira concretizada na legislação do SUS, está na contramão da tendência neoliberal que, desde os anos 80, vem impondo ao Estado a redução de seu papel e, conseqüentemente, a não universalização do direito à saúde (AGUIAR, 2011, p. 65).

Ao assistente social, diante do contexto exposto, surgem desafios relacionados à defesa das políticas públicas e às demandas que os usuários e as instituições apresentam. Pode-se perceber, nos dados empíricos apontados no capítulo anterior, a diversidade de demandas que são dirigidas ao Serviço Social no HCPA. Essas demandas são comuns, resguardadas as particularidades de cada política social, pois dizem respeito ao modo de vida das pessoas, à forma como a desigualdade se expõe e ao modo como os sujeitos sociais a ela fazem o enfrentamento.

Na relação entre as “bandeiras” da Reforma Sanitária e os valores constantes no Projeto Ético-político do Serviço Social pode-se identificar, principalmente, a vinculação da política de saúde com a ideia de uma política de Estado que se fundamente na perspectiva de direito social. O assistente social depara-se com as situações de pobreza, de violência, de miséria, de injustiça como expressões da degradação humana. Além de atuar sobre as doenças e os problemas de saúde da população, o SUS, através da perspectiva da integralidade, quer seja de atenção, quer seja na perspectiva do homem enquanto sujeito integral, precisa intervir nas condições que fragilizam os cidadãos e rebaixam os níveis de salubridade da população.

É na interlocução entre fatores biológicos e os determinantes e condicionantes sociais que se observam as fragilidades do Estado para equacionar esses dois vetores do processo saúde/doença. Muitas vezes sofisticados tratamentos de saúde vão de encontro à precariedade das condições de vida da população e das políticas sociais. Por exemplo, o desemprego estrutural e a dificuldade de universalização da atenção básica em saúde ou da baixa complexidade na assistência social, expõe ao assistente social, no hospital, um usuário adoecido, empobrecido e desassistido pelas políticas sociais. Pode-se visualizar nos trechos das consultorias que seguem essa realidade:

C- 103 Paciente com câncer de mama metastático, em tratamento de diabetes insipidus central com necessidade de manter uso crônico da medicação desmopressina. Familiares sem condições financeiras.

C- 061 Paciente com varizes esofágicas, diversos episódios de sangramento digestivo. Complicação neurológica devido à distúrbio de sódio desde maio de 2-15. Mora em Butiá, mãe com dificuldades de transporte e acesso aos serviços de acompanhamento médico e fisioterapia.

Devido à complexidade das demandas em todos os serviços de saúde, entende-se que nenhuma profissão dará conta de, isoladamente, mudar de forma substancial a realidade. É possível que se tenham mudanças pontuais, mas as mudanças necessárias à superação das realidades sociais desiguais e adversas exigem a união de esforços de várias áreas do saber e de diversos setores da sociedade para promover mudanças conjunturais e estruturais substantivas.

A conjugação de projetos profissionais e societários que tenham em comum os valores basilares da cidadania, da liberdade e da igualdade com o horizonte da emancipação humana e da transformação, seriam capazes de interromper a ofensiva que visa à destituição da condição de direito socialmente conquistado nos avanços contidos na Constituição Federal de 1988, no que se refere à seguridade social e pelas legislações pertinentes que complementaram sua materialização. Embora reconheça a importância dos projetos profissionais, Netto (2009) afirma que os projetos societários são projetos construídos pela e para a coletividade, possuindo certa flexibilidade ao incorporar novas aspirações.

Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade. Somente eles apresentam esta característica – os outros projetos coletivos (por exemplo, os projetos profissionais [...]) não possuem este nível de amplitude e inclusividade (NETTO, 2009, p. 143).

Diante do exposto, assinala-se a importância da oportunidade advinda da construção coletiva da defesa do SUS e de suas diretrizes e objetivos. Para tal é fundamental o entendimento do processo saúde/doença como processo social denso e contraditório, não só por uma profissão ou um grupo específico, como os trabalhadores da alta complexidade em saúde, por exemplo. O SUS deve se constituir

como uma ferramenta, dentro de um projeto societário que aspire à igualdade plena, para a construção de uma nova ordem social.

Essa assertiva – do processo saúde/doença como processo social – é construída a partir da concretude dos meios decisivos do adoecimento e da recuperação, bem como da prevenção e da promoção em saúde. A concretude se expressa no fortalecimento de ações que tenham impacto sobre o cotidiano dos serviços e políticas de saúde, em outras palavras, “os princípios e propostas podem se tornar vazios sem uma materialidade que os adense e possibilite superar situações de iniquidade e desigualdade no acesso aos bem necessários a uma vida saudável” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 227).

Atualmente há uma pluralidade de profissões que são consideradas como da área da saúde: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Biomedicina, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Biologia, Fonoaudiologia e Odontologia. Todo esse contingente de disciplinas apresentam suas particularidades para a atuação na saúde, que se referem tanto aos aspectos biológicos quanto aos aspectos sociais derivados da vida em sociedade. Os aspectos biológicos se preocupam com as análises sobre o corpo através dos conhecimentos advindos das ciências naturais. Por outro lado, as ciências sociais introduzem ao debate os aspectos relacionados ao meio social, à vivência dos sujeitos na sua interação com os demais.

Esses saberes sobre o corpo biológico dos indivíduos significaram “libertação”, uma vez que evidenciaram uma história da causalidade das doenças (antes empreendidas como punição, manifestação sagrada etc.) e permitiram sistematizar e classificar condutas e procedimentos relativos ao corpo. Por outro lado, limitaram o entendimento do homem como um ser de emoções e interações, de afetos e autorias, cuja “humanidade” provém de sua vida em coletivos e em sociedade (CECCIM; CARVALHO, 2005, p. 71).

Depreende-se dessa sistematização de Ceccim e Carvalho (2005) a disputa entre as duas vertentes, que nada mais são do que a própria disputa pelo conceito de saúde. Há os que expõem a saúde como ausência de doença e há os que entendem que saúde é a interação dos sujeitos com os aspectos biológicos, psicossociais, culturais e econômicos, dentre outros.

O corolário dessa dinâmica, devido à preponderância do saber biomédico, baseado nas formulações das ciências naturais, é uma atuação hegemônica que

prima pelo entendimento das doenças, como disfunções da “máquina” corpo humano com meio natural. Dessa forma, aquelas situações que venham a interferir no tratamento médico, por exemplo, acabam por causar nas equipes de saúde, principalmente na alta complexidade, área em que o saber é muito especializado, um estranhamento e uma dificuldade de intervenção. A partir daí algumas profissões são requisitadas para atuar exatamente nessas questões, que de tão complexas, são bastante desafiadoras para os respectivos agentes profissionais.

Toma-se por base a questão do analfabetismo, que é umas das principais mazelas da sociedade brasileira⁴⁴. Não é nenhuma novidade que o analfabetismo se torna um grande limitador para os sujeitos, principalmente nos dias atuais nos quais a comunicação escrita é central. O uso de medicamentos, as orientações passadas por escrito e o encaminhamento a serviços da rede socioassistencial se constituem em um grande desafio para o paciente e/ou para cuidadores e familiares, também.

O principal desafio para a superação da situação de influência do analfabetismo sobre a recuperação e promoção da saúde é o de inserir todos os profissionais da equipe de saúde para construir estratégias de enfrentamento capazes de articular os diferentes saberes tendo como horizonte a efetividade dos tratamentos propostos, capacitando-os. Entende-se que a formação desempenha um papel central diante dos inúmeros desafios colocados aos profissionais nos serviços de saúde atualmente. Para Ceccim e Carvalho (2005) são necessárias mudanças na educação da saúde “como potencial movimento de inovação e produção de novas práticas sociais, cuja nova síntese seja o ensino da integralidade na educação dos profissionais da saúde” (p. 69). Quer dizer, as categorias profissionais no SUS devem atentar para a realidade em que vivem os usuários com o propósito de ações eficazes e que levem em conta as dificuldades e potencialidades para a promoção de saúde. Volta-se ao ponto da formação mais adiante.

⁴⁴ Segundo o IBGE (2016) a taxa de pessoas com mais de 15 anos analfabetas é de 8,3%. Já no grupo das pessoas com mais de 25 anos de idade, considerando o tempo de estudo e a instrução verifica-se que 11,7% tem menos de um ano de estudo ou estão sem instrução e 9,6% tem entre um a três anos de estudo. O analfabetismo divide-se em duas vertentes: o analfabetismo absoluto e o analfabetismo funcional. No primeiro caso, a pessoa não teve nenhum ou pouco acesso à educação. No segundo caso, a pessoa é capaz de identificar letras e números, mas não consegue interpretar textos e realizar operações matemáticas mais complexas. As duas formas de analfabetismo comprometem o desenvolvimento pessoal e social do indivíduo. Principalmente no que se refere ao analfabetismo funcional, verifica-se que, ainda que o número de pessoas que tenha chegado as escolas aumentos nos últimos tempos, a qualidade dessa educação reflete nesses números, pois se a educação não é capaz de proporcionar aos educandos a articulação dos conhecimentos para a participação ativa na vida social (PINHEIRO, 2015).

Pode-se considerar que há uma discussão que parte da área para o contexto mais amplo, bem como existem as ponderações que partem da totalidade da sociedade para a singularidade da área. Nesse processo, que é dialético por essência, os resultados mostram avanços e recuos, mas principalmente evidenciam o movimento.

Endogenamente a área tem convivido com questões relativas ao processo de trabalho em saúde no qual os fundamentos teórico-metodológicos operaram sobre a dinâmica da produção de saúde nos seus respectivos serviços. Isto é, as questões e os dilemas se processam por dentro dos serviços e diz respeito basicamente, a discussão teórico-prática sobre a definição de saúde e os elementos a ela correspondentes.

Circunscrevendo essa realidade, tem-se o contexto de disputa política sobre a área da saúde, sobretudo, em relação aos projetos oriundos do movimento de Reforma Sanitária e que de privatização da política pública de saúde, discussão apresentada no item 3.1 e retomada, brevemente, nos parágrafos anteriores. A disputa sobre o fundo público destinado à área, o planejamento e a gestão da política social tornam-se alvo de debate no qual a atuação do Estado e a cobertura das ações são postas em xeque diante do agravamento da crise e redução de recursos (que existem, mas não são distribuídos como deveriam) e da efetividade das ações (prejudicadas justamente pela forma como se operacionaliza o Sistema).

Nessa conjuntura, o Serviço Social desenvolve seu trabalho na perspectiva de atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde, nos quais as expressões da questão social se evidenciam. À profissão se colocam os desafios de atribuir visibilidade aos sujeitos com os quais tem contato, aprofundando a discussão sobre as condições de vida e também sobre a importância de uma atuação coletiva e articulada. O conhecimento da realidade social em que estão inseridos usuários e suas famílias e das legislações e políticas sociais conferem ao assistente social ser visto pelos demais profissionais como o profissional responsável por atuar sobre as demandas mais complexas, tais como as situações apontadas na pesquisa empírica já apresentada, que evidencia processos tais como: pobreza, analfabetismo, violência, uso de drogas, ausência/fragilidade de cuidadores, problemas de adesão ao tratamento, entre outros.

Ao passo que o direcionamento dessas demandas revela “a utilidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos do trabalho nos serviços de saúde”

(COSTA, 2009, p. 305) também expõe o assistente social a uma questão muito delicada e que compromete sua intervenção: o messianismo. Para Iamamoto (2006) o messianismo representa: “uma visão heroica do Serviço Social que reforça unilateralmente a subjetividade dos sujeitos, a sua vontade política sem confrontá-la com as possibilidades e limites da realidade social” (p.22). Como perspectiva oposta ao fatalismo, o messianismo “reveste” o assistente social de funções que não deveriam ser demandadas a nenhuma profissão especificamente uma vez que, pela complexidade e adversidade de certas demandas, dificilmente serão atendidas de forma integral e com mudanças significativas.

Repousa nessa relação do assistente social com o restante da equipe a necessidade de um trabalho que vise ao entendimento coletivo das demandas apresentadas nos serviços de saúde. A inserção do assistente social junto às instituições empregadoras, especialmente nas ações assistenciais, que são desvalorizadas frente às ações intelectuais, causa na categoria uma aversão a essas atividades vistas como secundárias.

Como tende a recusar a atividade assistencial, pelos estigmas que esta, muitas vezes erroneamente identificada com a simples caridade, traz consigo, ele se vê “perdido” diante das definições de atribuições diante das profissões correlatas cujas frentes de trabalho são mais precisas, seja pelo caráter técnico mais marcado, seja pela herança científica mais solidificada (IAMAMOTO, 2008a, p. 41).

