



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

**ADRIANA ASSIS SANTOS**

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE HOSPITALAR:  
QUEM DETERMINA SUAS DEMANDAS E O QUE SE PRODUZ NESSE ESPAÇO  
SÓCIO-OCUPACIONAL?**

**Salvador  
2013**

**ADRIANA ASSIS SANTOS**

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE HOSPITALAR:  
QUEM DETERMINA SUAS DEMANDAS E O QUE SE PRODUZ NESSE ESPAÇO  
SÓCIO-OCUPACIONAL?**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Dra. Josimara Aparecida Delgado.

**Salvador  
2013**

**ADRIANA ASSIS SANTOS**

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE HOSPITALAR:  
QUEM DETERMINA SUAS DEMANDAS E O QUE SE PRODUZ NESSE ESPAÇO  
SÓCIO-OCUPACIONAL?**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da  
Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do Grau  
de Mestre.

Aprovada em: 26 de agosto de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Josimara Aparecida Delgado (Orientadora)  
Universidade Católica do Salvador – UCSal

---

Profa. Dra. Ângela Maria de Carvalho Borges  
Universidade Católica do Salvador – UCSal

---

Profa. Dra. Valéria dos Santos Noronha Miranda  
Universidade Federal do Recôncavo Baiano – UFRB

*Caminhando e cantando e seguindo a canção  
Somos todos iguais, braços dados ou não  
Nas escolas, nas ruas, campos, construções  
Caminhando e cantando e seguindo a canção.  
Geraldo Vandré (1968)*

Às Assistentes Sociais da Bahia.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela essência da vida e por me permitir ser quem eu sou.

À Meu esposo Luciano Oliveira, pelo amor, amizade e companheirismo em todas as horas. Pela compreensão às ausências e pela importância desse momento para minha caminhada profissional. Mô, aproveitando o momento, eu te amo! Saiba que sem você, sem o seu incentivo e credibilidade, momentos como este seria impossível.

Aos Meus Pais, Laudelino (*in memoriam*) e Mara (como gosta de ser chamada), pelo incansável investimento à minha educação primária (ética, valores e costumes) e escolar (em todos os anos da minha vida). Mãe, obrigada por um dia, num diálogo tão informal, juntas chegarmos ao entendimento de que eu deveria ser “assistente social”. Eu te amo.

À Minha linda e única Família. Pelos momentos de alegria, pelos colos e acalantos nos momentos de lágrimas e pelas palavras de incentivos, pelos risos, pelas broncas, pelas cobranças, a todos: Maria José Farias, Luciano Oliveira, Geórgia Assis (muito especial na minha vida), Vana Assis, Ricardo de Assis, Larissa de Assis, Bruna Assis, Matheus Assis, Renata Assis e Almir Gomes. Eu amo vocês.

Por falar em família, preciso estender esses agradecimentos às minha amigas-irmãs Patrícia Goulart, Ana Maria Oliveira, Viviane Andrade e Camila Santana, pela plena confiança, orações, pedidos intensos de proteção, admiração e carinho eternos à minha pessoa e ao meu caminhar pessoal e profissional. Amo vocês.

À Minha Orientadora e Assistente Social Dra. Josimara Delgado, esta que sem sombra de dúvida me proporcionou inesquecíveis momentos de trocas acerca da nossa categoria profissional. Saiba que você surgiu em minha vida quando eu quase acreditei ser impossível dialogar com os meus ideais e com a nossa profissão. A você Josi, meu carinho, respeito, amizade e eterna admiração pela ética, compromisso, competência e dedicação ao que faz.

Às queridas Profas. e Dras. Ângela Borges e Valéria Noronha, ambas pelas sementes de inquietação que lançaram em mim, bem como pelas contribuições no germinar dessas sementes. Vocês Professoras tenham a certeza de que fizeram e fazem parte da construção de cada etapa desse estudo, pois conhecê-las como docente me estimulou a persistir no meu propósito de estudo, ampliando o meu olhar e mostrando-me ser possível dialogar e compreender a complexidade do trabalho, como trabalhador assalariado e sendo assistente social. Meu eterno agradecimento.

À Equipe de Assistentes Sociais das Obras Sociais Irmã Dulce tão bem representada pela Colega Assistente Social Mônica Pereira e à Dra. Cíntia, expresso aqui minha eterna admiração ao trabalho que vocês desenvolvem num cotidiano de trabalho tão complexo, sobrecarregado, mas que tem uma história de fundo admirável e inspiradora, não pelo assistencialismo, mas pela militância de uma mulher como Irmã Dulce.

Às Assistentes Sociais do Brasil, especialmente àquelas que honram o que fazem, e que mesmo em meios às imposições do sistema capitalista, reafirmam nossa identidade profissional e fortalecem através de lutas cotidianas o nosso Projeto Ético Político Profissional.

Aos meus usuários, tão carinhosamente chamados por mim de pacientes-cidadãos, estes que me inspiram a cada dia a lutar e militar por uma sociedade mais justa e igualitária. Contem sempre comigo.

À Assistente Social Maria Lúcia Couto, mulher, mãe, trabalhadora e profissional do serviço social, que me faz aprender e amadurecer a cada dia, com lições de vida e de crescimento pessoal e profissional. Pró Lúcia, sabes que te amo. Obrigada por tudo!

Aos meus estagiários (em especial minha estudante-amiga Edilene Reis) pelas trocas e discussões diárias acerca da prática profissional; e às minhas alunas e alunos por onde passei e estou estes que de forma conjunta, promovem debates, inquietações, questionamentos para refletirmos sobre a prática profissional do assistente social contemporâneo, acreditando ser sim possível uma sociedade melhor, mais justa e igualitária.

A todos os demais amigos, parentes, estudantes, colegas de profissão (assistentes sociais ou não), que de forma indireta sempre contribuíram e contribuem para o meu crescimento como pessoa e como profissional. Amo cada um de vocês!

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Adriana Assis Santos
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimento de Alto Custo
AS1	Assistente Social 1
AS10	Assistente Social 10
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Central Estadual de Regulação
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CMSALP	Centro Médico Social Augusto Lopes Pontes
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisa
CREMEB	Conselho Regional de Medicina da Bahia
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DO	Declaração de Óbito
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde



NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEPP	Projeto Ético Político Profissional
PL	Projeto Lei
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SESAC	Semanas de Estudos sobre a saúde Comunitária
SM	Salário Mínimo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo central analisar o processo de trabalho dos assistentes sociais na saúde hospitalar, conhecendo suas demandas, demandantes e identificando o produto final nesse espaço de trabalho sócio-ocupacional. Para obtenção do produto esperado, foi realizada a revisão de literatura acerca da crise da sociedade do trabalho, perpassando na profissão do serviço social como classe trabalhadora assalariada, chegando à Política Nacional de Saúde do Brasil e a participação da atuação do serviço social nesta. Como estratégia metodológica, adotou-se uma pesquisa qualitativa que foi realizada em uma “Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos” na Saúde Hospitalar. Foi utilizada a abordagem quanti-qualitativo de pesquisa, tendo como instrumentos de coletas de dados o questionário com perguntas fechadas e abertas (apêndice A), com a apresentação e assinatura do TCLE (apêndice B). Como resultado final, consegui identificar o perfil das assistentes sociais que atuam nesse espaço sócio-ocupacional, suas demandas e produto final do seu trabalho.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Saúde Hospitalar. Demandas. Produto.

## **ABSTRACT**

The present study has as main objective to analyze the process of work of social workers in hospital health, knowing their demands, plaintiffs and identifying the end product in this space of social and occupational work. To obtain the expected product, was held to review the literature about the crisis work, coursing through society in social service profession as salaried working class, arriving to Brazil's National Health Policy and the participation of social service on this one. As methodological strategy, a qualitative research that was carried out in a "not-for-profit Charitable Entity" in health. Was used qualitative quantitative approach of research, having as data collection instruments the questionnaire with closed and open questions (Appendix A), with the presentation and signature of the FICS (Appendix B). As a final result, I managed to identify the profile of social workers who work in this socio-occupational space, your demands and the final product of its work.

**Keywords:** Social Service. Hospital Health. Demands. Product.

## RESUMEN

El presente estudio tiene como principal objetivo analizar el proceso de trabajo de trabajadores sociales en la salud del hospital, conocer sus demandas, los demandantes e identificar el producto final en este espacio de trabajo social y ocupacional. Para obtener el producto esperado, se llevó a cabo para revisar la literatura sobre la crisis funcionan, atravesando la sociedad en la profesión del servicio social como clase asalariada de trabajo, llegando a la política nacional de salud de Brasil y la participación del servicio social en esta. Como estrategia metodológica, una investigación cualitativa que se llevó a cabo en un "no-para-beneficie la entidad caritativa" en salud. Fue utilizado el enfoque cuantitativo cualitativo de investigación, teniendo como instrumentos de recolección de datos el cuestionario con cerradas y preguntas abiertas (Apéndice A), con la presentación y firma de la FICS (Apéndice B). Como resultado final, me las arreglé para identificar el perfil de los trabajadores sociales que trabajan en este espacio socio-ocupacional, sus demandas y el producto final de su trabajo.

**Palabras clave:** Servicio de Social. Salud del hospital. Demandas. Producto.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>SERVIÇO SOCIAL E PROCESSOS DE TRABALHO</b> .....	25
2.1	TRABALHO E PROCESSOS DE TRABALHO: BREVE APROXIMAÇÃO .....	25
2.2	O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: PROCESSOS, DEMANDAS E PRODUTOS.....	32
<b>3</b>	<b>A QUESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO</b> .....	42
<b>4</b>	<b>PERCUSSO METODOLÓGICO DO ESTUDO</b> .....	53
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES</b> .....	59
5.1	O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE HOSPITALAR: DESENHANDO O PERFIL DESSES PROFISSIONAIS .....	59
5.2	O COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE HOSPITALAR, SUAS DEMANDAS E PRODUTOS .....	63
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	102
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	107
	<b>APÊNDICES</b> .....	113
	APÊNDICE A – Roteiro do Questionário aplicado com as assistentes sociais	
	APÊNDICE B – Roteiro para entrevista aplicada com as assistentes sociais	
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	
	<b>ANEXO</b> .....	127

## 1 INTRODUÇÃO

*“Vem, vamos embora que esperar não é saber  
Quem sabe faz a hora não espera acontecer”;*

O tema central dessa dissertação é o trabalho do assistente social na saúde privada hospitalar, centrando a discussão nas demandas que lhe são direcionadas, bem como nas respostas dadas por essa categoria profissional na dinâmica específica produzida nesse espaço sócio-ocupacional, por conseguinte, o seu produto final.

O tema surge da minha vivência como assistente social na saúde privada hospitalar. Inicialmente, ingressei na instituição como estagiária, por dois anos e, três anos após a conclusão do curso, retornei à instituição como profissional, em 2005, completando, pois, mais de sete anos de atuação<sup>1</sup>. Desde o início dessa prática profissional, inquietava-me a condição e o espaço ocupado pelo profissional neste campo sócio-ocupacional junto à equipe de saúde, bem como a tratativa desenvolvida frente às demandas apresentadas.

Ao retornar à instituição como profissional, encontrei um Serviço Social que sustentava alguns projetos de trabalho, vistos à época do estágio supervisionado (2001 a 2002), mas que pouco acolhiam as “demandas espontâneas” dos cidadãos que o procuravam como suporte para: orientações, encaminhamentos, ou mesmo com a ideia de “ajuda”. Percebia, portanto, que, muito provavelmente, alguns fatos do percurso sócio histórico dessa instituição de saúde em Salvador criaram, na população soteropolitana, a certeza de atendimento pleno e em prontidão permanente, o que, contudo, foi sendo alterado com base nas mudanças do tipo de gestão da saúde na capital baiana, que se tornou “Gestão Plena<sup>2</sup>”. Essa mudança implica em atribuir às Instituições de Saúde terceirizadas, o suporte de “alta complexidade” na saúde, o que ocorre com os Hospitais com o perfil a ser estudado, os quais oferecem atualmente tratamento oncológico, dentre outros, considerados pelo Sistema Único de Saúde, como tratamentos de alta complexidade.

---

<sup>1</sup> Hospital Filantrópico de grande porte na Capital Baiana.

<sup>2</sup> Gestão pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Eram constantes nessa Unidade de Saúde Hospitalar, a busca por assistentes sociais, por parte dos cidadãos dos mais diversos bairros e/ou cidades do Estado da Bahia. As buscas se davam na tentativa de resolver questões mínimas como “agendamento de consultas e exames”, bem como ações mais complexas como “ajudar na transferência de um parente hospitalizado em Instituição de Saúde sem suporte adequado”. Essas demandas eram lidas por mim, compreendendo-as como não sendo da nossa alçada profissional. Contudo, percebia a necessidade de acolhimento (escuta qualificada, repasse de informações claras e explicadas, redirecionamento à rede existente na comunidade, de forma a garantir que estes busquem a efetividade dos seus direitos, entre outros).

Pude perceber também que as ações profissionais desempenhadas nesses casos eram as mais diversas e que seu encaminhamento profissional não obedecia a uma diretriz clara, variando de acordo com o “perfil do assistente social” que recepcionava o cidadão demandante. Nesse sentido, uma das questões que mais me chamaram atenção foi o fato de que muitos encaminhamentos dados iam de encontro ao que está previsto na Lei 8662/93 – Lei que Regulamenta a Profissão Assistente Social<sup>3</sup>.

Essa não linearidade das ações profissionais para esses casos, por exemplo, inquietava-me bastante, a ponto de passar (a partir da data em que assumi a supervisão do setor, mesmo de forma interina), a catalogar as demandas espontâneas e redesenhar os fluxos, orientações e encaminhamentos a serem ofertados em cada caso apresentado. Parece tarefa fácil, mas não é, especialmente,

---

3 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 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.(Lei nº 8.662/93 – Lei de Regulamentação da Profissão do Assistente Social).

por saber que de forma direta ou indireta atingiria também a “zona de conforto” de alguns colegas de profissão.

Com o tempo, percebia que essas demandas tendiam a ser recolocadas pelos usuários, por uma série de razões que dizem respeito ao próprio funcionamento do sistema de saúde e ao perfil dos usuários. Assim, mesmo compreendendo que muitas dessas demandas estavam “deslocadas”, compreendia também que a ação mais adequada diante disso não seria desprezar ou negar atendimento, mas qualificar esse momento em que o usuário apresenta suas necessidades ao assistente social, transformando-o em momento educativo e de democratização de informações.

Buscando ilustrar de forma mais clara, certo dia chegara ao Setor uma senhora aparentando idade acima de 50 anos, que informou que buscara o Serviço Social, pois estava precisando de uma ajuda para marcar consulta com cardiologista, oftalmologista, dermatologista, outros. Como eu já tinha conhecimento de que o acesso à Instituição não se dá dessa forma e sim via Secretaria Municipal de Saúde (Salvador ou demais Municípios), eu poderia simplesmente dizer “não Senhora, aqui não se agenda consultas e exames”, mas preferi, além de explicar que não agendava, deixar claros os motivos, orientar como se deve fazer para agendar na Rede Municipal de Saúde em Salvador (visto ser moradora de Salvador) e, caso ela não conseguisse, como deveria proceder na condição de cidadã de direito à saúde, ou seja, acionar a ouvidoria do município, do estado e até mesmo a Defensoria Pública, visto serem órgãos que ao longo da história vem oferecendo suporte aos cidadãos também nos casos de dificuldade de acesso à saúde pública, dentre outras demandas por violação de direitos sociais e de cidadania.

Mas essa relação do profissional com os usuários expressa apenas uma dimensão da problemática que estou tentando situar, uma vez que, muitos encaminhamentos inadequados de demandas que chegam ao Serviço Social são feitos pelos próprios profissionais da Instituição (médicos, enfermeiros, psicólogos, outros), como por exemplo: situações de transferências, altas a pedido de pacientes ou familiares, declaração dos óbitos, agendamentos de consultas e/ou exames externos na rede de saúde da capital, dentre outras ações. Estas que, segundo os parâmetros do assistente social na saúde (2009), não são atribuições do assistente social, ainda assim, eram, de certo modo,



absorvidas pela categoria na Instituição, que não se posicionava de forma crítica frente a essas imposições, aceitando toda e qualquer demanda que lhes era enviada, sem questioná-la.

Para que essa dimensão fique mais clara, cabe fazer menção à dinâmica institucional e ao lugar do Serviço Social em seu interior. Na instituição onde atuei o Serviço Social, enquanto profissão foi se consolidando sociohistoricamente como um campo de trabalho específico, à base de lutas e posicionamentos diários junto às equipes multiprofissionais, gestores, usuários e seus familiares. Desde 1996, foi implantado o primeiro projeto social de trabalho, constituído a partir das demandas apresentadas pelos usuários na época, sendo este apenas um passo para os novos projetos que surgiram em outros espaços de atuação profissional na Instituição, sendo hoje um total de 05 programas sociais, três novos projetos, em respostas às áreas de: oncologia clínica e cirúrgica, transplantes, nefrologia, ginecologia e mastologia, UTI's, pediatrias, enfermarias e apartamentos, emergências, longa permanência hospitalar e Home Care e um voltado para a qualificação e atualização profissional. Além das ações desenvolvidas nos programas e projetos nas áreas indicadas acima, o Serviço Social atua numa linha de frente (sala de atendimento às demandas espontâneas apresentadas pelos usuários da Instituição de Saúde), onde seu foco maior de atuação volta-se a orientação, esclarecimentos, informações, encaminhamentos à rede social disponível em Salvador ou Estado da Bahia, manifestações positivas ou não para com a Instituição de Saúde, acolhimento de pacientes e seus familiares em situações múltiplas apresentadas, resoluções de demandas de outras áreas em que o usuário não resolvera, outros.

As demandas apresentadas para o Serviço Social chegam aos assistentes sociais por três vias: a) demandas por busca ativa – onde o assistente social antevê possíveis situações de violação de direitos ao paciente, seja pela família, Estado ou mesmo Instituição (por seus colaboradores); b) demandas pré-estabelecidas institucionalmente – onde a ação profissional surge com base em demandas apresentadas pela instituição (exemplo: o assistente social na área de transplantes<sup>4</sup> – nesse caso, lei que determina que o assistente social seja reconhecido como

---

4 Política fundamentada na Legislação (Lei nº 9.434/1997 e Lei nº 10.211/2001).

membro obrigatório da equipe multiprofissional, deixando claras as ações profissionais que se espera desse); c) demandas espontâneas – estas que podem ser apresentadas livremente pelos usuários (por necessidade de orientação acerca da acessibilidade dele na instituição de saúde), ou mesmo por ausência e/ou fragilidades na política de saúde local (exemplo: dificuldade de agendamento para consultas, exames, internações, tratamentos, medicações etc.).

Sobretudo no tocante às demandas espontâneas, percebe-se nas entrelinhas do discurso institucional uma “indicação” de acolhimento e resolutividade atribuída ao assistente social. Embora a Instituição ofereça autonomia de resolutividade para as diversas áreas, ainda assim, o serviço social permanece sendo acionado em casos desnecessários, quando o restante da equipe se vê incapaz de prover escuta, acolhimento e informação que, na verdade, não são e não devem ser características apenas da abordagem profissional dos assistentes sociais.

Essa discussão se faz ainda mais relevante na medida em que, atualmente, o Assistente Social tem em suas legislações de base, todo o suporte e respaldo para fiscalizar a atuação profissional da categoria, sem falar do apoio preciso dos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS's) e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Por exemplo, o Código de Ética Profissional atual (1993), em seu art. 8º afirma que é dever do assistente social “denunciar falhas nos regulamentos, normas e programas da instituição em que trabalha, quando os mesmos estiverem ferindo os princípios e diretrizes deste Código, mobilizando, inclusive, o Conselho Regional, caso se faça necessário”.

De acordo com CFESS (2009) através dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social, no que tange ao seu trabalho junto à equipe multiprofissional ou interdisciplinar, “o trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os diversos profissionais” (p.23). Para tanto, Iamamoto (2002, p.41) afirma que “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. (ibidem)

Iamamoto (2002 apud CFESS, 2009), afirma que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais. (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996)

A problematização que está sendo proposta justifica-se num contexto em que a profissão de Serviço Social tem, em suas auto-representações, discutido sua condição enquanto trabalhador inserido nos processos de trabalho da sociedade capitalista.

A análise da "prática" do assistente social como trabalho permite mediatizar a interconexão entre o exercício do Serviço Social e a prática da sociedade, bem como nos ajuda a refletir sobre a condição mais concreta do assistente social como trabalhador assalariado que, mesmo tendo suas especificidades formativas, ideológicas, políticas, tem, na venda de sua força de trabalho, um meio para suprir suas necessidades.

Essa abordagem, inaugurada por Iamamoto, nos estimula a analisar a profissão como parte das transformações históricas da sociedade presente, transpondo o universo estritamente profissional, rompendo com a visão endógena da profissão, prisioneira em seus muros internos. Para a autora, essas transformações atingem o conteúdo e direcionamento da própria atividade profissional, bem como as nossas condições e relações de trabalho, afetando, sobretudo, as nossas atribuições, competências e requisitos da formação do assistente social.

Essa mesma autora enfatiza que a análise do Serviço Social no âmbito das relações sociais capitalistas visa superar os influxos liberais que grassam nas análises sobre a chamada "prática profissional", vista como prática do indivíduo isolado, desvinculada da trama social que cria sua necessidade e condiciona seus efeitos na sociedade. Os processos históricos são reduzidos a um "contexto" distinto da prática profissional, que a condiciona "externamente". A "prática" é tida como uma relação singular entre o assistente social e o usuário de seus serviços -, seu "cliente"- desvinculada da "questão social" e das políticas sociais. (IAMAMOTO, fnepas, p.8)

Partindo desse pressuposto, a problematização específica sobre o Serviço Social na saúde hospitalar envolve a compreensão do trabalho profissional de forma mais ampla, pensado em sua inserção na história da sociedade brasileira e na dinâmica social contemporânea.