Conforme consta nos PASPS, o assistente social tem o dever de atuar junto à equipe de saúde e sempre que preciso esclarecer aos demais profissionais suas atribuições e os valores constantes no seu Projeto Ético-político. As dificuldades para a efetivação do trabalho do assistente social no trabalho coletivo em saúde não podem ser limitadoras do trabalho, devendo essas dificuldades serem elementos impulsionadores de debates e reflexões para o estabelecimento de rotinas, projetos e planos de trabalho (CFESS, 2010). Logo, seria pertinente que essas temáticas, vistas como “sociais”⁴⁵ puramente, estivessem no currículo de todas as áreas profissionais que se inserem na área da saúde. Por outro lado a formação do Serviço Social na perspectiva crítica, de conhecimento da totalidade, com base na integralidade, pode contribuir na formulação do elo da profissão com as outras as áreas do saber.

⁴⁵ No sentido de vinculada a profissões que tem no social seu objeto. Ou ainda, tudo aquilo que se vincula a vida dos sujeitos na sociedade, como campo de intervenção de profissões específicas.

Não obstante, a realidade do SUS extravasa a profissão, tendo em vista os diversos aspectos anteriormente pontuados – principalmente aqueles relacionados à dificuldade de garantir a integralidade, a equidade e a universalidade. Neste interim, os avanços da política também precisam ser assinalados. Acredita-se que este constitui-se no maior avanço do SUS, pois a estender a cobertura, estende uma gama de serviços e procedimentos a toda a população.

A imagem e a identidade da profissão, como não poderia ser diferente, são influenciadas pelo contexto exposto. Conforme afirmado anteriormente, as demandas são dirigidas ao Serviço Social em função da imagem profissional e o modo como a profissão equaciona o seu atendimento tem impacto sobre a identidade. Para Alayón (2016), é uma obviedade dizer que o contexto social exerce influência sobre a profissão, mas nunca é demais apontar o que isso significa:

Que las características estructurales del funcionamiento social, nos condicionan y sobredeterminan significativamente, aunque no de manera ineluctable, en el desarrollo de la práctica profesional y en el enfrentamiento de las nuevas condiciones sociales que se vayan generando (p. 12)⁴⁶.

A seguir, aportam-se considerações sobre a importância da formação dos profissionais da saúde, com ênfase no Serviço Social, através de alguns fatores como as exigências de uma formação profissional que possa oferecer aos assistentes sociais competências ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, na direção de um trabalho que, embora socialmente determinado, oportunize o acesso dos usuários a uma política de saúde qualificada como mola de propulsão para outras conquistas e direitos.

5.2 A CENTRALIDADE DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O TRABALHO NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE

Diante do contexto de avanços e desafios na área da saúde, especialmente a partir das demandas apresentadas anteriormente, questiona-se: como tem sido

⁴⁶ “Que as características estruturais do funcionamento social, nos condicionam e sobredeterminam significativamente, ainda que não de maneira inelutável, no desenvolvimento da prática profissional e no enfrentamento das novas condições sociais que são geradas” (ALAYÓN, p. 12, 2016 - tradução nossa).

contemplada na formação profissional do assistente social essa realidade? Identifica-se que o trabalho profissional, principalmente junto ao SUS em seus três níveis de complexidade, exige uma formação que forneça condições de desenvolvimento de habilidades técnico-operativas, como premissa de qualificação da intervenção. Contudo, para que essas mediações sejam substantivas devem ser fundamentadas pelo domínio das competências teórico-metodológicas e ético-políticas. Ademais, é preciso considerar que a dinâmica da área da saúde pública e a complexidade das demandas que são apresentadas ao profissional, exigem intervenções mais profundas iluminadas pelas teorias.

O saber transmitido numa formação profissional integra conhecimentos, valores, modelos, símbolos, etc. acumulados naquele próprio fazer e no viver de formadores e formandos. Enquanto atividade histórica e socialmente determinada pelas condições sociais, articulam-se as representações sociais da profissão pelos seus sujeitos, vinculando um concreto ao discurso teórico dominante. Afirma-se, portanto, que a transmissão de conhecimento, de teorias, não se faz independente das condições concretas e históricas dos seus agentes profissionais, dos próprios sujeitos da formação e do jogo de interesses (NICOLAU, 2004, p. 83).

Não é somente a informação teórica que ocorre na formação profissional, os aspectos relacionados à história e ao contexto, às vivências individuais e grupais, às experiências dos sujeitos são atualizados no processo formativo. Ou seja, a transmissão de teorias ocorre em concomitância com a dinâmica social, pois “os processos societários contemporâneos vêm exigindo alterações tanto nos processos de formação profissional como nos enfoques políticos e éticos relativos aos mesmos” (ABEPSS, 2004, p. 73).

Anteriormente já foi exposto o contexto do SUS do qual extrai-se uma série de questões que expõe a realidade do Sistema, das forças que impulsionam em direções opostas ao tamanho da cobertura, principalmente no que se refere ao acesso, ao público usuário, ao investimento dos recursos, dentre outros temas. Não obstante, os desafios diante da estrutura do Sistema, baseada na descentralização das ações, tem operado, muitas vezes, com uma forma extremamente burocratizada, que impacta na integralidade das ações desenvolvidas. Isto é, a dificuldade de articulação entre os três níveis de atenção do SUS trazem como resultado um rol de ações que ameaçam a efetividade, principalmente devido ao volume de demandas que o Sistema tem recebido.

A atenção integral aos usuários do SUS busca “superar o caráter fragmentado que conformou historicamente o padrão de assistência em saúde no país, seja no plano individual, seja na própria organização do sistema de serviços de saúde” (ZUCCO; SENNA, 2012, p. 103). Assim sendo, a integralidade e seu alcance requerem um profissional que tenha apropriação acerca do funcionamento do sistema de saúde e que esse consiga captar o movimento da realidade que “produz” a questão social, em seus aspectos de desigualdade, para poder fomentar as estratégias de resistência.

No caso do Serviço Social, a integralidade deve comparecer na formação como um valor inquietante do caminho do pensamento e das respostas profissionais na saúde, dada a voracidade com que se generaliza a lógica do mercado sobre um bem público: a saúde (LIMA, 2012, p. 140).

Identifica-se que a formação profissional, seja do assistente social, seja dos demais profissionais inseridos na política de saúde, deve centralizar-se no desenvolvimento de habilidades principalmente no sentido de compreender a concepção de saúde como direito e como processo social. De posse dessa aceção, aqueles que intervêm junto à população usuária do SUS, podem compreender os aspectos dinâmicos dos quais se originam as demandas visualizadas nos serviços públicos de saúde. No âmbito da formação, é imprescindível que os cursos de graduação estejam atentos para superar a fragmentação dos conhecimentos, sem obviamente suprimir aquilo que é particular de cada área, mas atentando aos processos coletivos cujo desenrolar apresenta a interlocução dos aspectos biopsicossociais, culturais, políticos e econômicos que permeiam o processo saúde/doença.

A acessibilidade das pessoas às ações e serviços de saúde, a qualidade do acolhimento, a responsabilidade com que as equipes estabelecem o assistir ou se referem às populações usuárias e os procedimentos pedagógicos adotados para ampliar a autodeterminação das pessoas no cuidar de si e construir ativamente sentidos à sua saúde devem ser matéria de debate durante a formação profissional (CECCIM; CARVALHO, 2005, p. 87).

Entende-se que a formação profissional ocorre em dois espaços fundamentais: na academia e através da formação continuada. A academia é

responsável pelas graduações e pós-graduações, tendo como objetivo o ensino, a articulação da teoria as requisições da prática profissional, bem como pelas pesquisas nos cursos de mestrado e doutorado, por exemplo. A função da Universidade é de cultivar uma razão crítica e o compromisso com valores universais e coletivos (IAMAMOTO, 2008). Além disso, a Universidade tem a obrigação de produzir e difundir os conhecimentos oriundos do ensino, da pesquisa e da extensão. A função da academia é de ser um núcleo de produção de “ciência, tecnologia, do cultivo das artes e das humanidades; também uma instituição voltada à qualificação de profissionais com alta competência, para além das requisições do capital e do mercado” (p. 432).

A formação continuada, por seu turno, acontece através de curso e atividades de extensão universitária, grupos de trabalho, seminários, especializações, entre outros. Está circunscrita aos espaços pelos quais o profissional tem contato com debates, vivências, orientações, articulações em torno de temáticas comuns e afins e, ainda, através de especializações em determinado tema de interesse no sentido de qualificação do trabalho e dos serviços prestados. Diante da realidade dos locais de trabalho, os profissionais buscam na formação continuada estratégias de ampliação de suas competências no intuito de realizar mediações que influenciem na realidade singular de cada local (PRATES; BORTOLI; KUNZLER, 2015).

Cabe ressaltar, também, a importância dos espaços viabilizados pela ABPESS, como o projeto ABPESS Itinerante, por exemplo. Além disso, o CRESS-RS oferece espaços como a Comissão de Formação Profissional e os Núcleos Regionais de Serviço Social (NUCRESS) como instâncias de aproximação do Conselho Regional, em âmbito estadual, aos espaços formativos da categoria. Não obstante, os encontros da categoria como o CBAS e Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, podem ser identificados como espaços de formação. Por fim, outras formas de buscar a atualização sistemática são os sites do CFESS, Ministérios relacionados às políticas de proteção e seguridade social, Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul, IBGE, revistas *on-line* dos Programas de Pós-graduação em Serviço Social, a Revista *Temporalis* da ABEPSS e a Revista *Serviço Social e Sociedade*, da Editora Cortez, que é uma das mais tradicionais publicações da área.

Diante dessas considerações, visualiza-se que a formação profissional no âmbito da graduação e de seus currículos correspondentes deve aportar os diferentes

cenários de aprendizagem, com metodologias de ensino coerente e através de conteúdos que além de atribuições privativas possam desenvolver competências para que os profissionais sejam capazes de estabelecer relação entre o individual e o coletivo, o privado e o público, as questões objetivas e questões subjetivas da vida dos cidadãos, no que se refere às demandas. Além disso, durante a formação, os estudantes precisam ser apresentados aos diversos serviços e instâncias do SUS. O conhecimento da hierarquização do SUS e dos seus setores correspondentes, além das instâncias de gestão e avaliação e do controle social da política, respondem a essa exigência de conhecimento da totalidade do sistema público de saúde no país.

Enfatizam-se, ainda, algumas outras questões a serem consideradas para a formação de assistentes sociais que, ao se inserirem na política de saúde, mas não somente nela, conservam relação com a qualidade dos serviços prestados, com os objetivos e valores da profissão na direção da democratização do acesso à saúde como direito. Em primeiro lugar, recorrendo novamente à dinâmica da área da saúde e da complexidade das demandas, entende-se que a formação tem que desenvolver nos futuros profissionais uma postura investigativa que possibilite o estabelecimento de relações entre as expressões da questão social, recortadas pela instituição e encaminhadas ao profissional com a totalidade da realidade social.

A pesquisa de situações concretas, aliadas às suas determinações macrosociais, é condição necessária tanto para superar a defasagem entre o discurso genérico sobre a realidade social e os fenômenos singulares com que o assistente social se defronta no seu cotidiano quanto para desvelar as possibilidades de ação contidas na realidade (IAMAMOTO, 2008, p. 466).

Tendo por base que a realidade apresenta, num primeiro momento, a aparência dos fenômenos, encobrendo sua essência e, ainda, que as expressões da questão social, dentre elas o adoecimento, são uma parte da totalidade do processo social, requer-se do assistente social que desenvolva seu trabalho de maneira a apreender essa dinâmica, pois “os saberes que podem e devem ser construídos a partir da sistematização do exercício profissional permitem ao assistente social descortinar profundamente a realidade na qual ele intervém diretamente” (PAULA, 2013, p. 93).

As respostas profissionais do assistente social não poderão ser efetivamente qualificadas sem o profundo conhecimento dos sujeitos a quem se destinam essas

ações, suas condições e seus modos de vida e de trabalho, bem como suas estratégias de sobrevivência, seus processos organizativos, dentre outros. A partir de uma postura investigativa, o assistente social poderá qualificar sua intervenção, adensar suas análises tornando seu trabalho mais substantivo e nesse sentido, dar um salto qualitativo no seu trabalho. Sabe-se que a realidade é tão dinâmica quanto os sentidos podem captar e, se isto é verdade, a superação da realidade aparente e de seus fenômenos requer que sejam construídas estratégias que possibilitem a compreensão dos determinantes de cada processo social, de cada expressão de desigualdade e de cada forma de resistência e da relação existente entre elas. Para tanto, é necessário movimentar uma cadeia de mediações ancorada em teorias explicativas.

Observe-se o seguinte texto oriundo de uma consultoria que faz parte da amostra da pesquisa realizada para essa tese:

C- 207 Paciente mora sozinho, não tem muito contato com outras pessoas. Não sabe ao certo sobre o diagnóstico oncológico. Informa uso de maconha, cocaína e crack no passado. Solicito consultoria por suspeita de risco social.

Nota-se nessas linhas que, o “risco social” está vinculado ao modo como o paciente constitui suas relações sociais, ao desconhecimento de seus próprios diagnósticos e ao uso de drogas, principalmente. Porém, se o profissional atentar a somente esses dados explícitos, sem buscar suas contradições e relações ao contexto mais amplo, poderá incorrer em uma análise equivocada daquela realidade e, da mesma forma, todo o processo interventivo poderá ser prejudicado e o produto final ficar distante daquele que poderia ter sido alcançado se a forma de compreensão da realidade fosse exercida de outra forma.

Uma diferente maneira de compreensão da realidade pode ocorrer mediante uma postura investigativa do profissional, que esteja destinada à compreensão das relações sociais em seus aspectos essenciais e de suas contradições. Além do mais, a postura investigativa amplia a forma como pode ser capturado um dado fenômeno, como a drogadição, por exemplo.

A postura investigativa, tem como objetivo central descortinar a dinâmica sociocultural na qual está inserido o assistente social para que esse profissional possa construir estratégias e táticas profissionais capazes de materializar, no cotidiano da vida social, a luta pela ampliação e consolidação de direitos historicamente conquistados (PAULA, 2013, p. 95).

Desde a formação os profissionais necessitam entender que a realidade é recortada em “problemas sociais” pelas instituições e que cabe ao assistente social tecer os nexos articuladores entre a realidade em âmbito particular e universal, abarcando a totalidade das relações sociais. De outro modo, cabe dizer que o aprofundamento de uma determinada demanda se faz necessário para entender suas conexões internas e sua relação com os processos presentes na estrutura e na superestrutura da sociedade que condicionam o seu modo de expressão e as possibilidades alternativas de respostas ou resistência.

Reitera-se que o sujeito é um ser integral, uma unidade dialética na qual ele é um ser único, mas dotado de matizes de origem comum que repousam na sua condição de ser social. Para Marx (2010), o indivíduo é o ser social, que se configura com a comunidade e em sua vinculação com os demais indivíduos.

O homem – por mais que seja, por isso, um indivíduo *particular*, e precisamente sua particularidade faz dele um indivíduo e uma coletividade efetivo-individual – é, do mesmo modo, tanto a totalidade, a totalidade ideal, a existência subjetiva da sociedade pensada e sentida para si, assim como ele também é na efetividade, tanto como intuição e fruição efetiva da existência social, quanto como uma totalidade de externalização humana da vida (MARX, 2010, p. 108).

Além disso, é importante assinalar que um atendimento integral e qualificado se faz diante de uma premissa ética, qual seja: o respeito por cada vida, que merece o melhor atendimento por parte de todos os profissionais, através de uma escuta sensível e acolhedora, de encaminhamentos respeitosos e eficazes na direção de processos sociais emancipatórios.

Nesse sentido, pode-se situar no **horizonte da liberdade**, objetivando o enriquecimento do sujeito moral, através de uma reflexão crítica, incentivando atitudes conscientes, destinadas a escolhas que ultrapassem o nível do “eu” singular e adquirem uma amplitude coletiva: social, humana (BARROCO, 2010, p.83, grifos do autor).

Nessa acepção, a ética corresponde à reflexão de determinados valores e regras a fim de propiciar orientações que podem interferir na condução da vida por parte dos sujeitos e das instituições visando à coletividade. A ética se configura como uma crítica à alienação moral, e é, também, uma forma de “crítica à vida cotidiana, em seus aspectos morais, isto é, à discriminação, ao preconceito, ao moralismo, ao individualismo, ao egoísmo moral” (BARROCO, 2010, p. 84). No questionamento do egoísmo moral reside a compreensão das relações sociais que se fundam na exploração do trabalho e na apropriação da riqueza socialmente construída pelo gênero humano (BARROCO, 2010).

Igualmente, a demanda reprimida ou aquela que não está aparente demonstra que algumas situações são entrelaçadas por outros processos, os quais somente serão descortinados se os profissionais forem capazes de aguçar sua habilidade de investigar, na direção de conhecer mais para intervir melhor.

Todavia, no cotidiano institucional não podemos adotar a “política do avestruz” e fingir que não estamos vendo as pessoas que retornam sem atendimento, que demoram meses amargando uma espera por consultas e/ou exames que o profissional de saúde afirmou ser de urgência (VIDAL, 2007, p. 137).

Tal ponderação serve como forma de exemplificar a necessidade de um compromisso do profissional para a compreensão da realidade, em seus diversos aspectos e dar visibilidade aos processos sociais de desigualdade, inscrevendo-os na totalidade. Exemplifica-se: a procura recorrente de um paciente pela emergência do hospital pode estar demonstrando sua dificuldade de acesso à atenção básica e, assim, expondo a fragilidade das políticas sociais, que está presente nas análises acadêmicas sobre a temática, mas que os profissionais têm acesso “privilegiado” pela posição que ocupam.

A postura investigativa em si não pode ser caracterizada como pesquisa, que é um processo mais estruturado e sistematizado, no entanto, pela atitude de ir além do aparente, o profissional pode lograr análises mais concisas. Em outras palavras, a postura investigativa do profissional não confere cientificidade a seus achados, mas pode ser o primeiro momento de identificação de uma dada realidade e a necessidade de um processo mais organizado, na busca por respostas e estratégias de mediação para a superação daquela realidade que é essencial aos processos interventivos.

Os dados obtidos na investigação profissional devem ser analisados e situados dentro do contexto histórico das políticas sociais e das instituições. Tem o objetivo de ultrapassar a aparência, partindo “da análise da conjuntura e da estrutura que codifica o contexto econômico e social em que estão inseridas as instituições e os sujeitos participantes, pois nada pode ser visto de forma isolada, e sim como produto de relações que se travam no meio social em que se está inserido” (VIDAL, 2008, p. 142).

Já se mencionou a pesquisa como forma de produção do conhecimento. Outrossim, a ela também é forma de produção de resistência, se assumida como processo social com o ímpeto de transformação da realidade. A formação profissional deve estimular os estudantes e futuros profissionais para o conhecimento da realidade através do desenvolvimento de pesquisas. Dessa forma, se torna possível identificar os movimentos entre a particularidade e a universalidade, seu contexto e suas contradições (PRATES, 2013). Nessa direção é necessário à formação do Assistente Social

Formar profissionais que tenham postura investigativa, clareza de finalidade naquilo que realizam, que contribuam para desocultar os fetiches que conformam a relação capital e trabalho e, para além das demandas do mercado, respondam às necessidades da sociedade materializadas e almejadas – afinal almejamos outro patamar de sociabilidade – é, sem dúvida, um imenso desafio. Isto implica formar profissionais que não se contentem com o aparente, que tenham capacidade crítica e autocrítica, postura ética e compromisso com a sociedade do seu tempo [...] (p. 2).

O Serviço Social dispõe de um instrumental de intervenção junto aos usuários de seus serviços, às instituições e à realidade social. A competência técnico-operativa possibilita ao profissional “o manejo de instrumentos e técnicas pode ser útil para obter dados, sistematizar informações, lidar imediatamente com a empiria” (SILVA, 2013, p. 79). O trabalho profissional do assistente social ocorre nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais nos quais ele desenvolve sua atividade prática, baseado nos princípios éticos da profissão, através da manipulação de técnicas e instrumentos mais ou menos estruturados no sentido de conhecer os usuários e suas demandas bem como lançar mãos de estratégias que possam direcionar para o acesso aos direitos sociais.

No entanto, o trabalho cotidiano é permeado pela alienação inerente à inserção do assistente social na divisão social do trabalho (IAMAMOTO, 2008). Assim sendo, é preciso que o profissional seja capaz de suspender suas tarefas diárias e rotineiras – tais como: preenchimento de fichas cadastrais, entrevistas de acolhimentos e acompanhamento, elaboração de relatórios e estudos sociais, desenvolvimento de abordagens individuais e grupais, dentre outras – na direção de atribuir significado ontológico a seu trabalho.

O conhecimento não pode se esgotar na apreensão da aparência, no imediato, pois ela se configura apenas como ponto de partida. Portanto, o caminhar para o conhecimento deve prosseguir até a apreensão da essência. O que nos leva a dizer que a prioridade não pode ser entendida como um fim em si mesmo, uma vez que ela é apenas uma parte da realidade, que só pode ser tomada em sua totalidade – unicidade – após o exercício de compreensão realizado pelo processo racional, teorizado (XAVIER; MIOTO, 2014, p. 360).

A partir da análise de Xavier e Mito (2014) identifica-se que não é possível compreender a competência técnico-operativa deslocada do eixo teórico-metodológico tendo em vista que apenas o processo e intervenção diretos com a população usuária são envoltos pelo imediatismo e pelo aparente, o que pode prejudicar a apreensão e a efetiva intervenção no real. Daí situar-se a formação como potencializadora dessa intervenção através de “uma dimensão de abstração que só supera o nível abstrato na medida em que se dá o diálogo contínuo com o fazer” (NICOLAU, 2004, p. 95).

As diretrizes curriculares da ABPESS (1996) balizam a formação profissional e são fundamentais para “o estabelecimento de um patamar comum, assegurando, ao mesmo tempo, a flexibilidade, descentralização e pluralidade no ensino do Serviço Social, de modo a acompanhar as profundas transformações da ciência e da tecnologia na contemporaneidade” (ABEPSS, 2004, p. 76). Tais diretrizes se orientam a partir de núcleos de fundamentação: fundamentos teórico-metodológicos da vida social (compreende um conjunto de fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos para conhecer o ser social), fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira (remete à compreensão das características históricas particulares que configuram a sua formação e desenvolvimento urbano e rural, em suas diversidades regionais e locais) e fundamentos do trabalho profissional (compreendendo os elementos constitutivos do Serviço Social como uma

especialização do trabalho: seu desenvolvimento histórico, seus referenciais em termos de teoria, ética, metodologia e técnica além dos aspectos relacionados à pesquisa, ao planejamento e a administração em Serviço Social, além do estágio supervisionado) (ABEPSS, 1996).

Cada um desses núcleos comporta uma série de conteúdos mínimos que serão incorporados às disciplinas nos cursos de graduação em Serviço Social. Os núcleos de fundamentação elencados pela ABEPSS (1996) oferecem subsídios, também, para a inserção e, conseqüentemente, o trabalho do assistente social na saúde.

A ABEPSS vem defendendo que a formação para a área da saúde deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e das necessidades de saúde da população, tanto individual como coletiva (CASTRO, 2013, p. 355).

A vinculação da formação em saúde às diretrizes da ABEPSS orienta-se na defesa da integralidade da atenção às demandas oriundas da classe trabalhadora e na orientação do trabalho na perspectiva de acesso aos direitos que possam atender às necessidades e às determinações sociais do processo saúde/doença. A integralidade busca compreender, para intervir, nas mediações que ocorrem nos processos de produção e reprodução social da vida em seus aspectos materiais e subjetivos. A integralidade é assinalada como um eixo estruturante do processo de formação dos profissionais da área da saúde. Isto porque o conceito sugere analisar criticamente as condições de saúde dos usuários e os elementos que estão ocultos nesse processo, ultrapassando as fronteiras entre o biológico, o social, o econômico e o psíquico (CASTRO, 2013).

Por fim, identifica-se que a formação em Serviço Social deve ter como horizonte o trabalho profissional baseado na garantia de direitos fazendo frente ao conservadorismo e ao messianismo. Os assistentes sociais são desafiados à construção de estratégias que enfrentem a configuração das políticas sociais sob o mando do neoliberalismo e da contrarreforma do Estado.

O desafio para os assistentes sociais é o de uma tomada de posição ética e política que se insurja contra os processos de alienação vinculados à lógica contemporânea, impulsionando-as a dimensionar nosso processo de trabalho na busca de romper com a dependência, subordinação, despolitização, construção de apatias que se institucionalizam e se expressam em nosso cotidiano de trabalho (ABEPSS, 2004, p. 79).

Garantir acesso aos direitos no âmbito do SUS e na alta complexidade em saúde pressupõe um trabalho no qual o assistente social busca intervir em processos sociais que expressam as condições de vida, em termos de saúde e de adoecimento, dos sujeitos atendidos nas instituições como os hospitais, por exemplo.

O acesso aos direitos socialmente conquistados, tanto os presentes nas políticas sociais existentes, quanto os que ainda não são contemplados nesses instrumentos (os direitos ambientais, por exemplo), ocorre no intenso e contraditório desenvolvimento da realidade. Por serem oriundos do complexo movimento histórico da sociedade capitalista, sua materialização está dialeticamente articulada às condições nas quais as políticas sociais são construídas e implementadas. A formação profissional do assistente social deve atentar para essa dinâmica. Haja vista que os direitos sociais e as políticas sociais a eles correspondentes são insuprimíveis no trabalho do assistente social, a formação deve oportunizar aos (futuros) profissionais o conhecimento do funcionamento dos aparatos legais que operacionalizam tais políticas. Além disso, precisa desenvolver junto aos sujeitos a capacidade crítica para avaliar os desafios e as possibilidades de ampliação da cidadania via políticas sociais.