Nesse sentido, o mais importante a destacar é que, desde a década de 70, o Serviço Social brasileiro, rompendo com as bases do tradicionalismo que o caracterizava, vem construindo um projeto profissional crítico que se expressou em novas bases teórico-ideológicas e numa nova forma de atuação desse profissional nos embates da sociedade, estando presente em seus principais debates políticos e coletivos, nas mobilizações dos trabalhadores urbanos, nas reorganizações sindicais, a tomada de consciência dos trabalhadores, a reorganização e revitalização de entidades (movimentos estudantis, outros). Esse reposicionamento político pela categoria contribuiu para que se construísse ao longo das décadas de 80-90 um novo projeto profissional o qual tem, como um de seus eixos, o atual projeto ético-político profissional.

Contudo, é nesses anos também que a profissão, além de beneficiar-se da abertura democrática para fazer esse salto qualitativo, teve que lidar com o acirramento das contradições sociais expressas de muitas formas em seu cotidiano profissional, quer nas demandas ou em sua própria condição de trabalhador. Refiro-me aqui, ao contexto do processo de reestruturação produtiva e suas consequências, como a crise do trabalho, expressa pelo aumento do desemprego, da terceirização, da informalidade e da prestação de serviços sem nenhum tipo de regulação, destruição de postos de trabalhos tradicionais, com poucas oportunidades de empregos na indústria e na agricultura e manutenção ou leve ampliação apenas no setor de serviços.

Tal processo vem impactando o Serviço Social, precarizando o seu trabalho, mas, sobretudo, desqualificando a sua ação, seja através da sobrecarga, imposições de atribuições, outros. Boschetti (2011, p.561), afirma ainda que, embora não se disponha de dados nacionais sobre as condições de trabalho de assistentes sociais, é óbvio que os efeitos da crise, que impacta de modo destrutivo a vida da classe trabalhadora, atinge igualmente os (as) assistentes sociais.

As dificuldades para o serviço social atuar especificamente nos espaços privados, de acordo com o CFESS (2009, p.12), voltam-se ao enfrentamento

frente ao processo de privatização na saúde, ressaltando a sua mercantilização e ampliação, concomitantemente, do assistencialismo, tornando assim uma “contra-reforma”, a qual contradiz o processo sociohistórico de luta vivenciado pela sociedade e trabalhadores da saúde no Movimento da Reforma Sanitária<sup>5</sup>, pois, com base no CFESS (2009):

[...] A contra-reforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas. (p.9-10)

De acordo com estudo realizado pela SESAB no último trimestre de 2011, constatou-se que a saúde na Bahia apresentava 34 Unidades de Saúde em Gestão Direta<sup>6</sup>, 04 Unidades de Emergência, 07 Centros de Referência e 24 Hospitais e 18 Unidades de Saúde com Gestão Indireta<sup>7</sup>, organizado da seguinte forma: 18 unidades – 17 hospitais e 01 Unidade de Emergência, sendo 10 como Organização Social, 06 sob terceirização e 01 PPP – Hosp. Subúrbio. Salienta-se que esses dados foram apresentados pelo Conselho Estadual de Saúde da Bahia em outubro de 2011.

Em se tratando dos hospitais filantrópicos<sup>8</sup> em Salvador, a partir de estudos realizados por Luiz Tavares Pereira Filho, identificou-se que o SUS ainda tem se revelado incapaz de oferecer assistência a todos, levando crescentes camadas da população à demanda da saúde suplementar, por meio dos serviços oferecidos pela iniciativa privada.

Desse modo, parece-me que muitas das contradições vivenciadas e observadas no campo da saúde privada pelo profissional de SS dizem respeito a sua atual condição como trabalhador inserido nesse mercado de trabalho

---

5 A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento de cima para baixo, que teve como suporte intelectual, a construção de um saber militante calcado em grandes marcos teóricos, privilegiando as instituições e a organização do aparato institucional da saúde em detrimento do movimento real da sociedade. [Cohn apud Krüger] apud SILVA (2008). Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/o-movimento-sanitario-brasileiro/7591/>>. Acesso em: 09 jan.2012, às 30h.

6 Unidades públicas que oferecem assistência à saúde.

7 Terceirizadas / privadas.

8 De acordo com o Instituto Ethos, Filantropia é uma ação social externa da empresa, que tem como beneficiária principal a comunidade em suas diversas formas (conselhos comunitários, organizações não-governamentais, associações comunitárias etc.) e organizações. Disponível em: <<http://www.ethos.org.br/DesktopDefault.aspx?TabID=3344&Alias=Ethos&Lang>>. Acesso em: 09 jan.2012 às 20h.

específico. Sobre isso, Iamamoto (2006, p.63) esclarece que o Serviço Social, embora regulamentado como uma profissão liberal na sociedade, não se realiza como tal. Isso significa que o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo, ou seja, depende de recursos previstos nos programas e projetos da instituição que o requisita e o contrata, por meio dos quais é exercido o trabalho especializado.

Portanto, a condição de trabalhador assalariado não só enquadra o Assistente Social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas *molda* a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira. (IAMAMOTO, 2006, p.63)

Percebe-se então que a relação que o assistente social, enquanto profissional, possui no mercado de trabalho, como um trabalhador assalariado, o qual necessita manter a sua relação de empregabilidade com o mercado ou Estado, vende sua força de trabalho e produz no período de laboração, dispondo de relativa autonomia na efetivação do mesmo, ou seja,

O assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional. (IAMAMOTO, 2006, p.63)

Ora, se assim é, a instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social. Ela organiza o processo de trabalho do qual ele participa.

Essa relativização da autonomia profissional dos assistentes sociais no mercado de trabalho traz como ocorre na saúde, demandas e atribuições, as quais não são/estão condizentes à proposta constante no Projeto Ético-Político Profissional – PEPP.

Buscando exemplificar a precarização na ação profissional, reforçada e imposta pelos campos de atuação profissional, o CFESS (2009, p.46), em estudo realizado em todo o país, esclarece que os assistentes sociais na saúde têm conhecimento acerca do seu papel e atribuições quando ocupam o campo

da saúde (privada ou pública), contudo, têm que vivenciar cotidianamente situações as quais expressam claramente o projeto privatista da saúde representado nas demandas da própria instituição, como por exemplo:

A seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. (CFESS, 2009, p.15)

Afirma-se dessa forma, que essas ações profissionais requisitadas pelos empregadores muitas vezes contradizem a proposta do Projeto de Reforma Sanitária e do projeto ético-político do Serviço social, que propõe como diretrizes para a ação profissional,

A democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2009, p.15)

É comum perceber nos novos formatos das organizações, exigências que predefinem rotinas, prazos, metas, qualidade, outros, o que também ocorre nas Empresas que atuam na área da saúde privada. Essa crítica é mencionada pela FioCruz (2008) em seu Dicionário da educação profissional em saúde, o qual explicita que

O discurso da incompetência do setor público, ao mesmo tempo que atendeu aos interesses privados ao propor um fictício terceiro setor sob a designação “privado porém público” composto por associações empresariais que concorrem entre elas pelos fundos públicos, permitiu a delegação de responsabilidades do Estado a entes privados em situações casuísticas, como Fundações Privadas de Apoio, Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e outras, imbricando a esfera pública com a esfera mercantil. (FIOCRUZ, 2008, p.22)

Retomo então a questão posta inicialmente, agora expressa de forma mais complexa. Um estudo que procure registrar e analisar as demandas e respostas apresentadas aos/dadas pelos assistentes sociais que atuam no âmbito da saúde privada hospitalar permitirá, então, fornecer alguns dados concretos para pensarmos

no trabalho profissional nesse âmbito, enquanto um produto que se constrói na relação entre a realidade objetiva dos processos de trabalho e os recursos teóricos, operativos, políticos que esses profissionais acumularam em sua trajetória. Isso implica, então, em conhecer esses profissionais e o seu trabalho, bem como a dinâmica da saúde privada, cujos princípios organizam esse trabalho profissional específico.

A exposição do trabalho está organizada da seguinte forma. No item II, Serviço Social e Processos de trabalho, apresento a fundamentação teórica do estudo, subdividindo esse momento em dois subtópicos: No subtópico 2.1. discorro sobre o Serviço Social e Processos de Trabalho, buscando aqui uma aproximação acerca do trabalho e do processo de trabalho; Em seguida no subtópico 2.2., vou apresentar o trabalho do assistente social, seus processos de trabalho, suas demandas e seus produtos.

Já no item III, apresento uma discussão sobre a questão da saúde no Brasil contemporâneo, buscando um recorte teórico a partir da década de 1980, tendo em vista a saúde passar a ser considerada direito de cidadania após promulgação da Constituição Brasileira de 1988. Nesse momento, apresentarei os avanços contidos na saúde pública, mas também elenco as dificuldades e entraves a serem superados por nós, sociedade e trabalhadores da saúde. Nessa oportunidade, percorremos sobre a privatização da saúde pública com a inserção do terceiro setor na gestão estatal, passando pelas perdas dos direitos de cidadania e participação popular, e ausência da possibilidade da gestão democrática, sob influências do neoliberalismo e das suas políticas sociais.

No item IV, apresento o percurso metodológico utilizado, sendo este construído numa perspectiva qualitativa, enfatizando os redesenhos necessários que foram utilizados e adaptados ao longo da realização do estudo.

No item V apresento os resultados do estudo, sendo que será mencionado inicialmente elucidando o perfil das assistentes sociais pesquisadas desde aos dados de identificação pessoal, familiar, social e financeiro, chegando à formação profissional, vinculação com a Unidade de Saúde Hospitalar, dentre outros. Em seguida chegaremos ao cotidiano profissional dos assistentes sociais na saúde hospitalar, conhecendo dessa forma suas demandas e buscando identificar e conhecer produto final da sua ação profissional.



Para elaboração desse trabalho foi utilizada a abordagem quanti-qualitativa de pesquisa, tendo como instrumentos de coletas de dados um questionário com perguntas abertas e fechadas, aplicado junto a dez assistentes sociais voluntárias à pesquisa e o último instrumento aplicado a duas assistentes sociais voluntárias ao estudo, em momentos distintos e em espaço sigiloso.

## 2 SERVIÇO SOCIAL E PROCESSOS DE TRABALHO

*Pelos campos há fome, em grandes plantações  
Pelas ruas marchando indecisos cordões  
Ainda fazem da flor seu mais forte refrão  
E acreditam nas flores vencendo o canhão.*

A questão de estudo apresentada nesse projeto é bastante complexa e trata de muitas dimensões relativas à profissão, ao trabalho, à saúde. Nesse momento, é, pois, importante retomar algumas das principais discussões teóricas envolvidas no debate da questão. Isso permitirá torná-la mais concreta e mostrar seus diversos aspectos, enfim, sua complexidade. Para desenvolver esse exercício, essa discussão será organizada em três momentos: num primeiro momento, será feita uma tematização sobre processo de trabalho, base da problematização que pretendo fazer. Num segundo momento, discutirei a questão do trabalho profissional e, finalmente, será discutida a questão da saúde contemporânea, destacando elementos que ajudam a elucidar a dinâmica do setor privado.

### 2.1 TRABALHO E PROCESSOS DE TRABALHO: BREVE APROXIMAÇÃO

*Há soldados armados, amados ou não  
Quase todos perdidos de armas na mão  
Nos quartéis lhes ensinam uma antiga lição:  
De morrer pela pátria e viver sem razão.*

Em se tratando da categoria trabalho, utilizei como elementos de aproximação conceitual, estudos realizados pelos autores José Paulo Netto e Marcelo Braz. Os autores afirmam que, embora estudiosos das mais diversas linhas de pesquisa considerem “o fim da sociedade trabalho” vinculando-se a ideologias ditas “pós-modernas”, eles acreditam que esses,

[...] fenômenos (a redução da demanda de trabalhadores para a produção de bens materiais e o desemprego crescente) são perfeitamente compreensíveis quando se considera a dinâmica essencial da sociedade capitalista e, devidamente analisados, não autorizam a desconsideração da centralidade do trabalho. (NETTO; BRAZ, 2011, p.60)

Marx (1999) em “o Capital” afirma que:

[...] o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. [...]. ([s.p])

Nessa aproximação conceitual, trabalho significa produzir, valor produzido, utilidade do que foi produzido, produto feito pelo homem utilizando-se da sua relação com a natureza. Marx (1983 apud NETTO; BRAZ, 2011) já afirmara que:

[...] o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. [...]. (p.41)

Marx apud Montañó (2008) considera trabalho como sendo “[...] um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Dessa forma, considera-se trabalho,

[...] como algo intrínseco do homem e, portanto, à parte de qualquer que seja a estrutura social ou modo de produção determinado. E ele acrescenta: “Põe em movimento as forças naturais de seu corpo [...] a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza.” (MARX apud MONTAÑO, 2008, p.11)

Entende-se, portanto, em Marx, que o homem, ao transformar a natureza pela execução do seu trabalho, se autotransforma. Dessa forma, o trabalho é algo que distingue o ser humano, tendo em vista a sua capacidade de projetar e idealizar aquilo que será construído por seu trabalho, ao contrário dos animais, que realizam suas atividades pelo instinto animal.

Essas ideias de Marx remetem-nos diretamente à possibilidade de compreensão do processo de trabalho, ou seja, aos “[...] elementos constitutivos do processo de trabalho que são: o trabalho, o objeto de trabalho e o instrumental de trabalho”.

Buscando ampliar o entendimento sobre esse assunto, Netto & Braz (2011, p.44) afirmam que o trabalho implica mais que a relação sociedade/natureza, ou seja, afeta os seus sujeitos e sua organização. Dessa forma, além do trabalho transformar a natureza, transforma também o seu sujeito, ou seja, o ser social.

Essas colocações tornam-se propícias como meio de demarcar um encaminhamento teórico sobre o trabalho a partir dessa referência mais geral, mas essencial, à obra marxiana. O que é importante, a partir desse encaminhamento, é indicar a compreensão que pauta o estudo, qual seja, a de que o trabalho é atividade que funda a sociabilidade humana, funda um ser objetivo em sua totalidade, na produção de sua base material e na reprodução de suas relações.

Essa colocação é importante como base para a questão central que será tratada nesse item que é a discussão sobre a sociedade contemporânea, a partir do trabalho e suas inflexões históricas, especialmente a reestruturação produtiva, cujos desdobramentos marcam o contexto atual.

Nesse sentido, faço um recorte histórico, situando o período fordista taylorista, marcado pelas influências do fordismo (Henry Ford), o qual apostava na produção padronizada e simplificada<sup>9</sup>, e pelo taylorismo (Frederik Taylor) a exemplo das fábricas automobilísticas, buscou neste último a obrigação dos trabalhadores produzirem conforme o ritmo das máquinas. Esse efeito acabou resultando em uma produção em larga escala, primando por atender à demanda crescente do consumo em massa, que como ocorre em dias atuais, afirmando em seus discursos, o crescimento econômico e sensação de pertencimento pelas classes excluídas da sociedade de consumo. Em seu livro “O mito do progresso”, Gilberto Dupas (2006) afirma que,

A capacidade de produzir mais e melhor não cessa de crescer e é assumida pelo discurso hegemônico como sinônimo do progresso trazido pela globalização. Mas esse *progresso*, discurso dominante das elites globais, traz também consigo exclusão, concentração de renda, subdesenvolvimento e graves danos ambientais, agredindo e restringindo direitos humanos essenciais. (p.73)

---

9 Influências de Frederick Taylor (1856-1915).

Bem, com as influências do Taylorismo (reengenharia do trabalho) e Toyotismo (flexibilização do trabalho), novas influências surgem provocando a chamada “crise da sociedade do trabalho”.

Buscando compreender essa fase histórica, Antunes (2002) afirma que,

Esta forma flexibilizada de acumulação capitalista, baseada na *reengenharia*, na *empresa enxuta*, para lembrar algumas expressões do novo dicionário do capital, teve consequências enormes no mundo do trabalho. A classe trabalhadora *fragmentou-se, heterogeneizou-se e complexificou-se* ainda mais. Tornou-se mais qualificada em vários setores onde houve uma relativa *intelectualização* do trabalho, mas *desqualificou-se e precarizou-se* em diversos ramos, como na indústria automobilística, onde o ferramenteiro não tem mais a mesma importância, sem falar na redução dos inspetores de qualidade, dos gráficos, dos mineiros, dos portuários, dos trabalhadores da construção naval etc. (p.7)

Compreendendo essas influências e reflexos nas relações de trabalhos na contemporaneidade, concorda-se com o ponto de vista apresentado por Antunes (2002), o qual lança o questionamento essencial de que se “[...] a sociedade contemporânea é ou não predominantemente movida pela lógica do capital, pelo sistema produtor de mercadorias, pelo processo de valorização do capital? [...]” (p.11,12). Se sim, dever-se-á perceber que a crise do trabalho abstrato somente poderá ser entendida a partir da redução do trabalho vivo e a ampliação do trabalho morto, ou seja, acreditava-se que com a automação das máquinas o homem teria sua força de trabalho substituída pelas máquinas, o que não ocorreu.

Contudo, ressalva-se que, com o surgimento do trabalho morto (máquinas), os espaços socioocupacionais foram enxutos, ou seja, diminuindo o quantitativo do trabalho vivo (homens), sempre com uma ideia ilusória de “polivalência” e “flexibilização” como sendo características positivas à classe trabalhadora.

Passa-se então à necessidade de compreensão da estruturação do processo de trabalho, sendo que seus elementos, de acordo com Marx, são: “1) a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho”.

Marx (1999, p.218) elucida, conforme já compreendemos, que no processo de trabalho, a atividade desenvolvida pelo homem opera um processo de transformação.

A partir de então, o processo extingue-se ao concluir-se o produto<sup>10</sup>.

O processo de trabalho, que descrevemos em seus elementos simples e abstratos, é atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais. Não foi por isso necessário tratar do trabalhador em sua relação com outros trabalhadores. Bastaram o homem e seu trabalho, de um lado, a natureza e seus elementos materiais, do outro. O gosto do pão não revela quem plantou o trigo, e o processo examinado nada nos diz sobre as condições em que ele se realiza, se sob o látego do feitor de escravos ou sob o olhar ansioso do capitalista, ou se o executa Cincinato lavrando algumas jeiras de terra ou o selvagem ao abater um animal bravo com uma pedra. (MARX, 1999, p.218)

Ainda compreendendo o processo de trabalho por Marx, torna-se relevante ressaltar que o trabalhador assalariado trabalha sob o controle do capitalista, ou seja, controlado pelo dono do seu trabalho. A ideia central desse controle é, além de zelar pelo processo de trabalho, produção, visam, sobretudo, o não desperdício de matéria-prima, poupando instrumentais de trabalho, gastando apenas o que é imprescindível à execução do trabalho.

Nessa compreensão, entende-se que, ao vender sua força de trabalho, o produto produzido pela classe trabalhadora assalariada torna-se pertencente ao capitalista, ou seja, a quem paga pela força de trabalho vendida pelo trabalhador. Por fim, entende-se que,

[...] O processo de trabalho é um processo que ocorre entre coisas que o capitalista comprou, entre coisas que lhe pertencem. O produto desse processo pertence-lhe do mesmo modo que o produto do processo de fermentação em sua adega. (MARX, 1999, [s.p])

Compreendemos que, quando se pensa na sociedade trabalho na contemporaneidade, com base nas afirmações apresentadas por Andreazza (2008,

---

10 O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. (MARX, 1999, p.205)

p.17), identificar-se-á que o modelo de sociedade característico do século XX, construído em torno do trabalho, é o da sociedade salarial industrial (CASTEL, 2005), como sendo uma sociedade produtora de bens. Ainda primando pela aproximação da temática aos dias contemporâneos, Andreatza (2008, p.18) firma que “uma importante mudança da acumulação flexível é a flexibilização<sup>11</sup>” especialmente pela influência e efeitos de globalização e da tecnologia da informação, os quais ofertam novos conteúdos ao trabalho e às relações de trabalho”.

Essas mudanças sugeridas pela flexibilização vem afetando não só a indústria, mas, sobretudo, o trabalho na saúde. A partir de então, utilizando-nos de Castell (2005), devido à sua explicação e aproximação com o momento atual do que vem sendo expresso o trabalho, este afirma que “o trabalho vem sendo alvo de dois tipos de redução de custos face aos requisitos da flexibilização: minimizar o preço da força de trabalho e maximizar sua eficácia produtiva.” Os impactos que decorrem esses requisitos para Castell (2005) são, o desemprego, a precarização do trabalho e a individualização no trabalho.

Para Castell (2005), esses efeitos advindos da flexibilização, vem acarretando impactos na integração social que o trabalho promove, além claro, da sua precarização e vulnerabilidade na qual o sujeito trabalhador assalariado vem submetendo-se, podendo aqui, vincular o trabalhador assistente social.

Essa relação com o trabalho pelos trabalhadores vivencia na atualidade, de acordo com lamamoto (2006),

[...] o significativo aumento do contingente de *mulheres, jovens e crianças* que passaram a integrar a população economicamente ativa. Constata-se, ainda, a convivência de formas de trabalho assalariado com o trabalho autônomo, doméstico, clandestino e as múltiplas expressões de precarização dos vínculos e relações de trabalho, com amplo comprometimento das conquistas e direitos trabalhistas, assim como das tradicionais estratégias de organização e luta sindical. (p.87)

Com essas influências contemporâneas no mundo do trabalho, conforme lamamoto (2006) reafirma-se como problema central nessa relação capital x trabalho, elementos como: “[...] o desemprego e a crescente exclusão de contingentes

---

11 Conjunto de processos e de medidas que visam alterar as regulamentações concernentes ao mercado de trabalho e às relações de trabalho. (HOLZMANN; PICCININI, 2006, p.131-133)

expressivos de trabalhadores da possibilidade de inserção ou re-inserção no mercado de trabalho, que se torna estreito em relação à oferta de força de trabalho disponível”.

(p.87)

Ao contrário do que é esperado pela classe trabalhadora e sociedade civil,

[...] essa redução do emprego, aliada à retração do Estado em suas responsabilidades públicas no âmbito dos serviços e direitos sociais, faz crescer a pobreza e a miséria, passa a comprometer os direitos sociais e humanos, inclusive o direito à própria vida.

Na sociedade salarial, entende-se que, mesmo com tantas restrições de acesso ao mercado de trabalho, este continua a ser o principal acesso aos bens e serviços, ou seja, de sobrevivência da classe trabalhadora assalariada.

Nessa relação contemporânea com o trabalho, o trabalhador passa,

[...] a viver um duplo e radical tormento: ser um trabalhador livre que depende do trabalho para se reproduzir e não encontrar oportunidade de trocar sua força de trabalho por meios de vida, seja via relação típica salarial ou outras formas de venda de seus serviços, que fogem aos critérios da lucratividade porquanto voltadas para a reprodução dos meios de vida. A radicalidade do dilema é que atualiza-se a condição de trabalhador livre, despossuído, sem que se atualizem as possibilidades de transformar-se em trabalhador assalariado. A condição de trabalhador livre "desvincula-se" da condição de trabalhador assalariado, mais além da vontade individual do sujeito, uma vez que vem crescendo, em um ritmo cada vez mais acelerado, o contingente populacional efetivamente sobrando para as necessidades médias do capital no atual estágio de desenvolvimento das forças produtivas. (IAMAMOTO, 2006)

Outro agravante identificado na relação de trabalho contemporâneo volta-se às novas exigências ao trabalhador, agora na figura de “colaborador”, onde este aparece como sendo,

[...] trabalhador polivalente, capaz de realizar múltiplas atividades ao mesmo tempo e pelo mesmo salário, rompe as rígidas barreiras das especialidades profissionais, especialmente nas funções de menor qualificação. Expressa a indiferença do trabalhador assalariado em relação ao tipo ou qualidade do trabalho que desenvolve, o que viabiliza inclusive a elevada rotatividade do trabalho constatada no país. (IAMAMOTO, 2006)

Essa nova estratégia encontrada pelas empresas, demonstra além de dupla imagem ao trabalhador, a sensação de que este, além de ser “descartável”, vive em



constante instabilidade empregatícia, ou seja, sob ameaça de desligamento, enxugamento de quadro, especialmente em casos de não adequação às normas e determinações das políticas internas etc., expressando assim as mudanças na relação de trabalho contemporâneo.

## 2.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: PROCESSOS, DEMANDAS E PRODUTOS

O marco histórico para a compreensão das discussões profissionais acerca do trabalho do Assistente Social é a década de 90. Rompendo com as discussões teóricas presentes até a década de 80, os anos 90 inauguram um novo momento do Serviço Social com a consolidação de importantes instrumentos representativos da identidade profissional contemporânea, quais sejam, o Código de Ética Profissional do Assistente Social, de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social e a nova Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social de 1996. Em conjunto, esses documentos representaram a constituição de um novo projeto de profissão, hoje hegemônico na categoria.

Dentre as diversas questões e implicações presentes nesse projeto, destaco uma mudança, sustentada pelas discussões teóricas e presente no encaminhamento do novo currículo profissional, na forma como a profissão se auto-representa e compreende sua inserção social. Trata-se da mudança na forma de compreender a “prática” profissional, vista, neste novo contexto, como trabalho profissional, bem como a inscrição do exercício profissional em processos de trabalho.

Iamamoto (2006, p.60) explica que a eleição da categoria trabalho não foi aleatória, visto tratar-se de um elemento constitutivo do ser social, que o distingue como tal e, portanto, que dispõe de uma centralidade na vida dos homens.

Seguindo a discussão de Iamamoto, temos as implicações dessa relação estabelecida entre Serviço Social e processo de trabalho que, segundo a autora estão nas questões que, a partir da consideração dessa relação, se começa a fazer acerca do Serviço Social: se o Serviço Social está inserido em processos de trabalho, qual a sua matéria-prima ou objeto, quais seus instrumentos, quais os produtos do trabalho?

Sobre isso, a autora expõe que todo processo de trabalho tem um objeto sobre o qual se dá o próprio trabalho, a ação do sujeito. No caso do Serviço Social, é a questão social que, em suas múltiplas expressões, funda a necessidade social da ação profissional, sendo, pois, o objeto do Serviço Social. Essas colocações tiveram grande impacto na profissão, rebatendo bastante nos processos de formação uma vez que, ao colocar a questão social como objeto do trabalho, o conhecimento da questão social, ou seja, da realidade social, passa a ser o conhecimento das próprias condições do trabalho profissional e do seu objeto.

Sobre os instrumentos do trabalho profissional, Iamamoto (2006) afirma que é um equívoco quando os profissionais do serviço social consideram que seus instrumentos de trabalho resumem-se apenas a um "arsenal de técnicas": entrevistas, reuniões, plantão, encaminhamento etc. (IAMAMOTO, 2006, p.62). Para a autora, o conhecimento, ou seja, as bases teórico-metodológicas do profissional são importantes instrumentos para o trabalho.

Vejamos nas palavras da própria autora.

A noção estrita de instrumento como mero conjunto de técnicas se amplia para abranger o *conhecimento como um meio de trabalho*, sem o que esse trabalhador especializado não consegue efetuar sua atividade ou trabalho. As *bases teórico-metodológicas* são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho: contribuem para iluminar a leitura da realidade, imprimir rumos à ação, ao mesmo tempo em que a moldam. Assim, o conhecimento não é só um *verniz* que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado; mas, é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado. Nessa perspectiva, o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo Assistente Social ao longo do seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho. (IAMAMOTO, 2006, p.62-3) *grifos da autora.*

Ainda sobre a questão dos instrumentos, a autora desenvolve um debate fundamental para a compreensão da condição do Assistente Social como trabalhador. Trata-se do fato do Serviço Social ser regulamentado como profissão liberal, mas na verdade não se exerce dessa forma na sociedade uma vez que o profissional não é detentor dos meios necessários para desenvolver seu trabalho. Ao contrário, para tal, o assistente social tem que vender sua força de trabalho para instituições empregadoras que o colocarão em contato com os recursos

necessários para o exercício de seu trabalho. Assim, compreende-se o trabalho profissional como trabalho assalariado e a forma de seu exercício como sendo um trabalho desenvolvido em diversas instituições. Tal afirmação é de extrema importância, pois revela que a instituição não é apenas elemento externo ao trabalho e muito menos um obstáculo, mas que, na verdade, ela “organiza o processo de trabalho do qual ele participa”. (IAMAMOTO, 2006, p.63)

Finalmente, a autora nos convida a pensar no trabalho como “atividade humana exercida por sujeitos de classes” (IAMAMOTO, 2006, p.64). Nesse sentido, ela menciona um dos elementos importantes nesse projeto que é a questão dos sujeitos que trabalham. No caso do Serviço Social, alguns traços mais gerais podem ser destacados, trata-se de um contingente de profissionais predominantemente feminino o que tem a ver com a imagem social da profissão uma vez que a sociedade é cortada por relações de gênero. Assim, por exemplo, a questão do gênero explica em parte a subalternidade que marca a profissão. Do mesmo modo, a questão dos traços político-culturais que compõem a identidade profissional como a recorrência a traços messiânicos relacionados às origens católicas da profissão, bem como a presença, na história mais recente da profissão, de valores identitários como a liberdade e a democracia.

Mas pensar a questão do trabalho implica ainda uma questão central que é também um questionamento presente entre empregadores, equipes, usuários e até mesmo entre os próprios assistentes sociais: o que o serviço social faz? O que o serviço social produz?

A relação de trabalho do assistente social com o mercado provoca alguns questionamentos pelos empregadores, os quais não reconhecem o Serviço Social como trabalhador produtivo, tendo em vista este profissional não produzir lucro, mais-valia. A compreensão dessa relação mediante complexidades na relação capital x trabalho, promove dificuldade e desafios no reconhecimento social da profissão.

Buscando compreender essa relação com o trabalho e enquanto categoria trabalho, lamamoto (2006) afirma que:

[...] o Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob a forma de serviços, que tem produtos: interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ideo-política dos indivíduos sociais. (p.69)

Como classe trabalhadora assalariada, a assistente social é, neste sentido, uma intelectual que contribui com demais classes profissionais e com a sociedade, na “criação de consensos na sociedade”<sup>12</sup>.

Com esse entendimento apresentado por Iamamoto (2006, p.69-70), ao desenvolver seu trabalho profissional, o assistente social pode não produzir diretamente riqueza - valor e mais-valia, contudo é considerado um profissional partícipe de um trabalhador coletivo, fruto de uma combinação de trabalhos especializados na produção, de uma divisão técnica do trabalho.

Entende-se que não existe uma relação sem “interesses” por parte do capital para com o profissional do Serviço Social, visto que o trabalho desse último é considerado um trabalho cooperativo que, no seu conjunto, cria as condições necessárias para fazer crescer o capital investido naquela empresa, mesmo que de forma “involuntária” por parte do profissional, este que necessita manter sua relação de trabalho – na condição de trabalhador assalariado – para suprir suas necessidades básicas e materiais.

Assim, embora o profissional vivencie um “desconhecimento sobre seu trabalho” por quem lhe contrata, pela sociedade e por demais categorias profissionais, “[...] caso essa especialização do trabalho não tivesse alguma função a desempenhar no processo de produção, na óptica dos interesses capitalistas, não seria contratada pelo empresariado”. (IAMAMOTO, 2006, p.68)

Pensar o produto final da ação profissional do assistente social, por não ser uma produção “palpável”, que apresente “lucro direto” aos seus contraentes, e por ser subjetivo até mesmo para o olhar dos seus usuários, dificulta a percepção de terceiros e até mesmo da categoria profissional quanto ao que se produz.

Na condição de trabalhador assalariado, o qual necessita manter sua relação com o mercado de trabalho contratante, o assistente social atua em Instituições em que dependem diretamente dos meios e recursos para a efetivação das suas atividades, estas que não são propriedade do profissional, devido à alienação de parte desses meios e condições consideradas necessárias para a efetivação do seu trabalho.

---

12 Falar em consenso diz respeito não apenas à adesão ao instituído: é consenso em torno de interesses de classes fundamentais, sejam dominantes ou subalternas, contribuindo no reforço da hegemonia vigente ou criação de uma contra-hegemonia no cenário da vida social. (IAMAMOTO, 2006)

É nesse sentido que Iamamoto trata da relativa autonomia do assistente social no seu campo sócio ocupacional, ou seja, ao indicar que, apesar de nosso projeto e da possibilidade sempre posta de direcionamento do próprio trabalho, este, para se realizar, precisa entrar em contato com meios de trabalho que não possui. Esse fato provoca alguns questionamentos acerca da prática profissional, como por exemplo, quem define a prática do assistente social no seu espaço de trabalho? Ou mesmo, o que se produz nesses espaços socioocupacionais? A autonomia nos espaços de trabalho, mesmo que relativa, põe em questão o fazer profissional, a liberdade para atuar precisamente frente às reais demandas apresentadas pelos usuários, nas mais diversas faces.

O uso dos instrumentos, meios e técnicas disponíveis ao assistente social para o exercício do seu fazer profissional, chama-nos a atenção à “dimensão política da profissão”, pois,

As condições e relações sociais que circunscrevem o trabalho do assistente social atribuem à profissão uma *dimensão política* por excelência, que não se confunde com a militância político partidária. Apoia-se no fato do seu trabalho realizar-se inscrito em relações de poder, inerentes às relações sociais entre classes que estruturam a sociedade capitalista. A face visível dessas relações, para aqueles que as vivem no contra verso do poder, são as desigualdades expressas nas múltiplas formas de exploração, subordinação e exclusão do usufruto das conquistas da civilização por parte de segmentos majoritários da população. (IAMAMOTO, 2006, p.146)

Nesse momento, cabe reafirmar os direcionamentos advindos das discussões acerca do projeto ético-político, tendo em vista ser, este, fruto de lutas políticas, mas também do reconhecimento teórico de que o trabalho do assistente social, por ser trabalho, mesmo alienado, tem certa autonomia e pode formular projetos.

A dimensão política da profissão, evidenciada e assumida desde a década de 70, ganha, na década de 90, um novo cunho, com a constituição do que se convencionou chamar de Projeto Ético-Político Profissional. Em linhas gerais, trata-se da sistematização, nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, na Lei de Regulamentação da Profissão e no Código de Ética Profissional, das linhas éticas e políticas que têm sido assumidas coletivamente pela profissão.

Conforme lamamoto (2006),

*Teimamos em reconhecer a liberdade como valor ético central, o que implica desenvolver o trabalho profissional para reconhecer a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, reforçando princípios e práticas democráticas. Aquele reconhecimento desdobra-se na defesa intransigente dos direitos humanos, o que tem como contrapartida a recusa do arbítrio e de todos os tipos de autoritarismos. Intimamente relacionada, encontra-se a afirmação práticopolítica da democracia nas várias dimensões da vida em sociedade no horizonte de aprofundamento dos princípios democráticos, como socialização da riqueza socialmente produzida, da política e da cultura. Envolve o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, afirmando-se o direito à participação dos grupos socialmente discriminados e o respeito às diferenças. (p.141)*

Embora se trate de ações difíceis de condução no dia a dia de trabalho do profissional, lamamoto (2006) afirma que,

*A consolidação do projeto ético-político profissional que vem sendo construído requer remar na contracorrente, andar no contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos e das marés na vida em sociedade. (p.141)*

A visibilidade atribuída ao trabalho desenvolvido pelo assistente social nos espaços socioocupacionais em que atua, é considerada por lamamoto (2006, p.146) como sendo um meio de potenciar a dimensão política inerente a esse trabalho especializado, pela maior utilização da mídia para denúncia das desigualdades, desmandos, desrespeito aos direitos humanos e sociais identificados, reforçando a dimensão pública das ações profissionais.

Quando se pensa nos desafios para a profissão do Serviço Social na contemporaneidade, entendemos a necessidade de vivência diária sob a militância profissional, tendo em vista que parte dos desafios aos profissionais estão diretamente ou indiretamente interfaceado com a cultura da sociedade em que atua.

lamamoto (2006) pontua como os principais desafios à profissão na atualidade, voltar-se à necessidade de:

*[...] é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo. (p.10)*

Em outro momento, ela destaca:

[...] um dos desafios maiores para decifrar o exercício profissional está em apreender as *particularidades dos processos de trabalho que, em circunstâncias diversas, vão atribuindo feições, limites e possibilidades ao exercício da profissão*, ainda que esta não perca a sua identidade. Evita-se, assim, o risco de reificar o Serviço Social tratando-o como coisa natural, dotado de uma legalidade invariável no tempo e espaço. A denominação de "processo de trabalho *do Serviço Social*" nos documentos da ABESS representou um desliz, uma vez que o trabalho é atividade do sujeito e não da profissão, como instituição. (IAMAMOTO, 2006, p.106-107)

O trabalho do assistente social na saúde como em qualquer outro campo sócio-ocupacional, tem como um de seus principais desafios conhecer e compreender os limites institucionais para construir o seu projeto de trabalho e suas estratégias profissionais. Esse reconhecimento da realidade, conjuntamente com o domínio acerca das dimensões profissionais, proporcionará ao profissional a capacidade de leitura da realidade em sua aparência e nas dimensões mais essenciais, podendo garantir a manutenção da sua identidade profissional.

Em estudos recentes, Iamamoto (2009), apresenta como desafios à profissão na atualidade, a necessidade de refletirmos sobre a condição do Assistente Social como trabalhador, de modo que integre a nossa discussão, as questões advindas dessa condição, principalmente no contexto atual, adverso às conquistas do trabalho.

O desdobramento necessário dessa proposta de análise do trabalho do (a) assistente social é tratá-lo de forma indissociável dos dilemas vividos pelo conjunto dos trabalhadores – e suas lutas – que sofrem perdas decisivas em suas conquistas históricas nesse tempo de prevalência do capital que rende juros, articulado ao grande capital produtivo internacionalizado. Este é um dos desafios importantes da agenda profissional, o que requer dar um salto de profundidade na incorporação da teoria social crítica no universo da profissão aliada à acurada pesquisa sobre as condições de trabalho e as respostas profissionais acionadas para fazer frente às expressões da questão social nos diferenciados espaços ocupacionais do (a) assistente social na sociedade brasileira. (IAMAMOTO, 2009, p.37)

As condições de trabalho atuais dos Assistentes Sociais estão marcadas pelos traços que caracterizam o mercado de trabalho contemporâneo, ou seja,

trata-se de perdas de espaços e direitos conquistados. Na saúde não é diferente.

A partir de estudo desenvolvido (CFESS, 2005, p.24 apud IAMAMOTO, 2009), encontramos evidências sobre o perfil dos assistentes sociais no âmbito nacional. A pesquisa constata que,

No nível nacional, 78,16% dos assistentes sociais atuam em instituições públicas de natureza estatal, das quais 40,97% atuam no âmbito municipal, 24%, estaduais e 13,19%, federais. Assim, assistente social no Brasil é majoritariamente um *funcionário público*, que atua predominantemente na formulação, planejamento e execução de políticas sociais com destaque às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras. O segundo maior empregador são empresas privadas com 13,19% (o mesmo índice que as instituições federais), seguido do “Terceiro Setor”, com 6,81% (englobando Organizações Não Governamentais (ONGs), Associações, Cooperativas, entre outras que viabilizam a chamada “responsabilidade social”). (CFESS, 2005, p.24 apud IAMAMOTO, 2009, p.08)

Essa realidade expressa no estudo realizado pelo CFESS reafirma a condição de trabalhador assalariado que envolve o assistente social como categoria profissional, pois,

A grande maioria dos profissionais, 77,19%, possui apenas um vínculo empregatício; 10,31% registram dois vínculos e apenas 0,76, três ou mais. A ausência de vínculos é expressiva (11,74%), indicando a não inserção no mercado de trabalho na área de Serviço Social. O principal tipo de vínculo é o de estatutário (55,68%) prevalecente em todas as regiões. Seguem os contratos com base na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que representam 27,24%; os contratos temporários representam 9,41% e serviços prestados, 5,84%. Os demais vínculos não são significativos.

Em se tratando das jornadas de trabalho, o estudo de 2005 do CFESS, apresentou que a jornada predominante fora 40h semanais, contudo, desde 26 de agosto de 2010 essa realidade, no âmbito nacional, deva ser outra, tendo em vista a aprovação da Lei 12.317/2010 a qual determina a jornada de trabalho dos assistentes sociais, independente da sua área de atuação, para 30h semanais sem redução de salário.



Contudo, o estudo em época, afirmara que: “A jornada de trabalho predominante é de 40 horas, abrangendo 50,70% dos assistentes sociais, seguida da jornada de 30 horas (28,65%). A carga de mais de 40 horas ocupa o terceiro lugar”. (CFESS, 2005)

Salienta-se, contudo que, a aprovação da Lei 12.317/2010 não expressa a garantia plena da jornada 30h/semanais a todos os profissionais do serviço social, estando uma parte da categoria profissional ainda laborando 40h/semanais e 44h/semanais, sem possibilidade de negociação com seu empregador.

Outro dado significativo e relevante ao estudo será voltado à condição salarial que os profissionais submetem-se, pois a inexistência do piso salarial ao profissional do serviço social oferta aos empregadores a decisão do valor do trabalho dessa categoria.

O estudo realizado nacionalmente pelo CFESS (2005), afirma que,

O nível salarial, em salários mínimos, observa a seguinte ordem de maior incidência: 4 a 6 SM; 7 a 9 SM, mais de 9 SM e até 3 SM. Já a renda familiar é mais elevada que a renda profissional correspondendo a mais de 9 salários mínimos.

Outro ponto importante que também será questionado nesse estudo, volta-se à formação continuada e qualificação profissional dos assistentes sociais após a graduação, por considerar ser este um item essencialmente determinante da qualidade do trabalho profissional, por acreditar na transformação constante da realidade e necessidade de acompanhamento dessas mudanças pelos profissionais.

Em se tratando desse ponto, o CFESS apresentou que, “A qualificação dos assistentes sociais brasileiros é a seguinte: 55,34% têm graduação; 35,26% têm título de especialista; 6,49% têm mestrado; 1,24%, doutorado e 0,67%, pós-doutorado”.

Diante desse quadro, alguns profissionais posicionam-se como sendo militantes diários da profissão na manutenção dos direitos socialmente construídos e garantidos para a profissão, bem como para os seus usuários. Paralelo a essa ação, profissionais submetem-se às condições de trabalhos e atribuições para o trabalho, de forma inquestionável.