O Serviço Social construiu nas últimas décadas uma estrutura teórica, política e interventiva no qual expressa sua maturidade enquanto profissão no Brasil. A agenda de lutas da categoria⁴⁷ e o acúmulo teórico advindo da produção de conhecimento na área do Serviço Social e afins, expõe a construção de uma cultura profissional anticapitalista, baseada em valores socialistas e na perspectiva de uma nova sociedade. Assim sendo, o espaço formativo contribui com a consolidação da profissão ao atentar para a interlocução do movimento interno da categoria e como este está inscrito no movimento geral da classe trabalhadora, em suas lutas e

⁴⁷ O CFESS publica periodicamente a publicação “CFESS Manifesta”, com a apresentação do posicionamento do Conselho frente as questões contemporâneas tais como: defesa da seguridade social, da política urbana, contra a violação de direitos, em respeito às diversidades, etc. Todas as publicações estão disponíveis no site do CFESS: <http://www.cfess.org.br/>.

resistências, identificando avanços, contradições e desafios e propondo a construção coletiva de uma nova ordem societária baseada na liberdade, cidadania e igualdade.

É necessário considerar, ainda, que a formação profissional, tanto no Serviço Social, quanto nas demais profissões, está sob a influência de processos que a destituem do caráter crítico e integrador. Vivencia-se cotidianamente a precarização da educação, que no nível superior convive com o apelo à tecnificação e à formação acelerada, com o crescimento do ensino à distância com todas as suas críticas e dilemas⁴⁸, em uma formação destinada ao mercado de trabalho distanciando-se da criação de contingentes profissionais críticos e propositivos.

Identificam-se três elementos que tem influência na formação desde a graduação até à formação continuada. Esses elementos dizem respeito aos desafios de uma formação permanente que deverá realizar a autocrítica para que a profissão não incorra no fatalismo, não esbarre no que está instituído e, a partir de uma profunda reflexão, organize-se em torno de lutas conjuntas (PRATES, 2016).

O primeiro elemento consiste na consciência, por parte dos profissionais, de que o conhecimento é provisório, é movimento e é compromisso ético, ou seja, não poderá o profissional estar qualificado para a atuação diante das complexas expressões da questão social com uma formação realizada há tempos e sem aproximações ao conhecimento produzido mais recentemente.

Tornar uma intervenção mais qualificada precisa observar essas três dimensões da provisoriedade, do movimento e do comprometimento ético, pois, em que pese o fato de que as profissões são capturadas pelos processos de alienação no trabalho, as formas de resistência também estão presentes no cotidiano via contradições. Especificamente em relação à ética na formação permanente, deve-se observar que o compromisso a ela atinente repercute na politização da categoria, isso consiste em utilizar o conhecimento produzido para as micro-revoluções do cotidiano, a partir dos espaços que os profissionais ocupam.

[...] a referência à politização significa a superação do senso comum em relação aos fatos e ao contexto econômico, político e social que condiciona as políticas públicas e as condições de sua oferta, bem como as condições de vida dos sujeitos e as opressões de classe que também se manifestam em opressões de gênero, etnia, e outras formas de expressão da diversidade (PRATES, 2016, p. 04).

⁴⁸ Sugere-se a leitura do material “Educação não é fast-food” do CFESS (2011).

Portanto, é primordial que os profissionais observem as transformações societárias em curso e seu rebatimento junto à profissão, às políticas públicas e aos usuários dos serviços. No que tange à alta complexidade, ao se levar em conta os aspectos anteriormente citados, um acurado processo de formação permitirá aos profissionais reconhecer a complexidade das demandas e a necessidade de aguçar os sentidos para a análise das situações atendidas nos serviços de saúde. Ademais, o conhecimento teórico da realidade social, corrobora para a compreensão dos “elementos envolvidos no fazer profissional que nos possibilita responder com competência às demandas da população que solicita os serviços sociais” (SANTOS, 2016, p. 281).

Uma postura crítica, que leve em consideração o provisório e o movimento do conhecimento, observam a interação e o modo como os profissionais interrogam ou reforçam os processos característicos de cada instituição.

Tomamos aqui a crítica como exercício de estranhamento do corriqueiro, das verdades e normas que, sem que sejam explicitadas, organizam nosso cotidiano. A crítica seria a tessitura de pequenas genealogias das certezas que nos norteiam, as quais permitem interrogar e forjar problemas e perguntas a seus enunciados de verdade (GUIZARDI et al, 2005, p. 156).

Um segundo elemento refere-se à precarização do trabalho e a vida “*just in time*” que impactam sobre as condições dos profissionais realizarem a necessária formação permanente. A precarização do trabalho atinge, reitera-se, o Serviço Social, com forte impacto nas relações de trabalho dos assistentes sociais, tencionando a (relativa) autonomia e os resultados do trabalho profissional. Segundo Yamamoto (2014), as condições de trabalho dos assistentes sociais se desenvolvem em meio a um contexto no qual cresce o trabalho precário, temporário e a contratação por projeto, que geram: “insegurança da vida dos profissionais mediante a ausência de horizonte de longo prazo de emprego e a perda de direitos” (p. 633).

A precarização do trabalho converge para um processo em que projetos são abruptamente interrompidos, por conta de financiamento insuficiente e, ainda, causam metamorfoses nos locais de trabalho, bem como no mercado de trabalho, através da redução dos postos de trabalho e da diminuição dos salários. Santos (2016) refere que o contexto de gestão e organização do trabalho atinge o assistente social em suas

condições de trabalho e na qualidade da formação profissional, expressando-se em desafios de toda ordem, tais como:

[...] as exigências de produtividade postas pelo mercado, com pressões prazos a serem cumpridos; a falta de técnicos especializados e/ou diminuição de recursos humanos e financeiros; os precários contratos trabalhistas que comprometem a qualidade impressa ao conteúdo do trabalho e dos procedimentos utilizados na sua realização, uma vez que não garantem a continuidade de suas atividades; poucos profissionais para atender a um grande contingente, fortalecendo práticas rotineiras, reiterativas e fragmentadas (p. 279).

Enfim, a precarização do trabalho é hoje nas palavras de Alves (2013) a precarização do homem-que-trabalha, numa alusão à categoria lukacsiana. Refere o autor que o contexto de crise estrutural do capital em que, devido à dificuldade do capital de valorizar-se, ele causa sobre os trabalhadores novas formas de exploração de sua força de trabalho assalariado. Além disso, ocorre a deformação do humano-social, a crise do humano, “com a incapacidade do sistema do capital em realizar as promessas civilizatórias contidas no desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social” (ALVES, 2013, p. 87).

A vida “*just in time*” diz respeito, então, a um dos aspectos da precarização do trabalho na medida em que se capitaliza, pela vida dos homens e mulheres, as determinações e configurações da organização e gestão da força de trabalho. Tal método serve-se para a gestão da produção, através do qual se produz somente aquilo que é necessário e na hora necessária. Assim sendo, deve haver total controle sobre o que é produzido, evitando desperdícios que causariam perda de valor. Subjaz a essas determinações a flexibilidade dessa produção.

Na verdade, o que ocorre é a disseminação da organização dos processos de produção baseados em formas flexíveis para o conjunto das relações sociais de produção. Alves (2013) expõe que a flexibilidade assume novas proporções, intensidade e amplitude, devido à ofensiva neoliberal das últimas décadas. A flexibilidade torna-se, no significado genérico, “um atributo da própria organização social da produção, assumindo uma série de particularizações concretas, com múltiplas (e ricas) determinações” (p. 88).

Ao passo em que se flexibilizam as relações de trabalho, também se flexibilizam os locais e o tempo de produção. É comum que os trabalhadores estejam

tão esgotados após a jornada de trabalho que inserir-se em processos formativos se torna mais um fardo do que um processo prazeroso. Também é muito comum que o trabalho doméstico se torne necessário frente à demanda e ao medo do desemprego por falta de produtividade. É na condição de trabalho invisível que ocorrem essas atividades extra-turno, no qual a jornada de trabalho se amplia para “o espaço da vida privada reduzindo não só o tempo de descanso, mas as possibilidades de contatos, a participação do trabalhador em outras instâncias, assim como a atenção do trabalhador para outros temas” (PRATES; BORTOLI; KUNZLER, 2015, p. 03)

Isso explicita que o trabalho não pode ser medido, em termos de qualidade, apenas pelos vínculos contratuais, mas deve-se observar, sobretudo, “a dinâmica do vínculo sociometabólico proporcionado pelo trabalho, isto é, a relação trabalho-vida inscrita naquela experiência de emprego assalariado” (ALVES, 2013, p. 163). Portanto, as situações relacionadas à organização do trabalho tem se desdobrado pela totalidade da vida social expressando-se, principalmente, na qualidade de vida do trabalhador e no produto de seu trabalho.

Os procedimentos se sobressaem às práticas reflexivas uma vez que as instituições organizam suas rotinas de trabalho de modo que os trabalhadores apenas cumpram suas tarefas rotineiras e sem reflexão (ALAYÓN, 2016). Desse modo, diante das adversidades do mundo do trabalho, coloca-se como um limitador para a formação continuada, e até mesmo para a graduação, pois muitos estudantes também são trabalhadores, a situação da alienação do trabalho. Difunde-se a ideia conservadora de que teoria e prática estão separadas, ou não se relacionam mutuamente, e de que cabe aos teóricos a produção do conhecimento e aos profissionais “da ponta” a execução.

Portanto, é de suma seriedade que os profissionais possam reconhecer-se como sujeitos ativos do processo de produção e fazer frente às situações de das condições de trabalho e das práticas alienadoras. Isso poderá ocorrer com o incentivo, desde a formação graduada, da vigilância dos processos sociais de subalternização e dos processos emancipatórios e, ainda, que a realidade se coloque de forma adversa, é possível investir na realização do aperfeiçoamento profissional, visando à qualificação dos serviços prestados.

Por fim, o último aspecto se refere às questões econômicas da formação. A privatização crescente da educação (IAMAMOTO, 2014), como um dos muitos campos nos quais as políticas sociais tem se efetivado via mercado, tem causado

rebatimentos sobre as possibilidades de continuidade dos estudos por parte dos profissionais. Não se esgota aqui a situação da privatização dos direitos sociais, dados os limites do texto, no entanto, é importante salientar que a Universidade e a formação passam a ser influenciadas pelos organismos multilaterais de financeirização da economia.

O propósito é compatibilizar o ensino superior com a financeirização da economia, fazendo com que as descobertas científicas e o seu emprego na produção se tornem meios de obtenção de lucros excedentes, o que justifica a orientação de submeter a universidade aos interesses empresariais, explícita nas políticas sociais de ciência, tecnologia e inovação, em tempos de mundialização do capital presidida pelas finanças (IAMAMOTO, 2014, p. 625).

Dessa forma, se torna um desafio aos assistentes sociais realizarem cursos de aperfeiçoamento, participarem de seminários e eventos da área do Serviço Social e áreas afins, devido aos altos custos dessas atividades. Os rebaixamentos dos salários, a parca oferta de cursos e eventos gratuitos, além do insuficiente apoio das instituições empregadoras, corroboram para acentuar as dificuldades de formação permanente.

No que se refere à imagem e identidade profissional entende-se que essas dimensões têm estreito vínculo com a formação. A partir do conhecimento da história do Serviço Social em seus impasses e avanços, da formação dos contingentes profissionais com as especificidades do currículo de cada época e das perspectivas futuras diante dos atuais desafios postos à profissão, devendo a formação trazer elementos para que se compreenda a evolução da imagem e da identidade profissional. Não obstante, é importante demarcar que para além das intensões essa imagem e identidade se legitimam na materialidade concreta dessa profissão que se consubstancia nas suas intervenções concretas e produções.

Através da formação qualificada pode-se compreender que a identidade profissional por ser “frágil, esvaziada de tempo, de história” (MARTINELLI, 2000, p. 158) se configura como processual, sendo construída no movimento da categoria profissional dentro do contexto social em que se insere. A imagem e a identidade profissional do assistente social, construída junto às instituições e seus trabalhadores e junto aos usuários dos serviços por elas prestados, estão diretamente ligadas à sua forma de intervenção.

Baseada na integralidade, a formação e a intervenção do Serviço Social é capaz de oferecer elementos advindos da concepção de saúde adotada pela categoria, com base nos referenciais do Movimento da Reforma Sanitária e das diretrizes do SUS, para a conformação de uma identidade profissional do assistente social que congregue a garantia de direitos e a transformação social.

Neste caso, as possibilidades de materializar níveis de integralidade da atenção em saúde está diretamente relacionada à concepção de saúde do profissional, à organização dos serviços de saúde e desta com as outras políticas sociais e à capacidade de trocas de saber, definição de objetivos comuns e de relação de poder intraequipe (LIMA, 2012, p. 136).