Esse dado nos remete a questões mais relacionadas à dimensão ética do trabalho, cujos desafios são abordados, por exemplo, por Martinelli (2011), onde afirma que o cumprimento das atribuições profissionais na saúde, é,

[...] um dever ético-político consolidá-las mediante um exercício profissional crítico e competente, capaz de materializar os princípios de nosso Código de Ética, do Projeto Ético-Político da profissão e dos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política e Saúde. Na área da saúde, onde há múltiplas identidades em interação, este é um desafio cotidiano, que se transforma em um verdadeiro imperativo ético, pois o que está em jogo é a construção de uma prática competente, na qual o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte, no caso dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, sejam alicerces fundantes e objetivos comuns para toda a equipe. (p.5)

Essas atribuições e garantias éticas apresentadas por Martinelli (2011), as quais devem ser comuns a toda equipes de saúde<sup>13</sup>, quando não bem desenhado o processo de trabalho, acabam sendo direcionadas como se exclusivas fossem do assistente social, como ocorre em algumas instituições de saúde, nos casos de óbitos, altas melhoradas ou médicas, evasão, suspeitas de violências contra criança, adolescentes, mulheres e idosos, etc.

Essa discussão sobre o trabalho do Assistente Social é importante, pois situa a principal problemática tratada no projeto, bem como os termos com que ela será trabalhada. Ou seja, pensar na demanda e no produto do trabalho profissional implica compreender a inserção do mesmo em processos de trabalho, bem como um pouco da história profissional que nos fala dos recursos acumulados pela categoria para responder essas demandas e construir produtos e projetos. É a relação entre esses dois elementos que tentarei captar na pesquisa e, desse modo, além de discutir sobre o trabalho profissional é importante conhecer a lógica da saúde no país que, como já disse, é, no caso dessa pesquisa, a matéria sobre a qual o profissional atua no interior das instituições da saúde, por meio da mediação das necessidades apresentadas pelos usuários.

---

13 Médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais.

### 3 A QUESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

*Vem, vamos embora que esperar não é saber  
Quem sabe faz a hora não espera acontecer.*

Pretende-se com essa revisão literária, resgatar a história da saúde no Brasil, especialmente a partir da década de 1980, momento em que os movimentos sociais<sup>14</sup> deram ênfase à saúde vista como um direito de cidadania e coletivo, devendo este ser prestado pelo Estado.

Daremos destaque para a lógica político-econômica que explica essa dinâmica, mas também para o próprio funcionamento desta que é gerir o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, mostrando as contribuições ou não do terceiro setor, ou seja, qual o papel de um Hospital filantrópico nesse contexto, enfatizando o público atendido, os interesses institucionais x direitos sociais garantidos, formas de acessibilidade da sociedade aos serviços prestados por essas modalidades de Instituições de Saúde Filantrópica, especialmente destacando a realidade em Salvador-Bahia.

Buscando compreender a lógica político-econômica da saúde no Brasil, faz-se necessário recapitular algumas discussões na constituição da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), especialmente nos anos 1980, os quais foram considerados para o campo da saúde,

[...] enquanto importante ponto de inflexão devido ao iminente ocaso do Regime Militar e seu conseqüente processo de democratização e a grave crise econômica – que internacionalmente já se vinha delineando desde 1970 – como reflexo do esgotamento do padrão de desenvolvimento iniciado no período de 1930. Tem-se no espectro político, por meio da mobilização de parte da sociedade civil brasileira, a organização de um movimento pela conquista da saúde como direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Desse grupo, fizeram parte, basicamente, professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas e movimentos populares pela saúde, além de outros setores da sociedade. Denominado Reforma Sanitária, estudos o datam de meados dos anos 70, a partir da criação de uma série de instituições empenhadas na universalidade e equidade da assistência à saúde. É

---

14 Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.18)

o caso do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) de 1976 e da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) de 1973. Já não se condenavam mais os fatos sociais a serem externos ao processo saúde-doença, mas reconhecendo a especificidade inerente deste, passava-se a concebê-lo também como parte integrante do social. Nesse sentido, principiava-se a deslindar as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área de saúde. Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo e atuação. (SILVA, 2007, p.01-02)

De acordo com o mesmo autor, a década de 1980 contribuiu de forma significativa para repensar a saúde, não apenas pela necessidade de democratizá-la como direito de cidadania, mas, sobretudo, referente à crise da Previdência existente na época, culminando na expansão do setor privado de saúde no Brasil.

Dessa forma, pode-se compreender os desafios já impostos ao Movimento de RSB, pois reagirá indo contra às imposições da ditadura militar, ou seja, reafirmando a necessidade de um processo democrático na e pela sociedade, tornando a saúde direito de todos e dever do Estado, além desta passar a ser fiscalizada pela própria sociedade civil, em suas diversas formas, as quais veremos no decorrer do tempo. Entende-se, portanto, que,

Esse novo olhar sobre a saúde se mostrou absolutamente necessário, dado que concomitantemente ao crescimento estrondoso da medicina privada, os anos 80 foi palco de uma aguda crise financeira da previdência social, que acometeu sobremaneira o setor da saúde. Nesse contexto, ante as ameaças de drásticas restrições dos gastos previdenciários com assistência médica, vêm a público propostas alternativas de fortalecimento do setor público de saúde e uma nova forma de remuneração na compra dos serviços privados de assistência médica. (SILVA, 2007, p.02)

Na história da saúde no Brasil, o setor privado esteve, está e estará sempre presente no suprimento de demandas não supridas de forma plena pelo Setor Público de Saúde, mesmo em meio à nova estrutura da Política Nacional de Saúde (PNS), a qual torna a saúde “direito de todos e dever do Estado” (art. 196 / Constituição Federal de 1988).

Oportunamente, cabe enfatizar aqui o “mix da saúde” apresentado por Cohn (2009, p.44-45), tratando-se de processos que foram permitidos pelas gestões de saúde em nosso país, com o discurso de obtenção de “respostas às demandas da

sociedade”, os quais vêm fortalecendo o poder do mercado privatista na política de Saúde, sobretudo na média e alta complexidade, e em contrapartida, promovendo o enfraquecimento do papel do Estado como provedor das políticas de direitos sociais.

Esta afirma que,

[...] outra grande questão para a área da saúde consista em como reassumir, atualizando, não o debate da reforma sanitária, da relação público x privado – o diabo era o privado, Deus era o público –, mas reavaliar: Qual é a função, hoje, do Estado na área da saúde? Por quê? Porque se está frente a processos que nós mesmos, premidos pela necessidade de oferecer respostas às demandas e à sociedade, implantamos. E esses processos de gestão – não é só gerência, é gestão – na área da saúde estão formulando um novo mix público e privado no interior dos serviços públicos estatais. Este é o problema, que tenho denominando como a segunda onda de privatização na saúde. Muito mais perversa do que a primeira, porque, na primeira, foi garantida a demanda para o mercado de serviços privados de saúde por meio de renúncia fiscal, subsídios etc. – antes era pela previdência social. Hoje, essa privatização é invisível porque acontece incutindo no interior do serviço público estatal a racionalidade do serviço privado – que é o que ocorre quando são firmados contratos de gestão com as Oscip, por exemplo. (COHN, 2009, p.44-45)

Buscando corroborar com essa análise apresentada por Conh (2009), o Ministério da Saúde (2006, p.38 apud FALEIROS, 1995) afirma que,

Na questão da saúde, com efeito, o complexo assistencial-industrial-tecnológico não mudou as bases anteriores de sustentação e nem se articulou como um projeto de cidadania universal. Era a continuidade de um modelo fragmentado e desigual de incorporação social em estratos de acesso, privilegiando interesses econômico-corporativos do empresariado atuante na área. Os serviços médicos consolidaram uma desigualdade em três níveis: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para grupo seletivo de assalariados e classes médias, os serviços públicos para pagantes da previdência. (p.16)

Os avanços apresentados com os novos moldes da saúde pública no país demonstram, segundo o MS (2006) crescimentos de forma fragmentada, de forma a não contemplar os anseios dos cidadãos, especialmente aqueles que necessitam ou

necessitarão dos serviços prestados pelo sistema público de saúde, reafirmando um sistema de saúde único e “para pobres”<sup>15</sup>.

O posicionamento do Estado sobre a situação acima apresentada, não era tão bem aceita. De acordo com o MS (2006, p.40), o Estado colocava-se no,

[...] enfrentamento da diversidade de tais interesses em torno das políticas de saúde e as possibilidades de construção de um consenso, uma vez que a conjuntura de desgaste do regime não lhe permitia mais imposições autoritárias, como havia sido feito, até então. (p.40)

Logo, mudar por completo o posicionamento do Estado (por seus representantes), onde prevalecia um regime ditatorial, devendo passa-lo a regime democrático, não seria tarefa fácil. Em 1979, a

[...] evidência dessa mudança de contexto foi o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, ocorrido em 1979, em que o pensamento crítico oposicionista-reformista aponta a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade, como requisito de sua superação. É a primeira vez que se apresenta, de forma “pública, extensa e bastante consensual”, a proposta do Sistema Único de Saúde (RODRIGUEZ NETO, 1988:34). (MS, 2006, p.40)

A partir dessa lógica, a saúde,

[...] é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. (MS, 2006, p.18)

Cabe ressaltar que, o chamado Movimento de Reforma Sanitária também foi conhecido, de acordo com Giovanella et al. (2011), como sendo,

[...] o movimento de profissionais de saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania. (p.407)

---

15 PAIM, Jarnilson (2009).

Giovanella et al. (2011) afirma que:

O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil foi constituído com base em três vertentes principais: movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); integrada pelos Movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e por profissionais das áreas de docência e pesquisa, a academia. que, a partir de 1974, as Semanas de Estudos sobre a Saúde Comunitária (SESAC), iniciaram um processo para difundir o pensamento médico social. (p.407)

Consta na história por Giovanella et al. (2011, p.407), ou seja, promover a ampliação da consciência sanitária<sup>16</sup>, primando a garantia da democratização da saúde no país e posicionamento contra a privatização da saúde.

Ainda na década de 1980 vivenciando crises e incertezas nas áreas da Previdência e Saúde, o Estado “autoritário e militarista” promove em 1981,

[...] a criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP<sup>17</sup> - como resultado da recessão, desemprego, aumento da dívida pública e queda da arrecadação. Nesse contexto, recorre a algumas medidas no sentido de escuta de segmentos sociais. (MS, 2006, p.42)

De acordo com dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2006, p.42-43), os projetos em disputa na arena das políticas públicas de saúde tornaram-se visíveis, mantendo seus focos voltados para: “(a) o conservador privatista – do setor privado contratado; (b) o modernizante privatista – dos interesses da medicina de grupo; (c) o estatizante – dos técnicos ministeriais e da oposição; (d) o liberal – de parte dos técnicos e da medicina liberal”.

A partir dessas informações, tem-se a possibilidade de compreender os elos e parcerias que historicamente o Estado construiu na formulação da chamada Política Nacional de Saúde, hoje expressa no SUS.

---

16 É a ação individual e coletiva para alcançar a saúde enquanto um direito da pessoa e um interesse da comunidade. (GIOGANI BERLINGUER, 1978 apud GIOVANELLA et al., 2011, p.407)

17 O CONASP era de representação mista, não paritária, entre Estado e sociedade, com predominância desta última, embora com sub-representação da classe trabalhadora. Deveria atuar na organização e aperfeiçoamento da assistência médica e na sugestão/elaboração de critérios para a racionalização dos recursos previdenciários destinados à assistência (INAMPS). (MS, 2006, p.42)

Segundo Carvalho (1995 apud MS, 2006),

[...] predominou uma aliança entre o pensamento médico-liberal (situado no comando do Inamps) e técnicos vinculados ao projeto contra-hegemônico (situado no aparelho previdenciário), com a derrota do segmento privado contratado. As ações do órgão combinaram uma lógica de modernização, controle e austeridade gerencial com a crítica ao modelo médico-assistencial privatista vigente, em algumas de suas relações: público-privado, ambulatório-hospital e prestadores-clientela. Propôs-se, como princípio estratégico, o gradualismo político (alcance gradual de metas) na mudança do sistema, sem afetar, de imediato, o setor privado e o centralismo, e com um esboço de participação social. ([s.p.]

Em verdade, a proposta de “desmame” do setor privado e/ou filantrópico na saúde, mesmo que previsto, seria uma proposta ilusória para o momento imediato, pois teria o Estado o dever de reestruturação do setor público de saúde em tempo recorde, sem levar em consideração as demandas emergenciais da própria população brasileira.

Esses acordos e propostas voltadas para a assistência à saúde no país provocaram a insatisfação da sociedade civil organizada, dando força ao movimento (período Geisel), estimulando ainda mais a participação dos profissionais da saúde ao processo de transformação do retrato social da saúde no país. De acordo com o MS (2006),

Duas medidas do Conasp vão dando contorno ao redirecionamento do modelo assistencial no plano gerencial: a introdução da AIH – Autorização de Internação Hospitalar e das AIS – Ações Integradas de Saúde<sup>8</sup> entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, promovendo a transferência financeira do governo federal para os demais entes federativos, segundo o princípio de universalização do direito à saúde e de responsabilidade pública para garanti-lo. Também foram instituídas comissões interinstitucionais de saúde nos vários níveis federativos – CIS, Cris e Cims ou Clis – com a participação de gestores governamentais, prestadores públicos e privados, profissionais e usuários, em um processo paulatino, que combinava articulação intergovernamental com concertação de interesses. Embora essa experiência, de acordo com Carvalho (1995), emergisse da lógica racionalizadora da gestão do Estado, foi se tornando permeável aos princípios e ações democratizantes do movimento sanitário, através de seus agentes técnicos localizados na direção da previdência, convertendo-se em um marco inaugural da institucionalização da participação. As comissões se multiplicaram no país, num ritmo bastante rápido, abrindo espaço a novos sujeitos políticos, embora seu desenvolvimento institucional tenha sido diferenciado de acordo com a correlação de forças políticas entre os sujeitos participantes nos respectivos locais de funcionamento. (p.43)



Embora conste na história que a área da saúde foi pioneira como participação política, reafirmada com a organização do Movimento da Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda, Correa (2006), afirma a existência da,

[...] luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo “médico-assistencial privatista” para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. Hoje existem aproximadamente 5.537 conselhos de saúde atingindo quase a totalidade dos municípios brasileiros (5.560), e implicando em cerca de 87.212 conselheiros (798 estaduais e 86.414 municipais), novos sujeitos políticos no Sistema Único de Saúde - SUS. Nas demais áreas, a exemplo da Assistência Social e da Criança e Adolescente, os conselhos vêm se multiplicando. Daí a importância de qualificar o controle social a que se propõe a prática desses conselhos e dos movimentos sociais neles representados. (p.1)

A importância da expressão popular acerca da convicção sobre seus direitos e deveres enquanto cidadãos (assim como organizar-se politicamente e participar ativamente das decisões do Estado), expressa por um lado um crescimento significativo acerca da visão da sociedade sobre seus direitos de cidadania, por outro lado expressa ao Estado a possibilidade de emancipação dessa sociedade, o que estremeceria o poder estatal.

Ainda assim, o setor saúde permanece a passar por novos estímulos e mudanças, assim como ocorre com o incentivo à participação popular e controle social, surgidos a partir da Constituição Federal do Brasil de 1988, reafirmado nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com a consolidação da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Assim,

[...] em uma conjuntura recessiva e de crise de legitimidade política do regime, a saúde passava a ser politizada e o complexo saúde-doença interpretado sob uma ótica social, tanto quanto o Estado o era em sua dimensão classista, portadora de desigualdades sociais, entre as quais a sanitária: “A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de incorporação do saber e da experiência popular, mas como forma de garantir o redimensionamento das políticas e práticas para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde”. (idem ibidem: 23, apud MS, 2006, p.39)

Paim (2009, p.73) afirma que, com a implantação do SUS a partir da LOS, identificou-se que muitos estados e municípios no início dos anos 90 não tinham a capacidade de exercer plenamente as competências e atribuições previstas nas legislações, ou seja, para a efetivação dessa legislação, recorreu-se a algumas portarias, também conhecidas por normas operacionais, sendo elas: NOB-91, NOB-93, NOB-96, NOAS-2000 e NOAS-2002, sendo que estas, conforme o mesmo autor recebera destaque pelos gestores, técnicos e estudiosos, ao mesmo tempo em que foram ignoradas pela mídia, opinião pública, políticos, empresários e população. O autor mencionado indica que esta última prefere de certa forma, avaliar apenas a atenção que recebe ou não à sua saúde, ou seja, do SUS, não importando os critérios de fiscalização, operacionalização e gestão, elementos estes fortalecidos através da lei nº 8.142/93 complementar à LOS, a qual trata diretamente da participação popular na política nacional de saúde. Essas normas foram essenciais para viabilizar a “descentralização do SUS”, culminando em um novo instrumento também conhecido como o “pacto da Saúde”<sup>18</sup>.

Em se tratando da gestão desse sistema único, com base nessa legislação, a saúde é gerida por administrações diretas (vinculadas diretamente ao Ministério da Saúde) e indiretas (autarquias, fundações, empresas públicas; e sociedade de economia mista), sendo este último modelo mencionado, perfil das Instituições de Saúde que farão parte desse estudo, além de ser elemento que afirma não ser o SUS um sistema único, pois, concordando com Paim (2009),

[...] a denominação do SUS faça referência ao adjetivo único, o sistema de Saúde no Brasil não é único. Continua segmentado, convivendo com o SUS serviços de saúde de outros ministérios e instituições, a exemplo dos hospitais das forças armadas e da Rede SARAH de Hospitais do Aparelho Locomotor, mantida fundamentalmente por recursos públicos e geridas pela Associação das Pioneiras Sociais, entidades de serviço social autônomo, de direito privado e sem fins lucrativos. (p.75)

Um dos centrais desafios para a população usuária da saúde pública no Brasil de acordo com Paim (2009, p.122) será debater cada vez mais acerca da saúde como direito, ou seja, ampliar a “consciência sanitária”, a qual implicará

---

18 Trata-se de uma maneira de estabelecer responsabilidades sanitárias com metas, atribuições e prazos acordados, buscando superar a descentralização tutelada pelo governo federal com vistas à constituição de um SUS solidário entre as três esferas de governo. (PAIM, 2009, p. 67)

obrigatoriamente no reconhecimento da saúde por parte dos cidadãos, dos determinantes e condicionantes desse estado vital, sendo, por conseguinte, um “direito da pessoa e um interesse da comunidade”.

Torna-se fundamental mencionar nesse estudo, o papel em que as Organizações Sociais e Instituições Filantrópicas vêm ocupando na saúde pública. Não se quer aqui reforçar nem mesmo aplaudir tal ação realizada pelo Estado, mas entende-se ser fundamental tal relação.

Em estudo realizado em 2004 por Portela MC et al., estes afirmaram que,

O setor hospitalar filantrópico no Brasil é responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no País, constituindo-se em importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor da saúde suplementar. É objeto de programas especiais do Ministério da Saúde, das áreas de governo de arrecadação de tributos e contribuições e de instituições da área econômica, tais como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Nesse sentido, esse setor requer ser mais bem conhecido para formulação de políticas governamentais visando ao seu desenvolvimento e maior integração ao sistema de saúde brasileiro, nas esferas pública e privada. (p.812)

Essas afirmações demonstram a necessidade da revisão do formato da Política de Saúde Pública Brasileira, especialmente ao que tange o acesso ao “direito à saúde” com qualidade, sendo esse o direito de todo e qualquer cidadão, não ficando à mercê das determinações das Instituições Privadas e/ou Filantrópicas que vem ofertando serviços de saúde à população.

Após essa contextualização acerca da saúde pública no Brasil, torna-se necessário concluir esse pensamento, utilizando-nos dos sanitaristas locais assim como Ligia Bahia, Jairnilson Paim, dentre outros, os quais buscam através dos seus trabalhos tecerem um diálogo com o formato de Política Pública de Saúde no qual estamos inseridos.

Bahia (2010) inquieta-nos afirmando que,

Enquanto isso no Brasil, onde a saúde é um direito constitucional, os sinais de priorização da saúde na agenda governamental e especialmente as expressões orçamentárias relacionadas com sua efetivação apontam para a preservação do subfinanciamento público para a política universal de saúde. [...]. (p.115)

Em se tratando da discussão entre público e privado, Bahia (2010) nos aponta que,

Atualmente, no Brasil, as expressões Saúde Pública saúde privada, assistência pública, assistência privada, medicina pública e medicina privada, utilizadas pela mídia praticamente como sinônimos, referem-se, quase sempre, à rede de cuidados e serviços estatais e por vezes conveniadas com o Ministério da Saúde e com secretarias estaduais e municipais de saúde e aqueles estabelecimentos e profissionais de saúde ‘credenciados’ pelas empresas de planos e seguros privados de saúde, respectivamente. (p.118)

Essa forma articulada e planejada de se pensar o público dentro do privado, promove uma sensação de “tudo faz parte do todo” e vice-versa, contudo, a autora nos atenta a esse pequeno detalhe, a forma vulgarizada em que a saúde pública vem vivenciando, quando é gerida e/ou tem como parceria as esferas privada ou filantrópica. Dessa forma, afirma-nos ainda que,

Como a rede ‘pública’ é integrada por estabelecimentos privados (entre as quais as filantrópicas) e a ‘privada’ por instituições públicas (entre as quais estabelecimentos estatais), a rigor a rotulação público ou privado resulta de uma apropriação bastante singular – uma transposição de características da demanda (a cobertura ou não por planos e seguros privados de saúde) à oferta de ações e serviços de saúde. [...] Essa operação, quase sempre sutil, de ocultamento do privado no público e do público no privado, vincula o ordenamento dos componentes do sistema de saúde antes à percepção da capacidade de pagamento direta ou indireta do que a natureza dos estabelecimentos e prestadores de serviços que o compõem. [...]. (BAHIA, 2010, p.119)

Primando por tentar traçar um percurso acerca da privatização da saúde nos anos 2000, devemos,

[...] delinear um conjunto de tendências sobre as relações entre o público e o privado na assistência à saúde, tomam-se como referência as informações sobre o perfil de financiamento do sistema de saúde brasileiro. No que se refere aos dois componentes dos gastos privados, os gastos diretos que incluem aqueles relacionados com os valores pagos com planos e seguros de saúde, verifica-se, em relação ao primeiro que: 1) a variação do item assistência à saúde no orçamento das famílias, embora não desprezível 5,31% em 1987, 6,5% em 1996/97 e 5,35%, não delinea uma tendência nítida de ampliação dos gastos relativos com saúde; 2) as despesas proporcionais com o subitem medicamento conformam um gradiente sugestivo de aumento progressivo dos gastos das famílias; 3) a proporção de gastos das famílias com planos e seguros de saúde aumentou significativamente entre 1987 e 1996/1997 e manteve-se estável entre 1996/1997 e 2002/2003. [...]. (BAHIA, 2010, p.121)

Compreender essa nuance que permanecem nas entrelinhas nas relações das Políticas Públicas e Sociais no Brasil, suscita-nos a necessidade de contribuirmos conforme Bahia (2010) com o reforço de “[...] uma democracia que intensifique a capacidade de apreensão da natureza da política e desenvolver abordagens que inscrevam a questão do poder e seu antagonismo em seu próprio centro [...]”. Para a autora citada, “[...] a questão central passa a ser não eliminar o poder, mas sim constituir formas de poder mais compatíveis com os valores democráticos [...]”.

Essa discussão nos deixa ainda a seguinte inquietação, e

[...] por outro lado, reforça-se a necessidade de nos debruçarmos para desvendar e dissecar com urgência o fato de estar havendo, nos anos recentes, uma epidemia de ‘fundacionalização’ e de ‘filantropização’ das instituições públicas e privadas de saúde ao mesmo tempo em que as operadoras de saúde estão se voltando com apetite para os segmentos C e D do mercado, o que provocará um processo ainda maior, a curto prazo, de segmentação e fragmentação do setor e da clientela. (COHN, 2010, p.272)

A autora chama-nos à importância de atentar-nos quanto à mercantilização na saúde e aumento da iniciativa privada nessa política, descaracterizando o “público”, dando ênfase ao “privado” na saúde.

#### 4 PERCUSSO METODOLÓGICO DO ESTUDO

*Os amores na mente, as flores no chão  
A certeza na frente a história na mão  
Caminhando e cantando e seguindo a canção  
Aprendendo e ensinando uma nova lição*

O percurso metodológico de uma investigação é um caminho de escolhas feitas no confronto com a realidade, com o objeto, e na busca pelo aprofundamento e questionamento dos referenciais teóricos que nos embasam. Nesse trabalho, esse percurso foi considerado precioso para mim, tendo em vista tanto a sua importância na pesquisa quanto em minha própria formação como pesquisadora, por meio da construção de uma relação com meu objeto de estudo, com os sujeitos da pesquisa e as instituições.

Nesse sentido, um dos eixos dessa investigação foi, durante todo o seu transcorrer, a presença da pesquisa bibliográfica como forma de aprofundamento e atualização acerca do tema pesquisado.

Uma segunda etapa foi caracterizada por uma pesquisa de campo de natureza quali-quantitativa, com aplicação de questionário.

Nesse estudo, o método quali-quantitativo foi escolhido, tendo em vista que o primeiro se conforma melhor à investigação de histórias sociais sob a ótica dos atores, e para a análise de discursos o que foi fundamental nesse trabalho. Já o segundo, por permitir a produção de indicadores e tendências, sendo importante para traçar um perfil mais geral das pesquisadas e de alguns aspectos do trabalho. De acordo com Minayo (2010, 76), os estudos quantitativos e qualitativos quando feitos juntos promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas.

Sabe-se que o estudo qualitativo, de acordo com Minayo (2010), considera o universo do sujeito em aberto, a partir da sua condição de pertencer a um grupo ou classe, em determinada condição social. Sendo assim, esse método é capaz de descrever, compreender e explicar um dado fenômeno em questão.

O estudo empírico foi realizado em um Hospital Filantrópico em Salvador, sendo este considerado “Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos<sup>19</sup>”.

---

19 Entenda-se ser uma instituição que presta serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, obedecendo ao princípio da universalidade do atendimento, sendo vedado dirigir suas

Mediante aproximação necessária com esse campo empírico, ficou evidente no estudo que essa Instituição possui o quantitativo profissional de assistentes sociais, equivalente a 22 (vinte e dois) profissionais, todas atuando nas mais diversas áreas e especialidades oferecidas pelas Unidades de saúde mencionadas, sendo uma coordenadora de Equipe dos assistentes sociais.

O Serviço Social nessa Instituição subdivide-se em dois grupos, sendo que a pesquisa foi autorizada para ser realizada no grupo de assistentes sociais que atua na área do Hospital, Hospital da Criança e CMSALP (Centro Médico de Saúde Augusto Lopes Pontes) sob a sua Direção, perfazendo um quantitativo exato de 16 profissionais, sendo uma dessas, Coordenadora da Equipe.

A pesquisa voltou-se às profissionais do serviço social que atuassem diretamente com o usuário (público externo, os que buscassem a Instituição de Saúde com o objetivo de acesso ao seu tratamento), desconsiderando aqui a aplicação da pesquisa com assistentes sociais que atuassem junto a usuários-colaboradores da Instituição, reafirmando-se a importância do estudo ser voltado apenas às Assistentes Sociais da assistência ao usuário externo (pacientes e familiares).

A amostra, tanto para a pesquisa quantitativa quanto para a qualitativa foi intencional<sup>20</sup>. Na parte quantitativa ela obedeceu a critérios pré-estabelecidos, sendo eles: aceitação voluntária das profissionais a participarem da pesquisa; estarem regulares com suas obrigações junto ao CRESS BA; exercerem a função de assistente social na instituição; ofertarem assistência direta aos pacientes e seus familiares, tendo em vista garantir os princípios básicos da bioética<sup>21</sup>, bem como garantir que as pesquisadas prestam assistência direta aos usuários do serviço social nessa Instituição. Já para a parte qualitativa, também com uma amostra intencional e selecionada após a aplicação do questionário (apêndice A), as participantes foram requisitadas a partir dos dados apurados na fase anterior, sendo escolhidas as únicas duas as quais preencheram totalmente o primeiro instrumento.

A aproximação ao campo de pesquisa foi uma etapa extremamente rica do processo de investigação, na qual já se apresentaram algumas dificuldades, mas

---

atividades exclusivamente a seus associados ou a categoria profissional. (Art. 1º da MP nº 446, de 7.11.2008)

20 O pesquisador precisa definir em seu projeto de pesquisa os sujeitos com os quais irá trabalhar, bem como o local da coleta de dados. (BOCCI, et al., 2008)

21 Beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Resolução MS 196/96.

também informações relevantes sobre as relações constituintes do campo.

O início desse processo deu-se por meio da apresentação do projeto à Plataforma Brasil, cumprindo com as recomendações contidas na Resolução 196/96 que trata dos cuidados éticos em pesquisas com seres humanos, período que duraram exatos nove meses.

A aplicação dos instrumentos de coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética. Para tal, iniciei o contato com o hospital por meio de um convite à coordenação, sendo enviados e-mails com o Projeto de Pesquisa, texto explicativo dos objetivos centrais do estudo, contatos telefônicos constantes e sistemáticos, sempre com o intuito de esclarecer o objetivo do estudo, sanar dúvidas e obter a adesão da Coordenação do Serviço Social, bem como da Diretoria Médica para a realização do mesmo.

Nessa primeira etapa, que ocorreu entre os meses de maio/2012 a novembro/2012, houve a mudança de Coordenação do Serviço Social, visto que essa função estava sendo ocupada interinamente por uma Assistente Social da Assistência aos usuários. Sendo necessário, após cinco meses a realização do re-convite à nova Coordenação (devido à mudança do profissional nesse cargo), Carta de Indicação da Pesquisa pela Prof.<sup>a</sup> Orientadora do estudo, apresentação da Carta de anuência assinada pela Diretoria Médica da Unidade Hospitalar, contatos telefônicos com a atual Coordenação, chegando enfim à etapa de aprovação do projeto pelo CEP da Unidade Hospitalar (em 05 abr.2013), momento em que foi possível agendar a primeira ida ao campo com o objetivo de contato com as profissionais que foram pesquisadas.

Com a autorização para iniciar a pesquisa, a primeira ida ao campo empírico ocorreu em 16 de abril. Nessa data, eu, juntamente com a Coordenação do Serviço Social, realizamos um “tour” em todos os setores em que o Serviço Social atua (áreas vinculadas à Diretoria Médica que autorizou o estudo), fazendo uma abordagem individual com as futuras pesquisadas, onde apresentei e expliquei meu histórico profissional na saúde, justificando a minha presença e motivos do estudo a ser realizado, trajetória junto ao CONEP, inquietações no campo onde atuei, apresentando o instrumento a ser utilizado e auto aplicado pelas mesmas etc.

Inicialmente foram ofertados 16 convites à todo o quadro de assistentes sociais da Unidade Hospitalar (sendo uma coordenadora e quinze assistentes sociais da



assistência direta aos pacientes e familiares). Nessa primeira fase, 10 pesquisadas aceitaram prontamente, sendo que no primeiro dia de abordagem e apresentação individual da pesquisa, abordou-se seis profissionais, tendo todas aceitas a participarem voluntariamente da pesquisa, por conseguinte, preencherem os questionários.

Salienta-se que, as pesquisadas tiveram acesso e explicações acerca do consentimento livre e esclarecido, de forma prévia e individual com cada participante (assinatura do TCLE, apêndice C). Em seguida, foram assinados os TCLE's e entregues os questionários, reagendando o retorno da pesquisadora para o dia 24 de abril, momento em que as demais profissionais seriam abordadas.

No dia 24 de abril, às 14h, conforme acordo prévio, a pesquisadora compareceu à sala da coordenação do Serviço Social da Unidade Hospitalar, momento em que foi informada que apenas uma assistente social pesquisada preencheu o questionário e o deixou na sala da coordenação. As demais não preencheram, ou preencheram parcialmente ou não mais queriam preenchê-lo. A pesquisadora pediu à coordenação para retornar aos setores antes visitados, com o objetivo de ouvir das pesquisadas o motivo da recusa após aceitação, de forma a poder negociar com as mesmas alguma outra alternativa para a manutenção da participação destas no estudo.

Nessa data foram entregues quatro novos questionários às outras quatro pesquisadas, sendo oportunamente visitadas as outras assistentes sociais que se recusaram a preencherem o instrumento de coleta de dados. Durante a abordagem a estas últimas, percebeu-se que os motivos da recusa voltavam-me à sobrecarga no horário de trabalho (demanda intensa) tendo que se organizarem no horário que dispunham para o descanso (obrigatório, em lei) para o devido preenchimento; outro motivo alegado pelas mesmas foi que a última parte do questionário, que trata do “produto do assistente social na execução da atividade demandada” era muito extenso, frente ao pouco tempo que elas dispunham, pois não poderiam levar o instrumento para casa, pois em casa tinham outras atividades a serem realizadas, como por exemplo, cuidar dos filhos menores, cuidar da casa etc.

Como forma de garantir a adesão das participantes voluntárias na pesquisa, propus que estas fizessem o “possível” de cada uma, tendo em vista que todas as respostas, bem como a ausência destas seriam consideradas “dados de pesquisa”, sendo que esta situação seria repassada à Orientadora da Pesquisa, como de fato ocorreu.

Após esse novo acordo, necessário ao momento vivenciado pelas pesquisadas e pela necessidade dos dados, ambas as partes combinaram de que os questionários seriam recolhidos em sua totalidade no próximo dia 29 de abril. Nessa data, a Coordenadora contatou-me por telefone, solicitando que a busca dos documentos ocorresse em 30 de abril, pois algumas pesquisadas haviam deixado os questionários em casa, o que foi aceito.

Cabe salientar que a aplicação do questionário foi realizada com o objetivo de construir o perfil das assistentes sociais pesquisadas, identificando alguns elementos específicos como o tempo de formação profissional, tempo de atuação na saúde, formação profissional após a graduação, dados sócio familiares e econômicos, tipo de vínculo de trabalho, jornada de trabalho, dentre outros aspectos. Outro objetivo foi identificar as demandas que chegam a esses profissionais, como chegam essas demandas, ou seja, as suas diversas formas (busca ativa pelos profissionais, encaminhamento pela equipe multiprofissional, busca espontânea pelos próprios usuários, ou de outra forma), os instrumentos técnicos operativos utilizados para atuar sobre as demandas apresentadas (utilizando-nos da literatura contemporânea) e por fim, compreender e conhecer o produto constituído pelas pesquisadas nessas diversas ações profissionais<sup>22</sup>.

Na entrevista, a relação que se cria é de interação entre as partes. Além disso, essa técnica permitiu correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas. Enquanto outros instrumentos têm seu destino selado no momento em que saem das mãos do pesquisador que os elaborou, a entrevista ganhou vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado. (LÜDKE; ANDRÉ apud SILVA, 2009)

Para fins de esclarecimentos, as pesquisas envolvendo seres humanos devem sempre atender as exigências éticas e científicas fundamentais. Dessa forma a ética em pesquisa implica em se obter voluntariamente o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos pesquisados (autonomia); ter comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantir que os danos previsíveis serão evitados (não maleficência); ter

---

<sup>22</sup> Uma segunda etapa da pesquisa foi realizada em 07 de junho, sendo escolhidas inicialmente 02 das pesquisadas de forma intencional, para a aplicação de entrevista individual. A escolha das pesquisadas foi determinada pela qualidade no preenchimento do primeiro instrumento aplicado. Contudo, os dados coletados nessa etapa não foram analisados e servirão de base para futuros estudos e reflexões.

relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa, garantindo igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 1996). Diante disso, a coleta de dados só pode ser iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa bem como assinatura do TCLE pelas participantes/sujeitos da pesquisa.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

*Vem, vamos embora que esperar não é saber  
Quem sabe faz a hora não espera acontecer.*

### 5.1 O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE HOSPITALAR: DESENHANDO O PERFIL DESSES PROFISSIONAIS

Apresento aqui, alguns dados sobre o perfil das pesquisadas como forma de situar os sujeitos da pesquisa em suas particularidades as quais configuram um contexto que contribui para o entendimento dos dados.

Inicialmente, saliento que o presente estudo volta-se ao perfil de 10 (dez) assistentes sociais, as quais participaram voluntariamente com o estudo. Estas profissionais são todas do sexo feminino, com idades prevalentes acima de 35 anos (60%) seguida de 30 a 35 anos (40%); sendo estas de cor da pele declarada “parda” (80%) seguida da cor da pele “preta” (20%); são casadas (60%), seguida da relação de “união estável” (20%); mães (80%), sendo que, em grande parte, de apenas 01 filho (60%), com idade de até 05 anos (40%) seguido da idade de 06 a 11 anos (20%) e 12 a 17 anos (10%), todos em idade de acompanhamento direto na educação, formação familiar, escolar, dependentes diretos<sup>23</sup> das pesquisadas.

Quanto ao contexto familiar das pesquisadas, é possível verificar que, parte expressiva das mesmas vivem em arranjos familiares que podem ser descritos como uma família nuclear, composta por mãe, pai e filhos e sem a presença das gerações mais velhas ou de outros parentes. Esse universo pode ser descrito também pela renda mensal domiciliar de mais de cinco salários mínimos apontada pela maioria das pesquisadas (90%). Por meio desses dois dados, pode-se inferir também que as pesquisadas pertencem ao universo social das chamadas classes médias<sup>24</sup>. Outro

---

23 Quando compreendido a não emancipação dos mesmos frente ao Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/90.

24 Faremos essa análise sob duas formas de se interpretar o conceito de nova classe média. A primeira alternativa seria interpretar a nova classe média como o segmento dos “entrantes”, ou seja, aqueles que eram pobres e que ao longo da última década ascenderam e passaram a fazer parte da classe média. Segundo esta visão, a nova classe média é parte da atual classe média, sendo formada pelo fluxo de entrada. Outra possibilidade seria reconhecer a nova classe média como o novo estoque, que difere da antiga classe média pelos fluxos de entrada e saída de pessoas nessa classe. Neste caso, o conceito de nova classe média reconhece que, especialmente ao longo da última década, a antiga classe média ganhou novos membros (pobres que ascenderam, mas também ricos que descenderam) e perdeu outros (membros antigos que ficaram pobres enquanto outros ascenderam à classe rica). (BARROS et al. ([s/d])

dado interessante é que 70% das pesquisadas respondeu que o principal responsável pelo domicílio era o cônjuge (70%).

Em se tratando dos dados da formação acadêmica dessas pesquisadas, todas são egressas do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador-UCSAL. Esse dado aponta para um dos traços característicos da formação em Serviço Social em Salvador e na região. Refiro-me ao fato da UCSal ter sido a única Faculdade de Serviço Social na Capital Baiana por 56 anos. Assim, a formação oferecida por essa escola, ao longo desses anos, marca, em grande medida, o perfil profissional. Apenas a partir de 2000, foram surgindo novos cursos de Serviço Social na Bahia, hoje totalizando 32<sup>25</sup> cursos, sendo que, destes, 15 presenciais, e 11 estando situados na Capital Baiana.

O período em que se deu a formação das pesquisadas concentra-se entre os anos de 1995 a 2010 (70%). Tal dado indica que todas se formaram a partir do novo currículo para os Cursos de Serviço Social, sob a orientação da ABEPSS, datado de 16 de abril de 1999. Ainda assim, cabe destacar que 30% das pesquisadas concluíram sua graduação no Currículo anterior a esta aprovação, tendo em vista o seu ano de conclusão ser até 1994.

Para compreender o que esses dados significam, cabe aqui trazer à discussão o teor desse novo currículo. As Diretrizes Curriculares da ABEPSS, de 1996, representaram a incorporação, no âmbito da formação profissional, de todo um acúmulo crítico gestado pela categoria desde a década de 70 e que, na década de 90, já se encontrava consolidado e expresso, tanto em sua intervenção e participação na sociedade enquanto categoria, quanto por meio de uma forte produção teórica. No centro dessa produção, baseada no diálogo sistemático com a obra marxiana, temos a questão do trabalho como categoria fundante da sociabilidade e, sobretudo, a proposta de pensarmos o Serviço Social como trabalho.

Como já discuti no capítulo II, esse movimento teórico representou a consideração do Serviço Social como “partícipe dos processos de trabalho” (Iamamoto, 2006), como exercício profissional cuja base social está na questão social e que se integra aos processos de trabalho da sociedade, deslocando a tradição profissional centrada na compreensão da “prática do Serviço Social”.

---

25 Levantamento realizado pelo CRESS BA no 1º Semestre de 2013.

Retomo essa discussão aqui, no sentido de frisar que a formação contemporânea e, pois, aquela recebida pelas pesquisadas, fornece, então, bases para a compreensão da profissão em sua complexidade, como um trabalho e, pois, condicionado pelas condições e relações sociais envolvidas no exercício, o que rebate inclusive na definição das demandas e no alcance das ações. Esse é um elemento importante para problematizar a concepção das pesquisadas sobre o seu trabalho.

Ainda sobre a formação profissional das pesquisadas, 70% destas possuem títulos de especialistas, contudo 30% mantém ainda apenas a graduação, sendo que os motivos pelo quais elas não ingressaram em Pós-graduações não foram questionados nesse estudo.

Outro aspecto evidente nesse estudo é que elas não se deram na área específica do Serviço Social, mas em áreas afins (Saúde Pública, Gerontologia, Gestão Ambiental, Administração e planejamento em projetos sociais, Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Psicopedagogia clínica e hospitalar, auditoria em serviços de saúde e em Serviço Social na Saúde). Esse dado acima indicado revela outro ponto a ser questionado da formação profissional na região, ou seja, a inexistência de pós-graduação *stricto sensu* ou mesmo *latu sensu*, consolidadas na área do Serviço Social.

A década de 90 assistiu ao crescimento da pós-graduação *stricto sensu* no país. O processo de crescimento da pós-graduação em Serviço Social no Brasil é marcado pelas desigualdades regionais, estando concentrado na região sudeste, visto que, dos 27 programas de pós-graduação em Serviço Social existentes no Brasil, o quantitativo de 11 estão nesta região (40,74%), ficando a região nordeste apenas com sete desses programas (25,93%) (CAPES, 2010).

No contexto da realidade nordestina, no que tange à formação *Stricto Sensu*, destacamos a existência de cursos de Mestrados em Serviço Social já desde a década de 70, nas Universidades Federais de Pernambuco e da Paraíba.

No final da década de 90, é criado o primeiro Doutorado em Serviço Social, sendo este na Universidade Federal de Pernambuco, e em 2001 o segundo Doutorado em Serviço Social, na Universidade Federal do Maranhão. Salienta-se que ambos com expressiva produção teórica, a qual se destaca nacionalmente até os dias atuais.

Na Bahia, somente em 2006, com o Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania na UCSAL, criou-se a oportunidade efetiva de educação continuada na área de Serviço Social. Contudo, trata-se de ensino privado, permanecendo inacessível a parcela significativa da categoria de assistentes sociais. O estado ainda tem, pois, pouquíssimos Assistentes Sociais mestres e menos ainda com doutorado em Serviço Social.