Nota-se que as opções do Serviço Social pelos valores que configuram a saúde como processo e direito social, são responsáveis pela imagem e pela identidade profissional que o assistente social almeja nessa área. Dessa forma, é imprescindível que a formação dê conta de problematizar junto aos alunos o que significa para a categoria a opção pelos valores da Reforma Sanitária e quais as exigências que a inserção na política de saúde fará àqueles que lá estiverem e que, comprometidos com a sua concretização, lutem pela efetivação da identidade profissional do assistente social junto à política de saúde bem como junto à sociedade.

6 CONCLUSÃO

Se há algum sentido na história, há que descobri-lo e defini-lo a partir de dentro do turbilhão da mudança, um turbilhão que afeta tanto os termos da discussão como o que está sendo discutido.

(David Harvey)

O caminho percorrido até aqui possibilita tecer algumas conclusões. Trata-se de ponderações sobre o estudo realizado que se destinam a contribuir para o conhecimento do Serviço Social e para o trabalho dos assistentes sociais, em que pese sua provisoriedade, pois, se conhecimento é processo contínuo, não é plausível abordar as inúmeras questões que envolvem o fenômeno em estudo a não ser como uma totalização provisória. Ainda, assim, as discussões tecidas destinaram-se a elucidar da forma mais ampla possível a inserção do assistente social na política de saúde, com destaque para o trabalho profissional na área hospitalar e sua relação com a imagem e a identidade desse profissional, a partir, das demandas a ele encaminhadas.

Nenhuma profissão pode ser explicada senão por sua inserção na história e no movimento da sociedade (CASTRO, 2011). Através desse movimento, o Serviço Social participa da divisão sociotécnica do trabalho (IAMAMOTO, 2006) o que lhe possibilita a aproximação com os empregadores que demandam suas ações, atividades e intervenções, mas também oportuniza ao assistente social o contato com a classe trabalhadora, para a qual a categoria tem direcionado a intencionalidade de sua intervenção no sentido de garantir acesso aos direitos sociais. Por tal inserção, o assistente social se depara, também com os dilemas do trabalho na sociedade capitalista que, quanto mais desenvolvido, nos limites do capitalismo, mais se vê a apropriação privada dos seus resultados.

Assim sendo, o Serviço Social no Brasil somente pode ser analisado inserido na conformação da sociedade brasileira, na quarta década do século XX. Esse pressuposto conduziu a presente tese, permitindo compreender que tanto a profissão quanto os profissionais guiaram-se por caminhos inscritos no desenvolvimento e na afirmação do capitalismo no Brasil.

Nos seus 80 anos, o Serviço Social brasileiro se consolidou como uma profissão dotada de um legado que advém de sua maturidade intelectual e política. O Serviço Social não seria o que atualmente é se não tivesse se insurgido contra o

espaço que a ele foi definido pelas classes dominantes e aceito pelos primeiros contingentes profissionais. Nem de longe é possível imaginar que a dinâmica de mudanças na profissão ocorreu de forma tranquila e em um contexto favorável. Foi em meio a forças e conflitos de toda ordem que a profissão deu seu salto qualitativo permitindo que chegasse ao século XXI afirmando valores progressistas na direção de outra sociabilidade que não a do capital, o que exigiu que a organização da categoria amadurecesse.

A direção social da profissão é delineada por seu projeto ético-político. Desde a década de 1970, o Serviço Social revisou os instrumentos que configuram tal projeto: as diretrizes curriculares para a formação profissional, a lei de regulamentação da profissão e o código de ética profissional. Através do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, o chamado Congresso da Virada, o Serviço Social desperta, efetivamente, para o fato de que era preciso mais do que “saber fazer”. Entretanto, é na década de 1980, com a vinculação à teoria social-crítica, de inspiração nas obras de Marx, que a profissão incorporou as mudanças da década passada, consolidando o projeto profissional que a partir do Movimento de Reconceituação vinha sendo forjado, na intenção de Ruptura (NETTO, 2004), com o Serviço Social gestado em meados dos anos de 1930 e desenvolvido até então.

O Projeto Ético-político Profissional é hegemônico para a formação e o trabalho dos assistentes sociais, no entanto, o conservadorismo ainda é presente no cotidiano profissional, uma vez que há uma conjuntura que favorece a vinculação a tais valores. Ademais, algumas correntes teóricas pós-modernas apresentam-se como alternativas, mas como “canto de sereia” seduzem os profissionais que, com análises sem consistência e fragmentadas, desprezando a totalidade, reatualizam o conservadorismo.

A realidade que se põe à profissão também é fonte de limites. O contexto adverso da crise do capitalismo, cujo “remédio” foi à vinculação ao referencial teórico do neoliberalismo, impactou na regressão do Estado na área social, através de políticas sociais fragmentadas e incipientes, ainda que alguns tímidos avanços devam ser reconhecidos. O trabalho do assistente social ocorre nesses espaços socioinstitucionais com uma intervenção que acontece de forma imediata. Assim sendo, o assistente social é convocado a fazer frente à regressão, adensando sua intervenção na perspectiva do mediato, ou seja, a partir de atividades singulares e

pontuais, construir ações que se mostrem articuladas a processos sociais inseridos na totalidade, a médio e longo prazo.

A permeabilidade socioinstitucional que o Serviço Social galgou nos últimos anos, permite aos profissionais direcionar suas atividades dentro de uma totalidade historicamente construída. Repousam nessa afirmação as possibilidades que, dadas às contradições do real, servem de ânimo para que os profissionais não esmoreçam frente aos entraves e potencializem os espaços de resistência e de construção de uma nova forma de proteção social.

Aí está outro vetor que merece atenção especial: as demandas que são direcionadas ao assistente social nas instituições em que ele se insere. As demandas são, em determinados aspectos, recortes da realidade apresentadas aos profissionais como “problemas sociais”, guardando características que expressam vinculação à finalidade da instituição ou às questões que a permeiam. Contudo, uma análise que tem por base a totalidade concreta, exige a contextualização dessas expressões como decorrência da questão social e, portanto, como expressões que materializam desigualdades, fruto de um conjunto de condicionantes, mas também, expressões de resistência, superando o reducionismo de sua aparência, como problemas sociais.

O percurso percorrido desde a construção do projeto de pesquisa, seu desenvolvimento e a produção desta tese apresentou uma realidade permeada por processos sociais nos quais a temática central desse trabalho se insere. Não resta dúvida que o trabalho do assistente social na área da saúde esteja consolidado, o que não significa que este trabalho se desenvolva sem percalços e desafios, da mesma forma como não é correto afirmar que não exista um produto qualificado como resultante do conjunto de suas atividades.

Para o Serviço Social, o objeto de intervenção profissional são as expressões da questão social. Tais expressões expõem a forma como os sujeitos vivenciam as desigualdades e a elas resistem (IAMAMOTO, 2006). A origem da questão social repousa na relação capital e trabalho que, no modo de produção capitalista, tem como consequência a produção social da riqueza, a sua apropriação por parte da classe que detém o capital e a sua expropriação da classe trabalhadora. Para os trabalhadores, além da sua exploração, via trabalho não pago e em condições precárias, também coexistem a pobreza, o desemprego, o medo, a fome, a ausência de atendimento integral frente às necessidades, entre outros.

Dos tempos da Revolução Industrial, quando da origem da questão social, até suas expressões na atualidade se percebe que embora tenha havido o crescimento e o desenvolvimento das bases produtivas, a desigualdade pouco ou quase nada se alterou em termos absolutos. Ao contrário, percebe-se que ela vem se acentuando e se expressando de novas formas. É importante, igualmente, destacar que como ressalta Marx (2010), na medida em que a sociedade se desenvolve, novas necessidades são também criadas. Para o assistente social essa dinâmica lhe põe diante de um contexto que, nas condições atuais de desmonte e retrocesso, beira a catástrofe social. Dessa forma, se reatualizam os desafios postos a esse trabalhador, o assistente social, na sua intenção de garantia de acesso aos direitos sociais, que são produtos da reivindicação da classe trabalhadora ante as aviltantes condições de vida e trabalho a que são expostos ao longo dos últimos séculos.

Retoma-se, nesse momento, a tese proposta e que, tomada como fio condutor, constituiu a discussão ao longo dessa produção: **as demandas encaminhadas ao Serviço Social espelham a imagem da profissão que é parte constitutiva da sua identidade profissional, uma vez que, em sua relação dialética, a aparência (a imagem) revela aspectos de sua essência (a identidade). Pode-se afirmar que o assistente social é o profissional demandado para ser o elo entre os usuários e a instituição, os usuários e a rede de serviços, e, ainda, entre a instituição e a rede de serviços. Ademais, em seu trabalho cotidiano, o assistente social tem contato com demandas, muitas vezes, aparentemente simples ou deslocadas de seu projeto ético-político, mas que exigem uma cadeia de mediações para que providências e procedimentos possam ser potencializados a partir de processos sociais mais substantivos na perspectiva da garantia de direitos.**

Isto posto, identifica-se que o questionamento central para as conclusões dessa tese é: o que o real está apresentando? Essa questão pode ser desdobrada, também, da seguinte forma: o que o real, via demandas apresentadas ao Serviço Social, tem mostrado?

Inicialmente, conforme se defende ao longo de todas as discussões, o real está mostrando que, os elementos aparentemente simples, assim como a mercadoria em Marx, escondem uma complexidade de relações e mediações que precisam ser desocultadas e problematizadas para instruir, no caso do objeto de estudo dessa produção, o trabalho profissional. As aviltantes condições de vida e trabalho da classe

trabalhadora, mesmo sendo explicitadas em toda a sua perversidade na mídia, debatida e expressa na teoria, na representação das artes e da cultura, ainda precisa de análises bem apuradas no sentido de que possam ser explicadas pelas quais coexistem a desigualdade e a resistência.

O contexto social atual se configura como de difícil análise, mas há algumas prospecções diante do que se examina. Visualiza-se que os valores antidemocráticos, conservadores e reacionários tem feito frente àqueles emancipatórios e baseados na democracia, na igualdade e na liberdade. As parcas conquistas da classe trabalhadora passam a ser questionados pelos valores legitimados pela ordem burguesa e seus aparatos, como o Estado capitalista, primando por restrição de direitos, pela repressão e aos fundamentos pautados nas teorias sociais críticas.

Os dilemas do trabalho na sociedade capitalista expõem a intervenção profissional à questão social e suas mazelas que tomam contornos de marcas quase indelévels, assumindo características de catástrofe social. É como se o ocaso dos tempos tivesse acontecido e agora nada mais possa mudar. Mas, diferentemente disso, as formas de resistência têm feito frente às desigualdades e, ainda que muitas vezes tudo pareça perdido, os trabalhadores tem conseguido expor suas queixas, serem ouvidos e alcançarem resultados. São exemplos dessa luta, a ocupação das escolas e universidades, por estudantes e professores, que mostram a firmeza desses sujeitos no enfrentamento ao congelamento do seu futuro⁴⁹.

O capitalismo financeiro necessita do Estado para a realização da valorização do capital. O Estado, por seu turno, é pressionado constantemente pelos organismos multilaterais, como o FMI e o Banco Mundial, ao cumprimento de metas e reformas com o objetivo de que os empréstimos de recursos e do financiamento de projetos estatais sejam mantidos por parte daqueles organismos e com isso, a dependência. Nessa direção, as empresas multinacionais tencionam os Estados para que criem as oportunidades de maximização dos seus lucros frente ao atendimento das necessidades da classe trabalhadora. O avanço de governos conservadores, como

⁴⁹ Com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241/16 (na Câmara dos Deputados), oriundo do executivo, e que tramita no Senado Federal sob o nº 55/2016, tem origem no Brasil uma série de lutas sociais para o enfrentamento a essa PEC, que objetiva, controlar os gastos do executivo por um período de 20 anos, com forte impacto sobre a destinação de recursos para as políticas sociais. Diante desse cenário, os estudantes em nível médio e superior passam a ocupar escolas e universidades com a intenção de barrar a PEC, que tem sido chamada de PEC do “Fim do Mundo”.

Macri, na Argentina, Temer, no Brasil e Donald Trump, recém-eleito, nos Estados Unidos, só agravam esse quadro.

Reitera-se o resultado dessa dinâmica: a pobreza, o desemprego estrutural, o desmonte da seguridade social, o subfinanciamento das políticas sociais, dentre outros. Soma-se a essa realidade a superexploração do trabalho, via desregulamentação das leis trabalhistas e intensificação das jornadas de trabalho. Reaparecem as formas de trabalho desprotegido, basicamente via informalidade, deixando o trabalhador ainda mais vulnerável diante do contexto da ausência de cobertura da previdência social, por exemplo. A questão social apresenta-se, atualmente, a partir dos processos de precarização do trabalho, da violência, do atentado aos direitos humanos, da fome, da guerra, do terrorismo, do imperialismo e da globalização das desigualdades. Tudo isso ocorre mediante o aumento das riquezas no mundo em desproporção com a sua distribuição.