Essa realidade nos mostra que ainda está em aberto, na cidade, a meta de constituição de pós-graduação em Serviço Social especificamente, vendo essa estratégia como uma forma de garantir a auto-reprodução de quadros para a profissionalização acadêmica, bem como a garantir da reprodução de quadros acadêmicos, qualificando a categoria para o enfrentamento do conjunto de imperativos apresentados ao trabalho profissional nos diversos espaços sócio-ocupacionais, o que, como já mostrei, requer competência intelectual e política para a negociação de projetos profissionais nesses espaços, estratégias estas que tenham impacto real nas condições de vida e trabalho das populações assistidas pelo serviço social.

Essas colocações são importantes aqui, para a compreensão do universo de questões que envolvem a formação profissional dos assistentes sociais, especialmente das pesquisadas, ajudando na contextualização de suas práticas e representações.

Em se tratando da vinculação dessas profissionais à Instituição de Saúde em que trabalham, percebeu-se a “estabilidade” de parte das mesmas, pois 80% já possuem acima de 06 anos na Instituição, ressaltando ainda assim que 20% atuam há menos de 03 anos, sendo, portanto, contratadas após a homologação da Lei de 30 horas da nossa Categoria.

Aproveitando essa deixa, compreenderemos a seguir o perfil de remuneração das pesquisadas, pois, percebeu-se uma variação de remuneração expressa da seguinte forma: oito (80%) das pesquisadas afirmaram receberem de quatro SM a seis SM. Contudo, dois (20%) recebem de dois SM a quatro SM.

Nesse ponto há uma consideração a ser feita no tocante aos “reflexos negativos” da implantação da PL 30h<sup>26</sup>, ocorrida a partir de 01 de outubro de 2010 com a conquista desse direito pelos assistentes sociais.

---

26 Lei nº 12.317, de 27 de agosto de 2010.

Identificou-se que 20% das profissionais pesquisadas, as quais possuem menos de três anos na Instituição e que recebem de dois a quatro SM, foram contratadas após a aprovação da Lei das 30 horas. Contudo, após dois anos de implantação das PL 30h, a legislação permite às instituições contratantes a redução salarial, mantendo as 30 horas. Dessa forma, entende-se que as profissionais que compõem o percentual de 20%, mencionadas no parágrafo acima, tenham sido contratadas após dois anos de implantação da referida Lei, de forma a garantir os direitos dessa categoria profissional, a qual, através de articulação política na própria categoria, conquistou o seu direito de laborar 30h semanais, porém sendo contratadas por salário inferior, embora aptas a realizarem trabalhos como assistentes sociais, não justificando profissionalmente essa alteração salarial, mas expressando a realidade local dos hospitais privados e/ou filantrópicos após implantação da referida Lei.

De acordo com o texto contido na PL 30h acrescido na Lei nº 8.662/93, consta em seu “Art. 2º Aos profissionais com contrato de trabalho em vigor na data de publicação desta Lei é garantida a adequação da jornada de trabalho, vedada a redução do salário”.

## 5.2 O COTIDIANO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE HOSPITALAR, SUAS DEMANDAS E PRODUTOS

Nesse item, apresentarei e discutirei o núcleo central do material empírico coletado na pesquisa que diz respeito às respostas dadas pelas pesquisadas acerca de seu cotidiano profissional.

Vale relembrar, para que fique mais clara a leitura, a lógica do questionário. O instrumento pedia à entrevistada que, diante de uma demanda apresentada a ela a mesma fosse determinada a origem da demanda, quais os instrumentos técnico-operativos (acervo documental/instrumental do Serviço Social) utilizado no atendimento e finalmente, o que o profissional produziu nesse atendimento e se, segundo seu ponto de vista, esse produto está condizente com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.



Após a leitura e tratamento dos resultados, optei por analisar apenas as demandas e os produtos do trabalho, por se constituírem nos eixos da questão posta para a investigação.

A escolha das demandas apresentadas às profissionais no instrumento de pesquisa e sobre as quais elas foram interpeladas a refletir basearam-se, primeiramente, em minha própria experiência na área da saúde. No decorrer de tal vivência, identifiquei que as demandas chegavam ao Serviço Social a partir do encaminhamento do usuário ao serviço social pela equipe de saúde interna, pela busca espontânea do usuário ao serviço social, pela convocação do usuário pelo serviço social, e/ou pelo encaminhamento do usuário ao serviço social por órgãos externos à unidade hospitalar. Baseei-me também nas orientações e parâmetros ofertados pelo CFESS (2009), com a publicação dos “Parâmetros de atuação do assistente social na saúde”, conforme mencionado neste trabalho.

Nesse sentido, antes de iniciar a análise dos dados coletados na pesquisa, faço uma breve digressão no sentido de clarificar as atribuições previstas nos “parâmetros de atuação do assistente social na saúde”, como forma de esclarecer as premissas de onde parto para desenvolver a análise.

Segundo o documento do CFESS (2009),

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. (p.33)

Não se pode deixar aqui de mencionar que dentre os direitos dos assistentes sociais contidos no seu Código de Ética Profissional (1993), art.2º, afirma-se a

- a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;

- f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

O Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (1993) garante aos profissionais do Serviço Social pelo menos a possibilidade de diálogo para com os empregadores, de forma a adequar as demandas “espontâneas” ou mesmo impostas ao assistente social, ao que preconizam as nossas legislações profissionais, de forma a contribuir com a estrutura das Instituições de trabalho, bem como não ferir os direitos profissionais, historicamente constituídos e garantidos. De acordo com o CFESS (2009, p.41)

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: *atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional*. A partir do exposto, se explicitará as principais ações desenvolvidas pelo assistente social nesses quatro eixos. Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade. (p.41) *(grifos da autora)*

Com o objetivo de compreender essa ação junto aos usuários, o CFESS (2009) esclarece que:

O atendimento direto aos usuários se dá 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 a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal. (p.41)

Percebe-se com esse esclarecimento do CFESS que a atuação das pesquisadas comungam em parte com algumas situações cotidianas apresentadas pelo Conselho. Talvez o que é posto em estudo e análise seja a forma na qual essa

prática vem sendo desenvolvida pelos profissionais no campo de atuação profissional, de forma a contribuir ou não com o fortalecimento do nosso PEPP e manutenção da Reforma Sanitária instaurada no nosso País.

O CFESS (2009) esclarece que,

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. (p.42)

Propõe-se que os profissionais da saúde desenvolvam atividades de cunho preventivo-coletivo, que proporcionem esclarecimentos acerca do processo saúde-doença, de forma a democratizar o acesso desses sujeitos envolvidos na política de saúde, esclarecendo-os sobre seus direitos e deveres de cidadania na saúde, democratizando o seu acesso aos serviços prestados, por conseguinte, à saúde. Complementando essa análise, entende-se que,

[...] a realização das ações explicitadas é fundamental à investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social. (CFESS, 2009, p.42)

Historicamente,

[...] a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. A implementação do SUS, a partir dos anos de 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário, que são exemplos a universalização, a descentralização e a participação popular. Entretanto, novas contradições são criadas com a contrarreforma na saúde, que tentam não viabilizar o SUS constitucional, acarretando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas: *demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários*. (COSTA, 2000 apud CFESS, 2009, p.42) (*grifos da autora*)

Essas considerações tecidas por Costa (2000 apud CFESS, 2009), nos dão uma indicação sobre como as questões mais amplas que perpassam a política social no Brasil e a política de saúde se expressam concretamente nos espaços socioocupacionais do Assistente Social, organizando o nosso processo de trabalho e, muitas vezes, restringindo nossa atuação quanto às possibilidades de sua efetivação no sentido emancipador e do fortalecimento da política pública de saúde.

Podemos perceber que, a partir do momento em que o assistente social está inserido nos conflitos entre cidadãos e serviços de saúde (públicos, privados ou filantrópicos), frente à negação do direito de cidadania, emerge aí uma reflexão precisa sobre o nosso papel profissional nas Instituições que nos contratam, já que dentre nossos princípios éticos, consta a “defesa intransigente dos direitos das classes trabalhadoras” e não “empregadoras”.

Para finalizar essa remissão, cabe apresentar como, no próprio documento do CFESS (2009), aparecem as demandas explícitas encaminhadas e apresentadas aos profissionais do serviço social.

- solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
- reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contra referência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros);
- não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
- desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços;
- agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção. Outras demandas referem-se às condições reais de vida dos usuários que se apresentam como: desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário. (p.42-43)

Feitas tais colocações, volto, pois, à análise dos dados propriamente dita. Início com a questão das demandas. Nesse sentido, um primeiro ponto que destaco é acerca das demandas que chegam ao Serviço Social segundo as profissionais pesquisadas.

Os dados obtidos na pesquisa em campo evidenciaram as seguintes demandas como sendo as que compõem o conjunto das requisições que chegam ao Serviço Social: Orientações sobre normas e rotinas; Contatos com médicos e/ou equipe multiprofissional da saúde; Manifestações negativas sobre o atendimento prestado pelo Hospital; Orientações sobre direitos sociais e previdenciários; Agendamento de exames ou consultas no SUS; Agendamento de exames ou consultas vinculadas a Planos de saúde; Transferências hospitalar; Declaração de óbito; Suporte sócio emocional nos casos de óbito; Orientações quanto ao tramite legal nos casos de óbito; Garantia de direitos aos menores de 18 anos e maiores de 60 anos; Solicitação de restrição de visitas; Solicitação de cópia de prontuário; Solicitação de acesso extraordinário; Solicitação de alimentação; Solicitação de acesso ao transporte urbano; Solicitação de contato com familiar e/ou transporte do município para busca do paciente; Contatos telefônico com os familiares em casos de óbitos e/ou alta hospitalar; Orientação sobre o TFD intermunicipal e interestadual; Orientação sobre procuração, tutela e curatela; Busca de medicação e/ou receita médica; Solicitação de estacionamento; e Pacientes sem moradia e/ou rejeitados pela família.

Especificando essa questão, o Quadro A, a seguir apresenta o quantitativo exato das respostas das pesquisadas acerca de cada demanda que surge ao Serviço Social na área hospitalar. A QTD-A<sup>27</sup> indica a porcentagem de profissionais que responderam que aquela demanda é uma demanda para a profissão no hospital e a QTD-B indica a quantidade de profissionais que disseram que aquela demanda não é uma demanda recebida pelo Serviço Social.

**Quadro A –** Quantificação das demandas apresentadas ao Serviço Social na Saúde.

<b>DEMANDAS APRESENTADAS</b>	<b>QTD-A</b>	<b>%</b>	<b>QTD-B</b>	<b>%</b>
Orientações sobre normas e rotinas	10	100%	0	-
Contatos com médicos e/ou equipe multiprofissional da saúde	10	100%	0	-
Manifestações negativas sobre o atendimento prestado pelo Hospital	8	80%	2	20%
Orientações sobre direitos sociais e previdenciários	10	100%	0	-
Agendamento de exames ou consultas no SUS	5	50%	5	50%
Agendamento de exames ou consultas vinculadas a Planos de saúde	2	20%	8	80%
Transferências hospitalar	3	30%	7	70%
Declaração de óbito	2	20%	8	80%
Suporte sócio emocional nos casos de óbito	10	100	0	-

27 Quantidade B – NÃO. Não recebem essa demanda.

Orientações quanto ao tramite legal nos casos de óbito	10	100%	0	-
Garantia de direitos aos menores de 18 anos e maiores de 60 anos	10	100%	0	-
Solicitação de restrição de visitas	7	70%	3	30%
Solicitação de cópia de prontuário	3	30%	7	70%
Solicitação de acesso extraordinário	5	50%	5	50%
Solicitação de alimentação	8	80%	2	20%
Solicitação de acesso ao transporte urbano	5	50%	5	50%
Solicitação de contato com familiar e/ou transporte do município para busca do paciente	9	90%	1	10%
Contatos telefônico com os familiares em casos de óbitos e/ou alta hospitalar	10	100%	0	-
Orientação sobre o TFD intermunicipal e interestadual	6	60%	4	40%
Orientação sobre procuração, tutela e Curatela	9	90%	1	10%
Busca de medicação e/ou receita médica	3	30%	7	70%
Solicitação de estacionamento	1	10%	9	90%
Outra. Qual? Pacientes sem moraria e/ou rejeitados pela família	1	10%	9	90%

Fonte: Elaboração própria – Pesquisa de Campo – 2013.1

Uma primeira questão é mais geral que apareceu nos resultados é que todas as 23 (vinte e três) situações apresentadas às pesquisadas como “demandas ao serviço social” foram assinaladas pelas profissionais, pelo menos uma única vez, ou seja, tais demandas, sendo ou não coerentes com os parâmetros vigentes para a atuação do Assistente Social na saúde, chegam a esse profissional como uma demanda para o Serviço Social.

É interessante destacar que as demandas ao serviço social não se apresentam apenas por espontaneidade do usuário, mas também por encaminhamento da equipe multiprofissional interna, encaminhamento por equipes externas à unidade de saúde e/ou, mesmo por busca ativa pelos próprios assistentes sociais dessa Instituição de Saúde. 100% das pesquisadas apontaram que uma das vias de encaminhamento de demandas ao serviço social é realmente “a partir do encaminhamento do usuário ao serviço social pela equipe de saúde interna”. Sobre isso, cabe uma ponderação. Como mostrei anteriormente, o serviço social recebe demandas que não condizem com o seu fazer profissional e como acabo de destacar, essas demandas podem vir da própria equipe interna de saúde. Sendo assim, cabe perguntar: até que ponto tal equipe conhece/desconhece as atribuições do assistente social nesta Instituição? Salieta-se o desconhecimento do papel do assistente social na saúde, o que se verifica pela prática de encaminhamento de todo e qualquer tipo de demanda para o profissional, acreditando no jargão que diz: “não sabe como fazer, chama ou manda para o serviço social”.

Partiremos agora para a discussão das demandas, segundo sua vinculação ao Projeto Ético-político Profissional, sobretudo no tocante ao fortalecimento da democratização do acesso à saúde para os usuários. Para tal, cabe explicar o que considero como demandas que, atendidas, fortalecem o Projeto Ético Político. Trata-se de demandas cujo atendimento volta-se diretamente às ações que contribuem para a ampliação e/ou democratização do acesso dos usuários aos serviços de saúde, garantindo, por conseguinte, os direitos de cidadania destes. São elas: orientações sobre direitos sociais e previdenciários; suporte socioemocional nos casos de óbito; orientações quanto ao trâmite legal nos casos de óbito; garantia de direitos aos menores de 18 anos e maiores de 60 anos; orientação sobre o TFD intermunicipal e interestadual; orientação sobre procuração, tutela e curatela; e pacientes sem moradia e/ou rejeitados pela família.

Por outro lado, cabe salientar que as 16 demandas restantes, as quais não correspondem diretamente ou de forma alguma às ações que devem requerer a intervenção profissional do serviço social quando pensarmos na vinculação da ação profissional para o fortalecimento do Projeto Ético Político da Profissão (PEPP), sendo elas: Orientações sobre normas e rotinas; contatos com médicos e/ou equipe multiprofissional da saúde; Manifestações negativas sobre o atendimento prestado pelo Hospital; Agendamento de exames ou consultas no SUS; Agendamento de exames ou consultas vinculadas a Planos de saúde; Transferências hospitalar; Declaração de óbito; Solicitação de restrição de visitas; Solicitação de cópia de prontuário; Solicitação de acesso extraordinário; Solicitação de alimentação; Solicitação de acesso ao transporte urbano; Solicitação de contato com familiar e/ou transporte do município para busca do paciente; Contatos telefônico com os familiares em casos de óbitos e/ou alta hospitalar; Busca de medicação e/ou receita médica; Solicitação de estacionamento; e Pacientes sem moraria e/ou rejeitados pela família.

O **Quadro B** a seguir, demonstra as demandas que possuem mais correlação com o fortalecimento do PEPP pelos assistentes sociais na saúde, especialmente quando compreendido o “por que” e o “para quê” a ação profissional é desenvolvida.

**QUADRO B – Demandas Apresentadas voltadas ao Fortalecimento do PEPP pelo Serviço Social**

<b>DEMANDAS APRESENTADAS Fortalecimento do PEPP</b>	<b>%</b>	<b>Análise das demandas sob o olhar da ampliação democrática na Saúde</b>
Orientações sobre direitos sociais e previdenciários	100%	Toda ação que fortaleça a condição de cidadão dos usuários do serviço social, seja em qualquer espaço sócio-ocupacional do serviço social, deve sim, ser realizada, orientada e fortalecida pelos assistentes sociais.
Suporte sócio emocional nos casos de óbito	100	De acordo com Vasconcellos (2003), o serviço social pode sim participar do momento de acolhimento da família no ato do “informe do óbito” pela equipe médica. Saliencia-se, contudo que, o ato de “declarar o óbito” é de responsabilidade médica.
Orientações quanto ao tramite legal nos casos de óbito	100%	Cabe ao Assistente Social conhecedor das Políticas Sociais, sobretudo à PNAS, atentar-se durante a realização dessa atividade, casos em que possam haver violação dos direitos sociais e saber atuar com a rede local (de origem do usuário ou do local do evento), como forma de garantir o seu direito a sepultamento sem custos, quando for o caso.
Garantia de direitos aos menores de 18 anos e maiores de 60 anos	100%	As instituições de saúde a partir da rigidez das suas normas e rotinas vêm historicamente dificultando a garantia de direitos dos menores de 18 anos e mais recentemente dos maiores de 60 anos. O Assistente Social detentor do conhecimento acerca das políticas sociais, bem como dos direitos de cidadania, devem promover espaços de diálogo e discussão para adequação das instituições de saúde, cujo foco a garantia dos direitos estabelecidos em lei. Cabe ainda sinalizar aqui a importância do profissional atentar-se aos casos em que o paciente-cidadão possui idade entre 18 a 59 anos, ou seja, não são menores de 18 anos e nem tão pouco idoso, mas podem ter direitos violados e o parecer social do assistente social deve prevalecer, se condizer com a garantir dos direitos do cidadão envolvido.
Orientação sobre o TFD intermunicipal e interestadual	60%	O Tratamento Fora do Domicílio é regulamentado, no âmbito nacional, através da Portaria SAS/GM no. 55, de 24 de setembro de 1999, e na esfera estadual, por meio da CIB/Ba no. 054- 055-056 e 117 de 2005 e 011 de 2006. Observe-se que muitas diretrizes foram ratificadas e aprimoradas através das Portarias no. 399, de 22 de fevereiro de 2006 e no. 648 de 28 de março de 2006 <sup>28</sup> . Terão direito os pacientes atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS; Quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do município; Somente para municípios referência com distância superior a 50 Km do município de destino em deslocamento por transporte terrestre ou fluvial, e 200 milhas por transporte aéreo; Dessa forma, o assistente social deve não vivenciar essa orientação como um fardo, mas como meios para a garantia do acesso ao direito à saúde por uma população que desconhece esse direito de cidadania.



Orientação sobre procuração, tutela e Curatela.	90%	O olhar profissional que o assistente social deve ter, não deve perpassar apenas uma simples orientação, mas atentar-nos a não violação de direitos, seja pelos responsáveis pelo paciente, seja por familiares e até mesmo por terceiros, situações vistas em casos de pacientes incapazes (por idade ou intelectualmente falando), mas também por aqueles que possuem bens de interesses de outros. Nesses casos, a articulação com as redes sócio assistenciais se fazem necessárias para qualificar a iniciativa de abordagem e orientação realizada pelo assistente social.
Outra. Qual? Pacientes sem moradia e/ou rejeitados pela família	10%	Embora considerada tarefa difícil ao Assistente Social quando pensarmos na Política de Assistência Social no Município de Salvador, o assistente social pode e deve articular-se com a rede social local, bem como com os órgãos de fiscalização do poder público (como é o caso do Ministério Público), objetivando a garantia do acesso dos pacientes-cidadãos aos seus direitos, no caso, local digno para permanecer até melhora da convalescência.

Fonte: Elaboração própria – Pesquisa de Campo – 2013.1

O **Quadro C** abaixo, indicará as demandas que não condizem com o fazer profissional do Assistente Social na saúde e que, por conseguinte, quando realizadas, não contribuem com o fortalecimento do PEPP na saúde, nem tão pouco com a ampliação da cidadania dos usuários e a democratização do acesso à saúde para com estes, mas são corriqueiras no cotidiano profissional do assistente social, encaminhadas como demandas por diversos sujeitos: equipe multiprofissional de saúde busca espontânea dos usuários, encaminhamento pelas políticas e instituições externas (por suas equipes), e até mesmo por busca ativa dos próprios assistentes sociais da Instituição de Saúde estudada.

**QUADRO C** – Demandas apresentadas consideradas discrepantes com o PEPP.

<b>DEMANDAS APRESENTADAS Discrepantes com o PEPP</b>	<b>%</b>	<b>Análise das demandas sob o olhar da ampliação democrática na Saúde</b>
Orientações sobre normas e rotinas	100%	Ação comumente realizada sob a responsabilidade dos assistentes sociais durante as abordagens individuais e coletivas junto aos seus usuários, geralmente sob o formato de “controle” do acesso dos mesmos no serviço ou instituição contratante. Trata-se de ações para reforçar o zelo pelos bens patrimoniais da instituição, com um discurso de negação do acesso livre e nada emancipador. Essa ação apenas se vincula ao fazer profissional, quando esta proporcione aos usuários-cidadãos a ampliação/democratização do seu acesso aos serviços prestados pela Unidade de Saúde em questão, ampliando assim a sua autonomia enquanto cidadão de direito à saúde.