Como contraponto aos processos sociais que expõem a desigualdade social, política, econômica e de acesso a bens e serviços têm-se, em todo o mundo, movimentos sociais que buscam denunciar essas desigualdades, tentando frear a investida do capital sobre o trabalho e propondo mudanças na atuação do Estado para o acesso e a garantia dos direitos. Além da denúncia que oferecem esses movimentos, eles próprios precisam suportar a ofensiva dos aparatos estatais e da mídia que tentam criminalizá-los para desmotivar a luta, através de preconceitos e distorções de seus ideais.

No Brasil, além das lutas dos estudantes já mencionada, que demonstra a resistência deles as reformas propostas pelo governo Temer, existem outras frentes de luta e resistência. São exemplos desses movimentos o Movimento dos Trabalhadores sem Terra e o Movimento Nacional da Reforma Urbana, o primeiro denuncia o latifúndio como problema crônico da sociedade brasileira e que é fonte de inúmeros privilégios aos detentores da terra produtiva; o segundo expõe a situação de apropriação e subutilização do espaço urbano, responsável pela exclusão dos cidadãos do espaço da cidade e do que ela pode oferecer em termos de bens, serviços e direitos (SILVA, 2013).

Em nível mundial desde a crise mundial iniciada em 2008, impulsionaram-se diversas frentes para apontar a verdadeira origem da crise, que é o cerne do capital: sua desenfreada ânsia de acumulação a qualquer preço. Nos Estados Unidos, na Europa e na Ásia, principalmente, movimentos sociais foram as ruas para mostrar que

o desemprego estava por instaurar uma situação de calamidade entre os povos. Na Espanha, na Grécia e em Portugal, locais onde a crise precedeu às medidas de austeridade, os trabalhadores ocuparam ruas e praças expondo o aviltamento de suas condições e as consequências daquelas medidas.

Além disso, em diversos países comandados por governos ditatoriais de décadas a população questionou seus direitos de escolha e a ausência dos valores democráticos, impulsionados pela crise econômica mundial. Esses movimentos surgiram, sobretudo, no Oriente Médio e no Norte da África e ficaram conhecidos como “Primavera Árabe” e diversos países observaram o “agitamento” da população: Tunísia, Egito, Líbia, Síria, Argélia, Omã, dentre outros.

Os movimentos sociais e a participação popular continuam a serem elementos basilares na ocupação dos espaços de luta por uma sociedade mais justa e igualitária. Nesta sociedade, a cidadania sai do discurso e passa a ser construída na prática através da conquista, da consolidação e da ampliação dos direitos. Necessários e atuais, os movimentos sociais de resistência são vitais à sociedade no sentido da construção de um mundo que aceite diferenças e que encontre um caminho de convívio e superação da exploração e da desigualdade.

A pesquisa empírica apresentou uma série de demandas (presentes no capítulo 4), que evidenciam aos assistentes sociais as desigualdades e resistências à questão social, através dos processos de adoecimento e das demandas a eles inerentes. Saltam aos olhos formas tradicionais de processos de desigualdades que persistem mesmo diante da melhora de alguns indicadores de vida no Brasil nos últimos anos, dada a “estabilidade” da economia que conjugou interesses do capital e da classe trabalhadora, com privilégios dos primeiros, obviamente. Aqueles que adoecem trazem consigo as questões relacionadas à pobreza e seus estigmas, à fragmentada atuação das políticas sociais e ao sucateamento dos aparatos estatais responsáveis pela execução das políticas sociais.

Primeiramente, identificou-se que a pobreza apresenta-se em sua multidimensionalidade envolvendo a ausência de renda monetária e as demais situações de vida e trabalho. As condições de vulnerabilidade e risco social demonstram que os pobres sofrem cotidianamente a ausência de recursos sociais que os possibilitem satisfazer suas necessidades vitais de sobrevivência. Na área da saúde, essa realidade se apresentou através das condições precárias de moradia, dos estigmas sociais sobre algumas doenças, como a Aids que, por preconceito, alija

as pessoas do convívio social, e, ainda, a drogadição e a violência, como processos sociais nos quais a pobreza se torna fator de risco para o acometimento de doenças e/ou agravos à saúde.

Como segundo ponto observa-se a atuação bastante restrita das políticas sociais. Configurando-se como respostas institucionais do Estado e da sociedade, principalmente da classe burguesa, as políticas sociais vem em um processo de derrocada, em âmbito mundial tal como no Brasil, desde os anos 1970 com a crise do Estado de Bem-Estar. No Brasil, em que pese o fato das orientações contidas na Constituição Federal, cujo caráter se aproxima de proteção social, convive-se hoje em dia com políticas sociais insuficientes, limitadas pela política de neoliberalismo. A premissa de universalização do direito enfrenta as orientações de focalização e da meritocracia que acaba restringindo o financiamento e a cobertura das ações das políticas sociais. Recortam-se as expressões da questão social que são enfrentadas com intervenções pontuais e desarticuladas.

O SUS, por exemplo, enfrenta inúmeras dificuldades, principalmente para garantir a universalização efetiva do acesso. Desde a atenção básica, que não é priorizada diante de suas potencialidades, passando pela média complexidade que praticamente fica circunscrita a serviços de matriciamento – que são, sem dúvida, importantes, mas precisam se articular a outras intervenções; até a alta complexidade cuja dificuldade de acesso é marcante: as emergências superlotadas, as filas quase infindáveis para procedimentos mais sofisticados, o que é agravado com o repasse desse nível de atendimento às ações filantrópicas, configurando-se numa privatização às avessas do sistema público de saúde.

A luta pela implementação do SUS, tal como na Lei 8080/90, exige dos espaços de controle social e dos movimentos sociais inerentes à área da saúde a fiscalização, a denúncia e a defesa de um sistema público, universal e gratuito. Em oposição, tem-se a pressão do mercado sobre o Estado para a privatização como forma de resolução dos problemas na direção da supressão do caráter de direito da saúde, tratando-a como mais uma mercadoria disponível no mercado.

É na tensão entre o acesso dos usuários aos serviços de saúde e as suas necessidades que o assistente social se insere, conforme se defende nessa tese. O acesso a bens e serviços que atendam às demandas em saúde da população se apresenta à profissão como uma das requisições de intervenção e exige dos assistentes sociais a articulação entre o hospital e as demais instâncias do SUS. Da

mesma forma, algumas estratégias são necessárias diante do contexto adverso da política de saúde e, ainda, é preciso que determinadas requisições sejam atendidas em processos mais substantivos, como o acesso a ambulâncias, por exemplo, uma vez que o acesso ao transporte pode garantir a continuidade do tratamento e a integralidade das ações, frente ao que podia ser identificado como um simples deslocamento. Isso se dá com o entendimento por parte do profissional do atendimento às demandas na perspectiva do direito social e da construção de espaços que favoreçam o acesso, a adesão e a finalização do tratamento e do acompanhamento.

O terceiro ponto, finalmente, diz respeito ao sucateamento dos serviços públicos, que tem total vinculação com a dinâmica das políticas sociais, uma vez que a retração do Estado, em relação às suas funções protetivas junto aos trabalhadores, também diz respeito às orientações neoliberais para a atuação estatal. As instituições públicas enfrentam a precarização que se expressa pela redução dos recursos humanos e financeiros. Diante da demanda crescente, é necessário o investimento nas políticas sociais, no entanto, os entraves relacionados à precarização do trabalho conflitam com os objetivos das instituições sociais como espaços de materialização da política pública.

Pode-se tomar, por exemplo, o atendimento do Serviço Social no HCPA via consultorias, que ocorre tendo em vista que não é possível a inserção em todas as equipes e o atendimento a todos os pacientes. Ainda que possibilite ao assistente social o contato com alguns pacientes, essa modalidade de atendimento não pode ser exclusiva. Entende-se que é preciso ampliar o atendimento aos pacientes diante das demandas apresentadas visando à identificação de situações nas quais é necessária a intervenção do assistente social para atuar em determinados aspectos que tem impacto na situação de saúde dos usuários do SUS, sobretudo no que diz respeito à influência dos determinantes e condicionantes sociais da saúde.

No entanto, tal dinâmica é reflexo da precarização em que se encontram as instituições estatais. A intensificação do trabalho acaba sendo o resultado desse processo, pois os profissionais precisam enfrentar muitas circunstâncias adversas para dar conta dos objetivos das políticas sociais. Da mesma forma, os profissionais precisam estar atentos aos seus princípios em face das forças que influenciam o acesso aos direitos, ou seja, atentar-se para os processos de resistência a seletividade e a fragmentação que atravessam políticas sociais.

Merece destaque a dinâmica pela qual os profissionais constroem sua imagem e sua identidade profissional. As resistências cotidianas oferecem circunstâncias para que a imagem e a identidade profissional do assistente social adquiram, cada vez mais, a característica de profissional relacionado ao acesso a direitos. Especificamente em relação à imagem profissional, surge a seguinte questão: a imagem profissional que se tem do assistente social atualmente, é aquela que a profissão quer?

Certamente não. Ainda se convive com algumas situações que instigam a uma imagem profissional do assistente social de outros tempos e cujo trabalho se expressava a partir de outras atribuições. No entanto, tem-se hoje uma imagem permeada por contradições que ora reafirmam uma identidade fundamentada no conservadorismo e moralizante, ora numa perspectiva crítica e compromissada com a garantia de direitos, mais realística, e a partir dela, que é possível se afirmar aquela que o coletivo profissional almeja. É primordial atentar para o fato de que o ideal (a imagem desejada) se distancia do concreto (a imagem em construção e em movimento). Disse Marx (2009b), ao criticar a teoria hegeliana, que o homem ao buscar sua verdadeira essência, seu reflexo, inicialmente o encontrou somente no céu, ou seja, na construção da figura de um Deus ou de um super-homem. Não obteve sucesso, uma vez que a verdadeira realidade não é aquela ideal, mas aquela expressa na concretude cotidiana. A perfeição idealizada só existe na transcendência, na realidade concreta, humana, social, estrutural que se humaniza ou se desenvolve pelas contradições inclusivas.

Se a profissão puder superar o idealismo de uma imagem que expresse sua identidade, tal como é, abrir-se-á espaço para um profícuo debate com a sociedade e também, no interior da própria profissão, sobre os equívocos, principalmente na atribuição de atividades aos profissionais que causam conflito com os princípios profissionais. Entende-se que o Serviço Social é uma profissão relativamente nova se comparada a outras mais antigas como o direito, a educação, a medicina, por exemplo. No entanto, já existe um acúmulo significativo em termos de produções acadêmicas ou conteúdo simbólico, bem como de espaços sócio-ocupacionais nos quais o profissional se insere, o que possibilita a conformação de novos traços à imagem profissional para além daquela que o vincula à “moça bondosa que faz caridade e que tem amor aos pobres”.

No que tange à identidade profissional, o assistente social na relação com o processo histórico e social da gênese da profissão, teve a sua identidade permeada por atribuições externas as quais se vinculou. A identidade atribuída durante a gênese da profissão (MARTINELLI, 2000) bem como a identidade construída a partir do processo de reconceituação profissional (IMAMAMOTO, 2008) foram se organizando em torno dos aspectos teóricos, metodológicos, éticos e políticos em contextos diversos.

Contemporaneamente, a identidade profissional se consolida, por parte dos assistentes sociais, na construção de uma cultura profissional que exponha, a partir da produção do conhecimento e da intervenção no cotidiano, um Serviço Social partícipe do trabalho social e, também, uma área do saber, que embora não seja ciência, produz conhecimento. A identidade profissional do assistente social é tecida na trama dos processos de trabalho em que se insere, através de respostas que ele traz para as demandas e os processos sociais nos quais intervém.

A leitura do cotidiano possibilita o desvendamento das forças sociais em desenvolvimento na sociedade e orienta os profissionais para a realização de um trabalho crítico e competente na direção do fortalecimento das identidades que foram historicamente construídas (MARTINELLI, 2013). Trata-se, portanto, de identificar que o processo de investigação das demandas dirigidas à profissão, como foi feito pela pesquisa empírica que possibilitou a construção desta tese, é fundamental para os objetivos profissionais, principalmente no que se refere à construção de uma identidade profissional que possibilita caminhar na perspectiva de uma nova forma de sociabilidade, conforme os objetivos do projeto profissional.

A tradicional vinculação do assistente social à área da saúde, no Brasil, na mesma proporção que adquire uma sólida e fecunda intervenção, tem demonstrado severos desafios ao Serviço Social. Salienta-se a próspera produção de conhecimento do Serviço Social sobre o seu trabalho, que condensa o esforço da categoria para apontar a forma como o projeto profissional ora se aproximou às demandas do capitalismo, do mercado e dos aparatos estatais, ora vinculou-se às demandas da classe trabalhadora. O conhecimento produzido pelo Serviço Social, todavia, aponta que os espaços sócio-ocupacionais, como a saúde, condensam os desafios à profissão e as contradições que são indispensáveis à superação das desigualdades nas quais se intervém.

No âmbito da inserção profissional no SUS é possível identificar uma atuação vinculada à perspectiva de saúde como processo social e como direito. Em outras palavras o Serviço Social é partícipe da dinâmica da saúde pública no país agindo nas esferas da formulação, execução, avaliação e nos espaços de controle social. Na área da saúde o profissional está diante de antagonismos de interesses, sobretudo, diante da perspectiva privatizante do sistema de saúde no Brasil.