Contatos com médicos e/ou equipe multiprofissional da saúde	100%	Cabe ao profissional do serviço social o contato diário e constante com equipe médica e multiprofissional de saúde, apenas quando o objetivo dessa ação vincula-se à discussão de caso clínico/social acerca das condutas a serem tomadas, de forma a garantir as escolhas, necessidades, diversidades e individualidade trazida por cada paciente-usuário.
Manifestações negativas sobre o atendimento prestado pelo Hospital	80%	<p>As instituições fortalecem essa ação a ser desenvolvida pelo serviço social, como forma de “amenizar” ou “controlar” as inquietações apresentadas pelos usuários por questões diversas: dificuldades de agendamento, ausência de clareza acerca do seu tratamento, tratamento inadequado por algum membro da equipe de saúde, etc. Dessa forma, qualquer ação que venha a “frear” ou inibir uma ação emancipadora por parte do paciente-cidadãos ou seus familiares, tendo o envolvimento direto do assistente social, transparece como ação de enfraquecimento do PEPP, ou seja, de uma sociedade mais justa, igualitária.</p> <p>Existe uma necessidade do assistente social adentrar-se a essa ação, apenas quando essa manifestação é estimulada pelo assistente social a partir da violação de direitos sociais na Instituição de saúde e/ou política de saúde em que o paciente-cidadão se insere.</p>
Agendamento de exames ou consultas no SUS	50%	<p>Em Salvador, desde 2001 essa ação deve ser realizada pelo um sistema de telefonia/atendimento - disque 160, a Central Municipal de Regulação, a qual é atualmente responsável pelo agendamento das consultas e exames; regulação dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e autorização dos procedimentos de alto custo (APAC).</p> <p>É uma estrutura que compreende toda a ação meio do processo regulatório, ou seja, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, garantindo a assistência integral de forma ágil e qualificada aos usuários do Sistema de Saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços. (DENASUS/MS).</p> <p>Quando a engrenagem da Política de Saúde local, estadual ou federal não funciona, o serviço social deve, por ser conhecedor das políticas sociais e redes de controle e fiscalização, junto ao paciente-cidadão criarem estratégias que favoreça ao mesmo a garantia do seu direito pleno à saúde.</p> <p>O ato de absorver a demanda pelo descontrole e desresponsabilização da Política para com o paciente-cidadão além de não ser atribuição do profissional assistente social, não apresenta elementos para a emancipação do indivíduo, cidadão de direito, tornando-se apenas uma ação pontual, emergencial, sem análise crítica acerca da realidade, que resolverá, claro a demanda do único usuário, mas não pressionará o sistema na reformulação das políticas ofertadas à sociedade. O agendamento básico na saúde pública e/ou privada não deve ser ação profissional dos assistentes sociais. Em casos de dificuldade e/ou negação desse direito, o profissional pode sim ser orientador da garantia do direito ao acesso à saúde, encaminhando seus usuários aos Órgãos de fiscalização pública, como o MP e a Defensoria Pública.</p>

Agendamento de exames ou consultas vinculadas a Planos de saúde	20%	O agendamento básico na saúde pública e/ou privada não deve ser ação profissional dos assistentes sociais. Em casos de dificuldade e/ou negação desse direito, o profissional pode sim ser orientador da garantia do direito ao acesso à saúde, encaminhando seus usuários aos Órgãos de fiscalização pública, como o Ministério Público e a Defensoria Pública.
Transferências hospitalar	30%	Central de Regulação de Internações -_Responsável pela regulação do acesso dos usuários aos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS; próprios, contratados ou conveniados. Atualmente sob gestão estadual (SESAB) em co-gestão com a SMS de Salvador. (desde 2006) Esse trabalho de cunho administrativo-burocrático não requer a ação dos assistentes sociais como profissional especializado. O Assistente Social deve participar desse processo como profissional da equipe de saúde, obtendo informações específicas que contribuam com superação das necessidades dos pacientes-cidadãos.
Declaração de óbito	20%	Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina (2009), esclarece-nos que “A emissão da DO é ato médico, segundo a legislação do país. Portanto, ocorrida uma morte, o médico tem obrigação legal de constatar e atestar o óbito, usando para isso o formulário oficial <i>Declaração de Óbito</i> ” [...] reafirmando ainda que O médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos deste documento. Deve-se, portanto, revisar o documento antes de assiná-lo.” Saliento aqui que na Instituição em que trabalhei por 07 (sete) anos, essa demanda surgia timidamente para o Serviço Social (pois existia uma cultura fortalecida anteriormente à minha passagem na mesma por outros assistentes sociais que compuseram aquela história), onde nós emitimos documento ao CREMEB solicitando esclarecimento acerca dessa conduta, sendo reafirmado os dados acima, sendo o documento formal do CREMEB apresentado à Direção Médica e Gerência de Atendimento da Instituição de Saúde para redefinição de papéis na Equipe Multiprofissional de saúde.
Solicitação de restrição de visitas	70%	Quando ações são mantidas sob a responsabilidade do serviço social, apenas com o olhar burocrático-administrativo, sem vinculação à garantia dos direitos e não violação destes por seus usuários-cidadãos no contexto da instituição e fora dela, representa-nos a necessidade de reflexão acerca da prática desenvolvida, visto evitar a desqualificação e/ou subutilização da competência técnica específica do assistente social, no caso da saúde. Essa ação, embora administrativo-burocrática, pode sim necessitar da intervenção do assistente social, se, somente se, o desejo do paciente-cidadão é posto em questão, como por exemplo, casos de tentativa contra a sua vida.

Solicitação de cópia de prontuário	30%	Essa atividade que chega como demanda ao serviço social, nada tem de técnico-profissional, ou seja, trata-se de uma ação estritamente burocrática-administrativa, a qual, quando chega ao setor do serviço social, expressa a desorganização da gestão do setor responsável pela atividade. Saliento, contudo que, o serviço social pode adentrar a esse atendimento sem infringir suas atribuições profissionais em casos identificados e/ou declarados de consumada violação de direitos do paciente-cidadão, esclarecendo-o acerca dos seus direitos na política institucional, sobretudo como direito de cidadania, conforme expresso a seguir: <i>“É direito de todo paciente ou seu responsável legal, por si ou por advogado constituído, obter cópia integral de seu prontuário médico (hospitalar ou de consultório) a qual deve ser cedida incontinenti. Fala-se em cópia pela facilidade de serem obtidas e pela aceitação geral das mesmas, porém há quem exija o original e neste caso a cópia ficará no arquivo médico do serviço ou da instituição”.</i> (Conselho Federal de Medicina <sup>29</sup> )
Solicitação de acesso extraordinário	50%	Atividade essencialmente administrativa, de controle interno de pessoas na Instituição, que pode ser direcionada ao serviço social quando em casos de suspeita de violação dos direitos do paciente, especialmente se esta liberação de acesso possa contribuir com o processo de melhoras do mesmo.
Solicitação de alimentação	80%	Atividade que deve ser acompanhada pelo setor específico de nutrição, estando o serviço social disponível para trocas enquanto profissional da equipe de saúde, até mesmo para contribuir para pressionar o sistema público (estado ou municípios) na garantir a do direito à permanência do paciente em condições dignas.
Solicitação de acesso ao transporte urbano	50%	Atividade que pode surgir ao serviço social como demanda, mas que pode ser previamente identificada e trabalhada junto à política institucional, pública local e com os familiares, tendo em vista o serviço social não dispor de recursos para este fim.
Solicitação de contato com familiar e/ou transporte do município para busca do paciente	90%	Atividade que pode ser previamente identificada e trabalhada junto à equipe médica (programação da alta junto com a família, paciente e equipe de saúde), pública local (Prefeituras e TFD) e com os familiares (corresponsabilizando-os no processo de alta).
Contatos telefônico com os familiares em casos de óbitos e/ou alta hospitalar	100%	As ações pela equipe de saúde (entenda-se médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.) para os casos de óbitos e/ou alta hospitalar nas Unidades de Saúde Hospitalar devem ocorrer independente da presença do assistente social. A família quando bem preparada e acessível à equipe de saúde não apresentará dificuldades de localização, abordagem, trocas nos casos indicados.
Busca de medicação e/ou receita médica	30%	A dispensa de medicações numa unidade hospitalar é de responsabilidade do profissional farmacêutico. A entrega de receitas médicas devem ser realizadas pelo médico ao paciente, de forma ao primeiro explicar ao segundo forma de uso, dosagem, outros.

Solicitação de estacionamento	10%	Atividade essencialmente administrativa-burocrática, de responsabilidade do setor de segurança das unidades de saúde hospitalar. A flexibilidade e bom senso das Unidades de Saúde hospitalar devem existir independentemente da presença do assistente social.
-------------------------------	-----	---

Fonte: Produção própria – Pesquisa de Campo – 2013.1

## Os Produtos

Parto agora, para o segundo eixo central dessa análise, a questão dos produtos. A análise buscará compreender o produto da ação profissional, a partir dos dados fornecidos por apenas 02 (duas) assistentes sociais, as quais foram as únicas a preencherem de forma completa o primeiro instrumento de coleta de dados aplicado (Apêndice-A), respondendo, pois, sobre o produto de sua ação em cada uma das demandas postas no questionário<sup>30</sup>.

Para apresentar os dados acerca do produto, relembrei ao leitor, por meio de pequenas tabelas, o quantitativo total das respostas dadas pelas profissionais pesquisadas para a pergunta sobre se aquela demanda específica foi ou não uma demanda recebida pela profissional. Em seguida à tabela, apresentarei as respostas, sobre aquela demanda, dadas pelas duas únicas colegas que responderam acerca do produto. Vejamos.

**Tabela A** - Orientações sobre normas e rotinas

Recebe essa Demanda?	QTD	%
Sim	10	100
Não	0	0
Total	10	100

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

30 Um dado observado na própria dinâmica da pesquisa, qual seja, a dificuldade de algumas pesquisadas para responderem o questionário queixando-se da dinâmica do trabalho, o que nos remete à compreensão de que, embora algumas profissionais apresentaram-se dispostas a realizarem de forma minuciosa a pesquisa, alegaram a sobrecarga em relação à sua carga horária diária de trabalho, como por exemplo, uma das pesquisadas declarou que estava há 03 (três) dias deixando o seu horário de “descanso” na jornada/dia para o preenchimento do Apêndice A.

## Produto indicado

*AS1 – Sim. Condizem com o PEP onde o usuário foi acolhido e dadas orientações pertinentes ao serviço.*

*AS10 – Esclarecimento das normas e rotinas da Unidade, conforme regulamentação da instituição.*

A partir dos dados acima indicados, percebemos que as 10 pesquisadas informaram que recebem como demanda a “orientação acerca das normas e rotinas”. As duas pesquisadas que falaram sobre o produto, apresentaram formas diferentes de desenvolver a questão. A AS1 não especificou exatamente qual seria o produto da ação desenvolvida para responder a essa demanda, mas disse que ele era condizente com o PEP, pois o usuário receberia “orientações pertinentes ao serviço”.

Desse modo, pode-se inferir que ela toma a socialização desse tipo de informação como algo relacionado à garantia de direitos. Já a AS10 afirma que esclarece normas e rotinas na unidade, de acordo com a regulamentação da instituição o que parece apontar para uma condução mais restrita do trabalho de “informar” segundo as normas institucionais. Ou seja, não ficou evidente, a partir das falas acima, o tipo de orientação sobre normas e rotinas que ambas prestam aos usuários, ou seja, se nessas orientações estão envolvidas explicações acerca do papel profissional, sobre o fazer profissional, sobre a política interna de saúde, sobre os direitos dos mesmos enquanto pacientes e usuários. Não era esse, de fato, o objetivo da pergunta.

Contudo, fica claro que as Assistentes Sociais identificam a informação como um produto do trabalho quando, segundo o entendimento que pauta esse trabalho, o produto de uma intervenção profissional que socialize informações é interferir no processo de reprodução sociopolítica ou ideo-política dos indivíduos sociais.

Sabe-se que o Serviço Social em todas as instituições socioocupacionais, é convidado a fornecer informações acerca da política na instituição, podendo ser este um “reforçador” do controle da instituição e da política de saúde sobre o paciente-cidadão. Em casos dessa “imposição institucional”, o assistente social pode propor espaços de diálogo<sup>31</sup> com a instituição e demais profissionais da saúde, de forma a demonstrar e apresentar a importância do seu fazer profissional, corroborando ainda

---

31 MARTINELLI, M. L. (1999)

com a não subutilização destes profissionais nesse espaço. Como já foi dito, por meio dessa atuação, a assistente social é, neste sentido, uma intelectual que contribui com demais classes profissionais e com a sociedade, na “criação de consensos na sociedade”<sup>32</sup>.

Outra demanda em que o serviço social é requisitado a atuar que também aparece na pesquisa é a realização de contatos diários com médicos e/ou equipe profissional da saúde (Tabela B), para assuntos diversos.

**Tabela B** - Contatos com médicos e/ou equipe multiprofissional da saúde

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	10	100
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### **Produto indicado**

*AS1 – Sim. Condiz com o PEP, pois o atendimento do usuário gera em torno de toda a equipe multiprofissional da saúde, onde se prima atendimento humanizado.*

*AS10 – Discussão de casos diversos, em conjunto com a equipe multiprofissional.*

Aqui também a AS1 afirma a relação da demanda/produto com o projeto profissional, destacando uma questão importante no campo da saúde, a humanização. A entrevistada parece fazer uma relação direta entre o contato do Assistente Social com equipes multiprofissionais e a humanização, ou seja, a ampliação da demanda apresentada pelo paciente-cidadão. Mesmo que isso não corresponda necessariamente à realidade do trabalho em equipes multiprofissionais, ou seja, nem sempre esse trabalho resulta em ações humanizadas e visões mais amplas sobre a saúde e o paciente essa resposta parece apontar para a humanização como produto do trabalho. E essa é uma questão que merece destaque na discussão profissional, pois atualmente, percebe-se que esse tema pode ser tratado de ângulos diversos, inclusive, de modo a reforçar uma postura

---

32 MOTA, A.E. (1998)

conservadora que subsume a humanização a posturas subjetivas e existencialistas. Mas, de todo modo, as práticas de humanização são fundamentais na superação de uma perspectiva biologizante presente nos processos de trabalho em saúde, inclusive na relação com o usuário, pois ele não é só um paciente, um corpo adoecido, mas um cidadão que deve ser esclarecido sobre os determinantes sociais de sua condição de saúde e subsidiado em sua busca por direitos nesse campo.

Já a AS10 centrou-se no campo do atendimento para falar da demanda de contato com equipes multiprofissionais. Mais do que um produto, essa entrevistada ressaltou a importância da interdisciplinaridade no processo de trabalho em saúde, talvez na produção de um conhecimento mais amplo e interdisciplinar sobre a questão.

A **tabela C** a seguir nos mostra outra demanda que emerge ao serviço social no ambiente hospitalar, pois de acordo com as assistentes sociais pesquisadas torna-se necessário uma intervenção frente às manifestações negativas sobre o atendimento prestado pelo Hospital para com a população usuária.

**Tabela C** - Manifestações negativas sobre o atendimento prestado pelo Hospital

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	8	80
Não	2	20
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### **Produto indicado**

*AS1 – Sim. Condiz com o PEP onde o usuário quando busca o serviço social na tentativa de sugestão de melhoria cabe o serviço social registrar o ponto negativo visando melhorias futuras.*

*AS10 – participar aos coordenadores, lideranças competentes em busca de melhorias e satisfação do usuário.*

O direito à informação assim como o direito à livre expressão, são direitos de todo e qualquer cidadão, seja na esfera da saúde hospitalar ou em outro espaço sócio-ocupacional em que o assistente social venha a atuar. Dessa forma, conforme apresentado pelas Assistentes Sociais pesquisadas, 80% destas declararam receberem usuários-cidadãos que buscam o serviço social, ora para obter



informações de como proceder para se manifestar negativamente acerca do serviço prestado pela Instituição de Saúde, ora para se manifestar diretamente sobre alguma ação que considerou inadequada pelo serviço prestado na unidade hospitalar.

Conforme apresentado pelas duas assistentes sociais acima indicadas, percebe-se que ambas as falas reforçam a importância do serviço social como profissional de saúde no campo hospitalar, especialmente como mediador e fiscalizador para a garantia da não violação de direitos de cidadania na saúde para com os usuários-cidadãos, transformando uma simples “queixa” do serviço em ações de melhorias advindas do olhar crítico dos próprios usuários, notificações estas que em sua maior parte são direcionadas às lideranças, como forma de propor melhorias ao serviço prestado, adequando-os às necessidades e direitos da população alvo.

Apesar das pesquisadas não terem apontado a questão que menciono agora, ela me parece importante. Trata-se do fato de que essa demanda permite ao profissional publicizar demandas dos usuários às quais, de forma privilegiada, chegam ao profissional de Serviço Social em seu cotidiano. Tal publicização diz respeito à possibilidade de, por meio de determinadas estratégias, explicitar e decifrar, na instituição e nos órgãos de controle social e gestão das políticas, o caráter social da demanda em questão, contribuindo para sua incorporação pelas ações públicas.

A **Tabela D** nos apresentará a atuação do assistente social na saúde no que se refere às “orientações acerca dos direitos sociais e previdenciários”, sinalizando desde já se tratar de uma ação profissional aderida por todas as pesquisadas nessa Unidade de Saúde Hospitalar.

**Tabela D** - Orientações sobre direitos sociais e previdenciários

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	10	100
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

## **Produto indicado**

*AS1 – Sim. Condiz com o PEP onde o usuário é orientado sobre seus direitos enquanto contribuintes do INSS ou enquanto ao benefício.*

*AS10 – exercer a cidadania orientando os usuários acerca dos seus direitos.*

Analisar essa demanda, considerando-a como sendo uma das atribuições mais primordiais ao assistente social não somente na saúde, mas em todo e qualquer campo de atuação profissional desta Categoria, tanto pelo ato da “orientação”, quanto pelos efeitos que essa “orientação” pode expressar na vida e cotidiano dos nossos pacientes-cidadãos, seus familiares e sua rede sócio familiar existente.

Esse momento de diálogo entre assistente social e usuário-cidadão, conforme apresentado pelas pesquisadas, é considerado ímpar no processo de trabalho do profissional, sobretudo pela possibilidade de trocas, informações acerca de demandas pontuais, perspectiva de ampliação da autonomia do usuário na instituição e fora dela na busca pela garantia de seus direitos, sobretudo por sua condição de reprodutor/multiplicador dessas informações na sociedade, junto aos seus familiares, comunidades, seguimentos religiosos, outros.

É fundamental tocar num ponto crucial nessa análise, pois os nossos usuários chegam ao serviço social, em sua maioria, desinformados acerca dos seus direitos e deveres de cidadania na saúde. Esse percentual apresentado por todas as assistentes sociais pesquisadas é reafirmado nas falas das AS1 e AS10, as quais enfatizam que o ato de orientar sobre os direitos sociais e previdenciários visa fortalecer a cidadania dos usuários acerca dos seus direitos, culminando assim, na reorientação acerca dos direitos previdenciários e assistenciais; um tipo de orientação muito comum no público assistido na Unidade Hospitalar em questão é acerca do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Essa demanda que, de fato, aparece para o profissional de Serviço Social em seus mais diversos espaços de trabalho, aponta para o desconhecimento da população usuária acerca de seus direitos, frutos dos processos históricos de constituição das relações entre público e privado no Brasil as quais se

caracterizam pelos acordos “por cima”, excluindo a participação popular (SANTOS). Além disso, tais características tornam-se mais nocivas num contexto de acirramento do padrão de exclusão, por uma desresponsabilização do Estado em face à sociedade, sobretudo através da mercantilização e privatização das políticas sociais fundamentais para as classes trabalhadoras, incluindo-se aí a Previdência Social, o que conduz a uma tendência de troca dos princípios da justiça social pelos da caridade privada (TELLES, 1998), enfim, trata-se de uma realidade em que a garantia de direitos sociais e políticos parece não se efetivar, no sentido de seu enraizamento no conjunto da vida social em termos de critérios públicos de justiça e cidadania. (DELGADO, 2005)

Assim, quando realizamos nossas “orientações aos direitos sociais”, estamos atuando, mais uma vez, no processo de reprodução sociopolítica ou ideo-política dos indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2006). Trata-se, pois, da produção de novas relações e correlações de força, ou seja, trata-se de uma intervenção que só pode ser de fato dimensionada se ampliarmos nossa visão sobre esses “direitos sociais<sup>33</sup>”, e se, como mencionam Baptista (2007) e lamamoto (2006), compreendermos que a realidade social em sua complexidade e processos mais estruturais, distanciando-nos do senso comum das ações por nós desenvolvidas.

Esse momento de “orientação acerca dos direitos sociais e previdenciários” junto aos pacientes-cidadãos pelo serviço social, pode ser um momento qualificado onde o profissional poderá utilizar seus diversos instrumentos técnico-operativos, a saber: a escuta ativa, a entrevista social, visita domiciliar, orientações sociais, outros, sempre com o conhecimento prévio e atualizado acerca das políticas públicas e sociais, bem como a evolução das legislações vigentes.

A **tabela E**, a seguir, expressará uma demanda histórica que chega ao serviço social na saúde (hospitalar ou não): a população usuária, mediante tantos “nãos” recebidos no seu percurso em busca do acesso à saúde (tratamento), busca, no serviço social, um acolhimento diferenciado e escuta para sua demanda. Essa demanda pode apontar, a meu ver, para a existência

---

<sup>33</sup> Para fins de esclarecimento, trata-se de direitos que estão relacionados à busca de garantias de condições dignas de vida para os segmentos sociais e parcelas da população assalariada ou pobre. (...). (CARVALHO, 1995)

de duas formas distintas de se ver a profissão as quais, apesar de apontarem em sentidos diferentes, convivem na sociedade. Refiro-me tanto à imagem construída em torno do reconhecimento do importante papel que o Assistente Social vem tendo no interior das políticas sociais, sobretudo a partir da década de 80, como agente promotor de uma cultura de direitos, quanto à imagem, reiterada, social e institucionalmente, de que o Serviço Social resolve todas as demandas que não foram incorporadas por outras instâncias da vida social.