Apontou-se que a formação profissional e a defesa do SUS e dos ideais da reforma sanitária brasileira são dois dos presentes desafios. Uma formação qualificada oferece aos profissionais os subsídios teóricos e práticos capazes de garantir uma intervenção que tem no horizonte a compreensão do processo saúde e doença sob a ótica do movimento do real; ou seja, que se dá na compreensão dos processos sociais que incidem sobre os níveis de salubridade e sobre os perfis de adoecimento da população ante ao cenário do capitalismo e de suas mazelas.

A formação profissional convive com a disputa entre as orientações das diretrizes da ABEPSS para a formação e as requisições de um perfil profissional proposto pelo mercado. Falseiam nessa condição os valores de um profissional crítico e capaz de realizar a leitura da realidade e de propor a partir daí a intervenção visando à mudança da realidade e ao perfil mercadológico de maximização da técnica interventiva na aplicação de instrumentos, quer seja de acesso, quer seja de trânsito pelas políticas sociais. Não restam dúvidas de que o perfil mercadológico não pode lograr êxito diante da complexidade da área da saúde e das políticas sociais como um todo.

Na luta pela consolidação e ampliação do SUS, como produto do Movimento Sanitarista Brasileiro, a realidade tem apresentado um rol de questões que se colocam à área da saúde com impacto sobre o tamanho do Sistema de Saúde nacional. É notório que a orientação de complementariedade direcionada ao setor privado poderá assumir a centralidade que é destinada ao sistema público. Esse fato origina-se da privatização crescente das funções antes desenvolvidas pelo Estado. O conhecimento adequado dos ideais desse movimento, de acordo com as diretrizes do SUS, pode permitir aos profissionais a potencialização das ações de defesa do Sistema e de estratégias de fortalecimento deste.

Além disso, defende-se que são os assistentes sociais que devem discutir e definir suas atribuições e competências nos locais onde se inserem em processo de trabalho, não as chefias e nem outras profissões. Tampouco as políticas sociais

podem condicionar e/ou determinar suas atividades. O Serviço Social tem maturidade suficiente para apontar como, por que e de que forma podem desempenhar suas atribuições e competências que derivam do projeto de profissão, forjado na luta histórica e que conectam a profissão a projetos societários.

O Projeto Profissional se assenta na Lei de Regulamentação Profissional (BRASIL, 1993) que define atribuições e competências, no Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) que apresenta obrigações e valores os quais e nas diretrizes curriculares (ABEPSS, 1996) que configura um perfil profissional para executar aquelas atribuições e competências. Ainda, a produção crítica de conhecimento na área permite ao Serviço Social problematizar seus objetivos junto à sociedade permitindo elaborar e reelaborar as respostas profissionais às demandas postas à profissão. Tal processo se dá mediante um conjunto de inúmeras mediações que dão materialidade ao projeto profissional que, enquanto projeto, significa projeção da intencionalidade e dos valores que o balizam.

Finaliza-se, reafirmando que, para a dialética, a prática é critério da verdade, tal como exposto por Marx (2009) nas Teses sobre Feurbach em que ele afirma que o homem deve mostrar o caráter terreno e concreto de seu pensamento. Assim sendo, optou-se por desocultar a imagem e identidade profissional através da concretude da demanda direcionada à profissão. Deparou-se como uma imagem do assistente social em processo transitório, pois ainda persistem traços da gênese da profissão, sobretudo nos aspectos da imagem socialmente construída. Por outro lado, a autoimagem profissional vem se configurando na perspectiva de afirmação de um profissional que, via inserção em processos de trabalho nas instituições públicas, privadas e nas iniciativas da sociedade civil, dá acesso aos direitos sociais.

Em relação à identidade profissional conclui-se que os assistentes sociais balizam no projeto ético-político sua conformação, tendo a direção de novas formas de sociabilidade, baseadas em valores emancipatórios como a liberdade e a democracia, longe dos moldes que o capitalismo permite a essa duas categorias. O Serviço Social é hoje, reitera-se, uma profissão inscrita no conjunto da sociedade brasileira, com importantes contribuições tanto para a execução, planejamento e gestão das políticas sociais nas quais se insere, bem como na produção de conhecimento advindos de sua intervenção profissional.

Enfim, a imagem é parte da identidade profissional, assim como a cor da maçã é parte da maçã, embora não seja o todo da fruta. A cor é parte, mas não é o todo. A

imagem é parte, mas não é toda a identidade. De qualquer forma, parece um processo inglório de afirmação da identidade diante dos inúmeros desafios pelos quais o Serviço Social passou nessas últimas oito décadas no Brasil. Porém, recorre-se a Eduardo Galeano, que, como é comum a todos os gênios, presenteou, brilhantemente, o mundo com o poema Utopia. Como dirá a última frase do poema, é preciso que o Serviço Social “não deixe de caminhar”, mesmo diante de tantas adversidades, pois é no caminho que a vida e a transformação se fazem e um novo mundo será construído.

"A Utopia está lá no horizonte.

Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.

Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.

Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.

Para que serve a Utopia?

Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar".

Eduardo Galeano

7 REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. 1996a. Disponível em: http://www.abepss.org.br/files/Lei_de_Diretrizes_Curriculares_1996.pdf. Acesso em: 13 de setembro/2016.

ABEPSS. Formação do assistente social no Brasil e a consolidação do projeto ético-político. In: Revista Serviço Social e Sociedade. N. 79 – especial- São Paulo: Editora Cortez, 2004.

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

ALAYÓN, N. Desafíos para el Trabajo Social en América Latina en los momentos decisivos de capital y el avance del conservadorismo. In: **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n. 1, p. 10 - 18, jan./jul. 2016. Disponível em file:///C:/Users/usuariopc/Downloads/24099-100047-1-PB.pdf Acesso em 02 de agosto/2016.

ALEXANDRE, L. B. dos S. P. Os Avanços e Desafios do SUS nas duas Décadas de Existência. In: AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALEXANDRE, M. Representação Social: uma genealogia do contexto. In.: **Comum**, v.10, n.23, p. 122-138. Rio de Janeiro, julho/dezembro 2004. Disponível em <http://www.sinpro-rio.org.br/imagens/espaco-do-professor/sala-de-aula/marcos-alexandre/Artigo7.pdf> Acesso em 10 de outubro/2016

ALMEIDA, C. Reforma de Sistema de Saúde: tendências internacionais modelos e resultados. In.: GIOVANELA, L. Et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ALMEIDA, N. L. t. de. “Questão social” e Serviço Social no Brasil. In: SILVA, M. L. de O. (org.). **Serviço Social no Brasil – História de resistências e ruptura com o conservadorismo**. São Paulo : Cortez. 2016.

ALVES, G. **Dimensões da precarização do trabalho – Ensaio de sociologia do trabalho**. Bauru : Editora Práxis, 2013

ARAÚJO, Isabele Maria Mendes de. Direito à saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 62-79, jan./jun., 2014. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/16994/15197>>. Acesso em 12/09/2015.

BADZIAK, R. P. F. MOURA, V. E. V. Determinantes Sociais da Saúde: Um conceito para efetivação do direito à saúde. In.: **Revista Saúde Pública**. Florianópolis. V.3, n.1. jan/jun. 2010.

BARATA, Rita B. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELA, Ligia (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROCO, M. L. S. **Ética: fundamentos sócio-histórico**. 3ed. – São Paulo : Cortez, 2010.

BARROCO, Maria Lucia S.; TERRA, Sylvia Helena (Org.). **Código de ética do/a assistente social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, E. R. Fundamentos da Política Social. In: MOTA, A. E. et al. (org). **Serviço Social e Saúde**. 4 ed. São Paulo : Cortez; Brasília/DF : OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e histórias**. São Paulo: Cortez, 2006.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BRASIL. **Lei nº 5.604, de 2 de Setembro de 1970**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública "Hospital de Clínicas de Porto Alegre" e dá outras providências. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5604.htm em Acesso em 15 mar/2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990(b)**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm Acesso em 12 de junho/2015.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990(a)**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm em acesso em 15/jun/2014.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 18 out. 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm em Acesso em 4 de abril/2011.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº29 de 23 de setembro de 2000**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm Acesso: jul. 2016.

BRASIL. **Câmara dos Deputados**. Texto aprovado permite incluir propostas ainda em tramitação. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ADMINISTRACAO-PUBLICA/512598-TEXTO-APROVADO-PERMITE-INCLUIR-NO-ORCAMENTO-RECEITA-DE-PROPOSTAS-AINDA-EM-TRAMITACAO.html> Acesso: jul.2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Atualmente, ainda há a distinção entre grupo de risco e grupo de não risco? Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/286-aids/9048-atualmente-ainda-ha-a-distincao-entre-grupo-de-risco-e-grupo-de-nao-risco> Acesso em mai/2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Senado Federal**. Saiba mais sobre o impeachment. Disponível em <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/04/18/saiba-mais-sobre-o-impeachment> Acesso: jul. 2016a.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Hospitais universitários. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios?ativo=513>. Acesso em: nov/2015.

BRASIL ESCOLA. **História da Filosofia**. Disponível em <http://www.brasilecola.com/filosofia/>. Acesso em 10 mar. 2012.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. In: MOTA, A. E. et al. (org). **Serviço Social e Saúde**. 4 ed. São Paulo : Cortez; Brasília/DF : OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria I. Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4ª edição. São Paulo : Cortez, 2011.

BRAVO. M. I. S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo : Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S. e MATOS, Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elemento para o debate. In: BRAVO, M I. S et al (org). **Saúde e Serviço Social**. Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BULLA, L. C.. Origens e Profissionalização do Serviço Social no Brasil. In: HANS-GEORG FLICKINGER. (Org.). **Entre Caridade, Solidariedade e Cidadania -**

história comparativa do Serviço Social Brasil/Alemanha. PORTO ALEGRE: EDIPUCRS, 2000.

BULLA, L. C; O contexto histórico da implantação do Serviço Social no Rio Grande do Sul. In.: **Revista Virtual Textos & Contextos da Faculdade de Serviço Social da PUCRS.** Vol. 7 Nº1. 2008.

CARVALHO, A. I. BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELA, Ligia (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

CARVALHO, D. B. B. de. ROCHET, J. PAULINO, F. O. Política Pública de redução de danos e uso de drogas no Brasil: contradições do processo de construção de uma política nacional. In.: BOSCHETTI, I. et al (orgs.). **Política Social no Capitalismo: tendência contemporânea.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009

CASTRO, M. M. de C. Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. In: **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 12, n. 2, p. 349 - 360, jul./dez. 2013. Disponível em: Acesso em: 20 set. de2016

CASTRO, M. M. **História do serviço social na América Latina.** 12 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CECCIM, R. B. CARVALHO, Y. M. de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais da saúde no SUS. In: Pinheiro, R. CECCIM, R. B. MATTOS, R. A. orgs. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2004

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1995

CLOSS, T. T. Fundamentos do Serviço Social brasileiro: um estudo a partir da produção profissional da área nas últimas décadas (1993-2003). **Tese de Doutorado.** Programa de Pós-graduação em Serviço Social – PUCRS. 2015.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 21 jun. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Assistente Social.** Brasília, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Assistente Social no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional.** Brasília: CFESS 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS/CRESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições Privativas do/a Assistente Social em Questão**. 1ªed. Brasília, 2012.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. **Sobre a incompatibilidade entre graduação a distância e serviço social**. Brasília: CFESS, 2011b. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/01_sobreaincompatibilidade_2011.pdf. Acesso em: 20 set. 2014.

COSTA, L. C. da. A estrutura da vida cotidiana: uma abordagem através do pensamento lukacsiano. In. Revista Emancipação: Ponta Grossa, 2001. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/22> Acesso em: 10 de outubro/2016

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (org). **Serviço Social e Saúde**. 4 ed. São Paulo : Cortez; Brasília/DF : OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, R. G. da. A práxis do/a Assistente Social e a materialização do Projeto Ético-Político na sociedade capitalista. In.: **Revista Textos & Contextos (Porto Alegre)** v. 13, n.2, jul/dez. 2014.

COUTO, B. R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma Equação Possível?** São Paulo: Cortez, 2008.

DUBAR, C. **A Socialização: Construção das Identidades Sociais e Profissionais**. Lisboa: Porto Editora, 1997.

ESCOREL, Sarah. TEIXEIRA, Luiz A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELA, Ligia (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FALEIROS, V. P. Desafios do Serviço Social na era da globalização. **Rev. Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Cortez, n. 61, 1999.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

FRATINI, J. R. G; SAUPE, MASSAROLI, A. Referência e Contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. In.: **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Jan/Mar, 2008.

FRIGOTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In.: FAZENDA, I. **Metodologia da Pesquisa Educacional**. São Paulo: Cortez, 1991.

FURTADO, C. **Formação Econômica do Brasil**. São Paulo: Cia Editora Nacional, 2007.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. São Paulo: Cortez, 1997.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. In.: GIOVANELLA, L. Et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GUARESCHI, P. Representações sociais: alguns comentários oportunos. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. (org). **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis: Imprensa Universitária/UFSC, 1996.

GUEIROS, Dalva Azevedo. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 21, n. 71, p. 103-121, set. 2002.

GUERRA, Y. D. A Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil: Um Patrimônio a ser Preservado. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.125-158, jul./dez. 2011.

GUIZZARDI, F. L. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro, R. CECCIM, R. B. MATTOS, R. A. orgs. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

HARVEY, D. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

HCPA. **Site do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Disponível em www.hcpa.ufrgs.br. Acesso em jul/16.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

HOLANDA, S. B. Raízes do Brasil. 26 ed. São Paulo : Companhia da Letras, 1995.

IAMAMOTO, M. V. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. N. 120. São Paulo: Editora Cortez, 2014.

IAMAMOTO, M, V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social - ensaios críticos**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) assistente social na atualidade. In: CFESS. **Atribuições privativas do(a) assistente social em questão**. 1 ed. ampliada. CFESS: Brasília: 2012.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 2ª. Edição. São Paulo: Cortez, 2008

IAMAMOTO, M. V. CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo: Cortez/Celats, 2004.

IANNI, O. **Teorias da Globalização.** Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em 05. Set. 2015

IBGE. Educação e condições de vida. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/tabela3.shtm>> Acesso em 30 agosto/2016.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In.: JODELET, D. (org.) **As representações sociais.** Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro : EdUERJ, 2001.

KONDER, L. **O que é dialética.** 12ª ed. São Paul: Brasiliense, 1985.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LEFEBVRE, H. **Lógica Formal, Lógica Dialética.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

LIMA, R. C. C. Serviço Social e o método dialético: uma contribuição à análise do uso de álcool e outras drogas. In. GUERRA, Y.; LEITE, J. L.; ORTIZ, F. G. orgs. **Temas contemporâneos: o Serviço Social em foco. São Paulo** : Outras Expressões, 2013.

LIMA, R. de C. C. de Um desafio para o Serviço Social na saúde: a integralidade e a supervisão acadêmica. IN: SENNA, M. de C. M. ZUCCO, L. P. LIMA, A. B. Serviço Social na Saúde Coletiva. Orgs. Rio de Janeiro : Garamond, 2012.

LOYOLA, C. M. D. Cuidado Continuado. In.: GIOVANELA, L. Et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

LUKACS, G. **Estética I.** Grijalbo : Buenos Aires, 1963.

MALTA, M. BASTOS, F. I. Aids: prevenção e assistência. In.: GIOVANELA, L. Et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MARICATO, E. Urbanismo na periferia do mundo globalizado - metrópoles brasileiras. **São Paulo em Perspectiva.** nº14. Vol. 4. São Paulo: 2000.

MARTINELLI, M. L. Notas sobre mediações: alguns elementos para a sistematização sobre o tema. **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº43. São Paulo: Cortez, 1993.

MARTINELLI, M. L. (Org.) **Pesquisa Qualitativa: Um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINELLI, Maria L. **Serviço Social; identidade e alienação**. 6ª. Ed. São Paulo, Cortez, 2000.

MARTINELLI, M. L. Uma abordagem socioeducacional. In: **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (orgs). 3ª ed. São Paulo : Cortez, 2001.

MARTINELLI, M. L. O Serviço Social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. In: **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez, 2011. Disponível em <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634843>> Acesso em: 15 de outubro/2016

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios contemporâneos. In.: **Rev. Serviço Social e Sociedade**. São Paulo. N. 107, jul/set. 2011a.

MARTINELLI, M. L. A pergunta pela identidade profissional do Serviço Social: uma matriz de análise. In: **Revista Serviço Social & Saúde**, UNICAMP Campinas v. XII, n. 2, jul/dez 2013. Disponível em <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8639491> acesso em 15 de outubro/2016

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo : Abril Cultural, 1983.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. **Para a questão judaica**. São Paulo: Expressão Popular, 2009b.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia Alemã**. Tradução de Álvaro Pina. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, K. **Manuscritos Econômicos e Filosóficos**. São Paulo : Boitempo, 2010.

MARX, K. **O capital: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital**. São Paulo : Boitempo, 2013.

MATOS, M. C. **Serviço Social, Saúde e Ética: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012 Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em jan/16,

MÉZÁROS, I. **A crise estrutural do capital.** São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MIOTO, R. C. T. Família e políticas sociais. In.: BOSCHETTI, I. et al. orgs. **Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009,

MIOTO, R. C. T. NOGUEIRA, V. M. R. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. Orgs. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009.

MONTAÑO, C. E. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, sua “especificidade” e sua reprodução.** São Paulo: Cortez, 2009

MONTANO, C. Pobreza, "questão social" e seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc. [online].** 2012, n. 110, p. 270-287. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282012000200004&script=sci_arttext> Acesso em 28 ago. 2015.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise.** Tradução de Alvaro Cabral. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social.** Editado em inglês por Gerard Duveen: traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi – Petropolis, RJ : Vozes, 2003.

MOTA, A. E. **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social.** 5. Ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MOURÃO, Ana M. A. et. al. A Formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal. O Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juíz de Fora. In: MOTA, Ana Elisabete et all (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4ª edição. São Paulo : Cortez; Brasília : OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NETO, F. C. B. BARBOSA, P. R. B. SANTOS, I. S. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In.: GIOVANELA, L. Et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2004.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, J.P. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, A.E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NICOLAU, M. C. C. Formação e fazer profissional do Assistente Social: trabalho e representações sociais. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 79. São Paulo: Editora Cortez, 2004.

NORONHA, J. C. de. LIMA, L. D. de. MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In.: GIOVANELA, L. Et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

OLIVEIRA, F. **Crítica a razão dualista – o ornitorrinco**. São Paulo: Boitempo, 2003.

OMS, 2015. **Organização Mundial da Saúde**. Disponível em <<http://www.who.int/es/>> Acesso em 10 set. 2015.

ORTIZ, F. G. **O Serviço Social no Brasil: fundamentos de sua imagem social e da autoimagem de seus agentes**. Rio de Janeiro: E-papers/FAPERJ, 2010.

PASTORINI, A. As políticas sociais e o Serviço Social. Instrumentos de reversão ou manutenção das desigualdades. In: MONTAÑO, C. **A Natureza do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009.

PAULA, L. G. P. A dimensão investigativa do exercício profissional do assistente social na saúde. In.: SILVA, L. B. RAMOS, A. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões sobre a prática profissional**. Campinas-SP : Papel Social, 2013.

PEREIRA, A. P. P. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2009.

PINHEIRO, R. **Analfabetismo Funcional: Uma Realidade Brasileira**.

(Reportagem). 03 de março de 2005. Disponível em

<http://direcionalescolas.com.br/2015/03/03/analfabetismo-funcional-uma-realidade-brasileira/> Acesso em 14 out. de 2016.

PORTO, M. F. de S. et al. Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 123, jul/set. 2015.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano-2015**. Disponível em http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf Acesso em 23 setembro/2016

PRADO JUNIOR, C. **Formação econômica do Brasil**. 17 ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.

PRATES, J. C. . O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social. **Revista Temporalis** (Brasília), v. 09, p. 131-146, 2005.

PRATES. J. C. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. In.: **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 11, n. 1, p. 116 - 128, jan./jul. 2012.

PRATES, J. C. et. al. Comunicação e gestão democrática da informação: um elemento fundamental às práticas emancipatórias. In: IV SEPOME, 2013, Pelotas /RS. **Anais do IV SEPOME**. Pelotas: Editora UCPEL, 2013.

PRATES, J. C. Políticas Sociais e Neodesenvolvimentismo: o desafio de formar para além de procedimentalismos. In.: **Revista Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n.1. jan/jul. 2014.

PRATES, J. C. 80 anos do Serviço Social no Brasil: as construções e os desafios à profissão. In.: **Revista Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n.1. jan/jul. 2016

PRATES, J. C.; BORTOLI, M. A. ; KUNZLER, R. B. . (UEL) A inserção profissional dos assistentes sociais na Região Metropolitana de Porto Alegre. In: I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos, 2015, Londrina. Anais.... Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2015. v. 1. p. 1-12.

REIS, S. L. de A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. In.: Revista Acta Scientiarum. Human and Social Science. Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159. 2011. Disponível periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/download/10256/pdf Acesso em 18 de outubro/2016

SANTOS, C. M. dos. Do conhecimento teórico sobre a realidade social ao exercício profissional do assistente social: desafios na atualidade. In: SILVA, M. L. de O. (org.). **Serviço Social no Brasil – História de resistências e ruptura com o conservadorismo**. São Paulo : Cortez. 2016.

SANTOS, J. S. "**Questão social**": particularidades no Brasil. Editora Cortez: São Paulo: 2012

SANTOS, N. **A Urbanização Brasileira**. 2ª. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A, R. VITALE, M, M, F. **Família: Redes, laços e Políticas Públicas**. São Paulo. Cortez, 2010.

SAWAIA, B. B. A falsa cisão retalhadora do homem In: **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (orgs). 3ª ed. São Paulo : Cortez, 2001.

SILVA JUNIOR, A. G. da. A. PONTES, L. de M. HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: Pinheiro, R. CECCIM, R. B. MATTOS, R. A. orgs. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

SILVA, A. L. da. **O Trabalho do Assistente Social na Área Hospitalar: imagem, identidade e demandas profissionais**. Projeto de Pesquisa. PPGSS-PUCRS, 2015.

SILVA, J. F. S. da. Violência, Serviço Social e formação profissional. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**. N. 79. São Paulo : Cortez, 2004.

SILVA; J. F. S. da. Pesquisa e produção do conhecimento em serviço social. **Textos e Contextos (Porto Alegre)** v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/2319>. Acesso em: 12 abr. 2013.

SILVA, M. N. da. Breves notas sobre o trabalho profissional: competências e atribuições na área sócio-jurídica. In. **Revista Em Pauta**. Rio de Janeiro, n. 29, v.10, 1º semestre, 2012.

SINGER, P. Evolução da economia e vinculação internacional. In.: SACHS, I. WILHEIM, J. PINHEIRO, P. S. orgs. **Brasil – Um século de transformações**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

SPOSATI, A. de O. et. Al. **Assistência na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras – uma questão de análise**. 7.ed. – São Paulo: Cortez, 1998.

TRAVASSOS, C. CASTRO, M. S. M. de. In.: GIOVANELA, L. Et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

TRIVIÑOS, A. N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social - cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (org). **Serviço Social e Saúde**. 4 ed. São Paulo : Cortez; Brasília/DF : OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

VIANA, Ana Luiza D.; MACHADO, Cristiane V. Proteção Social em Saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. IN: **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 18 [4]: 645-684, 2008.

VIDAL, D. L. da. C. Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e serviço social. In: Revista Serviço Social e Sociedade. N. 94, junho.2008

XAVIER, A. MIOTO, R. C. T. Reflexões sobre a Prática Profissional do Assistente Social: relação teórico-prática, historicidade e materialização cotidiana. In.: **Revista Textos & Contextos (Porto Alegre)** v. 13, n.2, jul/dez. 2014.

YAZBEK, M. C. Pobreza e Exclusão Social: expressões da questão social no Brasil. **Revista Temporalis nº 3**. 2ª edição. Ano 2, p. 33. Brasília: ABEPSS; Odisséia, jan./jun., 2004.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo. N.110, abr/jun. 2012.

YAZBEK, M. C. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In. CFESS. **Serviço Social, direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009 Disponível em : <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0y.pdf> Acesso em jan.2016.

ZUCCO, L. P. SENNA, M. de C. M. Sistema Único de Saúde e Serviço Social: um diálogo possível. IN: SENNA, M. de C. M. ZUCCO, L. P. LIMA, A. B. Serviço Social na Saúde Coletiva. Orgs. Rio de Janeiro : Garamond, 2012.

APÊNDICE I – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

1. Tabela para quantificação das demandas dirigidas ao Serviço Social;

DEMANDA	TOTAL	%
Avaliação de liberação de refeições		
Inserção em programas específicos (núcleo de cuidados paliativos, fibrose cística, etc.)		
Acompanhamento de rotina		
Demandas diversas		
TOTAL		

2. Categorias para análise de conteúdo:

- Expressões da questão social
- Contato com a rede socioassistencial
- Acesso a recursos da rede socioassistencial
- Acompanhamento familiar e/ou paciente
- Orientação sobre benefícios, programas e direitos sociais
- Acesso a recursos institucionais

3. Categorias conforme o documento “Parâmetros para a atuação dos assistentes social na Política de Saúde” no Eixo de Atendimento Direto aos Usuário (CFESS, 2010, p. 37-54, para análise de conteúdo: ações socioassistenciais, ações de articulação a equipe de saúde, ações socioeducativas.