A partir da Tabela E abaixo, percebe-se que cinco das pesquisadas recebem no seu cotidiano de trabalho essa demanda, o que para mim, expressa a necessidade de serem revistas as estratégias de agendamento para exames e consultas pela Secretaria Municipal de Saúde, como forma de garantir o acesso de todos a esse serviço.

**Tabela E** - Agendamento de exames ou consultas no SUS

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	5	50
Não	5	50
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### **Produto indicado**

*AS1 – Não realizo essa atividade.*

*AS10 – intermediar contato entre a rede a fim de que seja viabilizado os agendamentos.*

Assim como ainda é expressivo no cotidiano profissional das Assistentes Sociais pesquisadas (vide Tabela E), o Serviço Social nas Instituições e Unidades de Saúde (privada ou pública), veio historicamente sendo convidado a responsabilizar-se pela “desorganização” da Política de Saúde, no que tange ao agendamento de exames e consultas aos usuários, tanto para acesso inicial quanto para a continuidade do tratamento ora iniciado. Percebia-se que, atuar nessa frente de trabalho (extremamente administrativa e de gestão da saúde pública) além de sobrecarregar o assistente social com atividades tarefas e não condizentes com o objetivo do assistente social nesse espaço sócio-

ocupacional fortalecia a não “pressão” ao sistema público de saúde, visto que, pelo compromisso profissional, sempre eram encontrados “jeitos” de resolverem as pendências e necessidades da população demandante.

Frisa-se aqui que, na Bahia, o CRESS, paralelamente a essas demandas e acolhimentos dos assistentes sociais na linha de frente da assistência à saúde, buscou espaços para a ampliação do diálogo com a Política Municipal e Estadual de Saúde, primando por esclarecer à sociedade a qualificação dos profissionais do serviço social, ressaltando a necessidade da criação de uma Central de Regulação e agendamento de exames e consultas pelo SUS, desvinculando essa prática do serviço social.

Essa conquista ocorreu teoricamente, desde 2001, quando a Secretaria Municipal de Saúde da Capital Baiana, apresentou essa central, como sendo:

[...] uma estrutura que compreende toda a ação meio do processo regulatório, ou seja, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, garantindo a assistência integral de forma ágil e qualificada aos usuários do Sistema de Saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços. (DENASUS/MS)

Com o produto apresentado pela AS10, não foi possível afirmar se sua ação de “contato com a rede” refere-se ao contato com a Secretaria de Saúde Municipal, como forma de pressionar o sistema, ou se essa ação foi de contato para o agendamento pelo serviço social. O que expressa esse dado é, sobretudo, tanto a complexidade e dificuldades por parte dos pacientes-cidadãos para a compreensão do sistema de saúde, quanto o impasse do profissional diante do compromisso de não deixar seus usuários desassistidos e desorientados sobre como procederem para a conquista desse acesso. Penso que esses são elementos fundamentais para a compreensão do processo de trabalho nesse espaço e cujas implicações políticas e éticas devem ser bem dimensionadas e discutidas.

A **Tabela F** expressará a demanda de agendamentos de exames e consultas, agora por parte dos usuários da instituição que possuem acesso aos planos de saúde.

**Tabela F** - Agendamento de exames ou consultas vinculadas a Planos de saúde

Recebe essa Demanda	QTD	%
Sim	2	20
Não	8	80
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### Produto indicado

*AS1 – Não realizo essa atividade.*

*AS10 – intermediar contato entre a rede conveniada na busca de atender as solicitações dos usuários.*

Embora não seja o perfil central dos usuários desta Instituição de saúde, essa demanda é expressa de forma tímida (já que duas pesquisadas afirmaram receber esse tipo de demanda) no cotidiano profissional. Trata-se de uma demanda contraditória, haja vista que se os cidadãos possuem planos e seguros de saúde privados, por qual motivo estes buscam a rede pública para a assistência?

Mais uma vez se percebe, aqui, a complexidade do trabalho profissional nesse campo: aqui o profissional se confronta com as dificuldades de acesso que a sociedade vivencia, mesmo arcando particularmente com planos e seguros de saúde. Recai sobre o serviço social, a necessidade de manter contato com os planos e seguros de saúde, de forma a dialogar e buscar alternativas na garantia desse acesso.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC, 2010), reclamações contra planos de saúde lideram o *ranking* da entidade há 11 anos consecutivos, representando quase 15% das queixas da entidade. Isso nos demonstra a expressiva violação dos direitos à saúde por parte dos cidadãos, sobretudo aqueles que por terem seus direitos negados pela política pública de saúde, arcam com planos e seguradoras, ainda assim, possuem dificuldades de acessarem a saúde, de efetivarem seu direito.

A **Tabela G** a seguir, retrata a atuação do Assistente Social frente a demanda de “transferência hospitalar”.

**Tabela G** - Transferências hospitalar

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	3	30
Não	7	70
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### **Produto indicado**

*AS1 – Não realizo essa atividade.*

*AS10 – Buscar através da rede, transferência para localidades de referências.*

A Instituição de saúde pesquisada é hoje considerada uma Unidade de Alta Complexidade na saúde pública da Capital Baiana, atendendo unicamente pelo Sistema Único de Saúde. A partir dessa informação, compreende-se o fato de apenas três pesquisadas realizarem tal atividade, pois essa Unidade Hospitalar, hoje, consegue suprir suas demandas, por conseguinte, não necessitando realizar “transferência hospitalar” para outras unidades conveniadas ao SUS local.

Para melhor compreensão acerca dos elementos apresentados no parágrafo acima, cabe aqui explicar como ocorre hoje a gestão de leitos hospitalares pelo SUS no Estado da Bahia. Desde 2006, o SUS na Bahia implantou a CER - Central Estadual de Regulação<sup>34</sup> - e atua com recursos próprios (rede pública estadual e municipal), contratados ou conveniados, sob a gestão estadual (SESAB), em co-gestão com a SMS de Salvador.

A partir dessa implementação, quando, em Hospital conveniado ou gerenciado pelo SUS (filantrópicos), surge a necessidade de internação com transferência hospitalar, essa demanda é repassada à CER. Essa central possui equipe médica especializada de plantão para analisar caso a caso e gerenciar os leitos do SUS em todo o Estado da Bahia, de forma a organizar as transferências, bem como eleger o melhor hospital para tratar o diagnóstico dos pacientes-cidadãos.

---

<sup>34</sup> Responsável pela regulação do acesso dos usuários aos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS.

Após a implantação da CER, o Serviço Social no Estado da Bahia não apresenta de fato necessidade de atuação direta nas transferências hospitalares, passando a ser profissional partícipe do processo, assim como ocorre aos médicos, enfermeiros, etc.

Embora a **Tabela G** expresse que três das pesquisadas recebem essa demanda (número não tão expressivo, mas real), entre as AS1 e AS10, apenas a última informou que recebe tal demanda, a qual necessita da sua ação, através da articulação com a rede local e intermunicipal, para garantir as transferências.

Salienta-se aqui que as pesquisadas não foram questionadas quanto ao motivo das transferências, se por ausência de suporte médico-hospitalar no Hospital em que atua, ou se por motivo do paciente necessitar agora apenas de “cuidados básicos” na rede municipal de origem do paciente, promovendo assim a rotatividade dos leitos de alta complexidade, objetivo maior da assistência prestada nesse Hospital, bem como o retorno ao convívio familiar pelo paciente, visto que, parte significativa dos usuários dessa Unidade de Saúde Hospitalar, são oriundos do Interior do Estado.

A seguir apresentaremos a **Tabela H**, a qual expressará a nossa atuação como assistentes sociais no ato da “declaração de óbito”.

**Tabela H** - Declaração de óbito

Recebe essa Demanda	QTD	%
Sim	2	20
Não	8	80
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### **Produto indicado**

*AS1 – Sim, condiz com o PEP onde é dada orientação ao familiar e acolhimento deste, pertinente ao óbito.*

*AS10 – encaminhamento ao setor responsável para requerer documento, após orientações quanto providências necessárias / funeral.*

Nota-se que as duas únicas assistentes sociais as quais apresentaram o produto da ação desenvolvida, foram as mesmas que afirmam receber tal



demanda em seu cotidiano de trabalho. Contudo, a afirmação das mesmas nos mostra que, ao contrário do que vem ocorrendo em algumas unidades hospitalares<sup>35</sup>, essas profissionais não realizam o ato de “declarar óbito”, mas acolhem os familiares do paciente falecido, direcionam o seu atendimento à orientação e acolhimento, ressaltando que a sua ação se dá após recebidas devidas orientações e informações do setor responsável (entenda-se, setor médico), tendo em vista ser desta categoria a obrigação o ato de “declarar o óbito” aos familiares.

A **Tabela I** expressa a demanda aos assistentes sociais estudados, formaliza o nosso papel, de acordo com o CFESS (2009), nos casos de óbito.

**Tabela I** - Suporte sócio emocional nos casos de óbito

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	10	100
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### **Produto indicado**

*AS1 – Sim. Condiz com o PEP onde familiar é acolhido e dado orientação pertinente ao óbito.*

*AS10 – acolhimento em conjunto com a equipe multidisciplinar.*

Essa ação do serviço social ocorre, em verdade, pelo vínculo estabelecido junto aos casos acompanhados pela categoria no seu cotidiano nas instituições de saúde. É notória a possibilidade do assistente social ofertar seu acolhimento junto aos familiares, bem como à equipe de saúde, por compreender ser este um momento de perda, não só para a família, mas para a equipe médica e multiprofissional.

---

35 Dados expressos nos Parâmetros de atuação do assistente social na Saúde (CFESS, 2009) e nos estudos realizados por Ana Maria Vasconcellos (2004).

Essa análise pode ser realizada de forma conjugada à **Tabela J**, a seguir, tendo em vista a ligação precisa entre as demandas.

**Tabela J** - Orientações quanto ao tramite legal nos casos de óbito

Recebe essa Demanda	QTD	%
Sim	10	100
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto  
– AAS – 2013.1

### Produto indicado

*AS1 – Sim. Condiz com o PEP onde familiar recebe orientação pertinente ao óbito.*

*AS10 – fornecer orientações conforme regulamento da instituição*

O momento do óbito, para os familiares expressa a perda de um ente querido<sup>36</sup>, após se tentar, a partir de todas as ferramentas (tecnológicas) se conquistar a “cura” do mesmo. A consumação do óbito pode ocasionar a dificuldade de a aceitação das informações que foram repassadas pela equipe médica e de saúde naquele momento.

Nesse sentido, sempre que necessário, embora não seja atribuição privativa do assistente social, mas deste enquanto membro da equipe multiprofissional sugere-se a escolha de um familiar que, naquele momento, apresenta-se mais propício a receber as informações sobre o trâmite legal a partir de então. Salienta-se que essa escolha só se torna possível e viável se a equipe multiprofissional de saúde manteve e mantém um vínculo com os familiares, a ponto de perceber quem seria o melhor familiar naquele momento para receber tais orientações.

A **Tabela L** que se segue nos apresentará o quantitativo de assistentes sociais que recebem como demanda a necessidade de “garantia dos direitos aos menores

---

<sup>36</sup> A morte pode ser entendida como um fracasso, pois o que sempre se busca é a melhora do paciente em direção à saúde e nunca em direção contrária. (POLES; BOUSSO, 2006, p.208)

de 18 anos e aos maiores de 60 anos, por terem estes seus direitos especificados nos seus Estatutos (da criança e do adolescente, bem como do idoso).

**Tabela L** - Garantia de direitos aos menores de 18 anos e maiores de 60 anos

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	10	100
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### **Produto indicado**

*AS1 – Sim. Condiz com o PEP onde usuário e familiar recebem orientações devidamente a respeito do direito do usuário ter acompanhante.*

*AS10 – assegurar aos acompanhantes os seus direitos, de acordo com o ECA e Estatuto do Idoso.*

Assim como a demanda de “orientação aos direitos sociais e previdenciários”, é interessante observar como ambas as profissionais apontam a questão da concretização de direitos como um produto da ação, o que nos remete, mais uma vez, à importância desse produto no interior do processo de trabalho, tal como organizado na política de saúde. Parece haver, entre os profissionais, a compreensão em torno de ser esse um excelente momento de socialização de informações como estímulo à promoção da democratização do acesso desses pacientes-cidadãos à saúde na Instituição, por conseguinte, ampliação da sua cidadania.

Outro dado interessante acerca dessa demanda e produto é que ela incide sobre três parcelas da população, consideradas publicamente como sujeitos de direitos (crianças, adolescentes e idosos), os quais possuem legislação própria<sup>37</sup> acerca dos seus direitos e deveres. Isso talvez facilite o reconhecimento de nosso trabalho como junto a esses sujeitos, no caso da saúde, pois o nosso papel central volta-se à garantia da não violação dos seus direitos e se isso ocorrer, à criação estratégias para promover o esclarecimento acerca destes, de forma a estimulá-los quanto aos meios para garanti-los.

<sup>37</sup> Estatuto da Criança e do Adolescente; Estatuto do Idoso.

É comum essa demanda para o serviço social, no que tange à necessidade de permanência de acompanhante junto ao paciente hospitalizado<sup>38</sup>, em ambos os casos, bem como no sentido de esclarecer, internamente, que não se pode “obrigar” os familiares a acompanharem os pacientes por tempo contínuo, especialmente quando existem outras pessoas da família que também necessitam de cuidados, a exemplo, outros filhos menores em casa, ou mesmo outra pessoa convalescente.

A **Tabela K**, a seguir, elucidará outra demanda que surge para o serviço social, inicialmente como uma ação burocrático-administrativa, mas que nas suas entrelinhas pode sim ter um encaminhamento pelo serviço social que garanta os direitos de cidadania dos pacientes.

**Tabela K** - Solicitação de restrição de visitas

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	7	70
Não	3	30
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto  
– AAS – 2013.1

## **Produto indicado**

*AS1 – Sim. Condiz com o PEP onde ou por parte do próprio usuário ou familiar acionou o SS onde será registrado e comunicado ao setor da portaria de visita.*

*AS-10 – avaliar o contexto da situação.*

Os usuários quando lúcidos e esclarecidos, podem declarar o seu desejo de permanecer desacompanhados ou acompanhados por parte dos seus familiares. Assim como afirmado nas falas das assistentes sociais AS1 e AS10, essa demanda deve passar por uma análise precisa do contexto social em que o pedido for formulado, avaliando elementos como: lucidez do paciente, consentimento por este em manter ou excluir algum visitante, mesmo se familiar consanguíneo, dentre outros fatores, desde que dentro do Código Civil Brasileiro<sup>39</sup>.

---

38 Idem.

39 O qual proíbe às Instituições de Saúde proibir visitas por parentes até 3º grau, exceto se solicitado pelo próprio paciente (quando lúcido e orientado).

A **Tabela M** a seguir, expõe um tipo de demanda que ocorre nas Unidades de saúde, especialmente quando o setor responsável apresenta dificuldades internas na gestão das demandas dos usuários, especialmente no que tange à garantia do paciente-cidadão em ter posse de cópia de seu prontuário na íntegra.

**Tabela M** - Solicitação de cópia de prontuário

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	3	30
Não	7	70
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### **Produto indicado**

*AS1 – Não realizo essa atividade.*

*AS10 – direcionar o usuário ao setor responsável para requerer documentos (cópias)*

Em se tratando dessa demanda, embora três das assistentes sociais pesquisadas mencionem que recebem essa demanda, das duas que apresentaram o “produto” do seu trabalho, apenas a AS10 realiza tal atividade, indicando que nesses casos direciona os usuários ao setor responsável para requerer tais documentos, as cópias.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina<sup>40</sup>, conforme mencionado no **Quadro C** deste estudo, nenhuma Instituição de Saúde pode proibir ao usuário o acesso aos documentos produzidos sobre si. Dessa forma, os profissionais de saúde, dentre eles os assistentes sociais, permanecem como agentes fiscalizadores na instituição, objetivando a não violação desse direito, instruindo os pacientes-cidadãos de como procederem.

A **Tabela N** a seguir, expressa a demanda voltada à solicitação de acesso extraordinário, sendo esta outra ação meramente burocrático-administrativo, mas que em algumas instituições de saúde hospitalar, recai sobre o serviço social,

40 Portaria do Ministério da Saúde nº1286 de 26/10/93- art.8º e nº74 de 04/05/94.

responsabilizando-o pela triagem dessa demanda e formalização da liberação ou não do acesso.

**Tabela N** - Solicitação acesso extraordinário

Recebe essa Demanda	QTD	%
Sim	5	50
Não	5	50
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto  
– AAS – 2013.1

### Produto indicado

*AS1 – Não realizo essa atividade.*

*AS10 – avalia a possibilidade em conjunto com a equipe multidisciplinar.*

Assim como afirmado pela AS10, essa demanda deve ser sempre avaliada em comum acordo com a equipe multiprofissional de saúde, envolvendo-a nesta decisão, respeitando os limites das Unidades de Internação, permanência de outros pacientes – respeitando suas privacidades e particularidades, garantia das orientações emitidas pelos setores de Controle de Infecção Hospitalar – no que tange ao vestuário, acesso com alimentação nos leitos, posse de flores e/ou objetos não permitidos e que possam interferir na melhora dos pacientes hospitalizados.

A **Tabela O** apresenta outra demanda que aparentemente nada tem a ver com a atuação do serviço social na área hospitalar, as solicitações de alimentação pelos acompanhantes dos pacientes hospitalizados.

**Tabela O** - Solicitação de alimentação

Recebe essa Demanda	QTD	%
Sim	8	80
Não	2	20
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto  
– AAS – 2013.1

## Produto indicado

*AS1 – Sim. Condiz com o PEP, pois tratando-se de usuário com acompanhante é dada autorização das refeições.*

*AS10 – encaminhar ao setor responsável (nutrição) para avaliar a possibilidade.*

É interessante perceber as formas diferenciadas de responder acerca desse produto. A entrevistada AS1 frisa a questão do usuário com acompanhante e que, por conseguinte, tem direito à alimentação no hospital. Já a entrevistada AS10 sinaliza a ação de encaminhamento diante da não garantia da alimentação em alguns casos. Nenhuma das duas tocou na questão do direito à alimentação ou na possibilidade da ação profissional produzir um questionamento sobre essa situação que aponta para a vulnerabilidade desse acompanhante em questão.

Nas Unidades Hospitalares é comum contar com o suporte e trocas com a equipe da Nutrição, visto que a demanda como, foi apresentada por ambas pesquisadas, é apresentada ao serviço social, sendo este o profissional qualificado com o olhar mais ampliado acerca das dificuldades e enfrentamentos advindos dos pacientes e seus familiares, quando os entendemos socioeconomicamente.

Nesse campo sócio-ocupacional, em geral, após a análise primária pelo serviço social (se trata de uma situação pontual ou mais crítica), em que não poderemos permanecer sem a presença daquele familiar, e/ou se este caso deixe a unidade de saúde apresentará dificuldades para retornar, sendo uma peça fundamental à condução do tratamento do seu paciente-familiar, ou mesmo se a ausência de alimentação pode ocasionar agravo da saúde desse familiar-acompanhante, como ocorre com familiares que são diabéticos e hipertensos, os quais possuem hora prevista para alimentar-se, por exemplo.

Salienta-se aqui que, toda e qualquer demanda desse nível pode recorrer ao assistente social, até mesmo por sua proximidade e diálogo sistemático com o paciente e seus familiares, contudo, chamo à atenção à rotina e encaminhamentos ao serviço social sem critérios prévios.

Na Unidade de Saúde Hospitalar em que atuei, por exemplo, firmamos com a Direção Hospitalar que os acompanhantes de pacientes com idades variantes de 18 a 59 anos (descobertos por não terem legislação própria que garanta o direito ao acompanhante 24h), seriam encaminhados para o serviço social, para realização de

estudo social e emissão de parecer social, garantindo a permanência do acompanhante de forma digna. Os demais acompanhantes, no caso dos pacientes com idade entre 0 a 18 anos incompletos e os acima de 60 anos, como possuem legislação própria eram automaticamente autorizados, independente do assistente social.

A **Tabela P** a seguir apresentará outra demanda que, embora não corriqueira, ainda surge para o serviço social para que se busque alternativa, em geral, emergencial.

**Tabela P** - Solicitação de acesso ao transporte urbano

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	5	50
Não	5	50
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

#### **Produto indicado:**

*AS1 – Não realizo essa atividade.  
AS10 – contatar familiares para auxílio.*

Essa demanda, quando se trata de paciente oriundo do interior do Estado e/ou de núcleo familiar desfavorecido financeiramente (perfil dos usuários da rede pública de saúde na Capital baiana), deveria ter sua alta médica e/ou melhorada dialogada sistematicamente entre médicos, equipes multiprofissional de saúde, pacientes e familiares, como forma de garantir aos familiares meios para conduzir seu paciente para a residência, ou até mesmo articular entre estes e as Prefeituras Municipais meios para essa locomoção.

A falta do diálogo diário e sistemático entre esses sujeitos envolvidos faz com que uma ação que deveria ser planejada entre eles, torne-se uma ação emergencial apresentada ao serviço social, o qual necessitará do envolvimento dos familiares, como registra uma das pesquisadas, e/ou das Prefeituras Municipais para resolução dessa demanda, até mesmo porque o serviço social atua como articulador das políticas sociais disponíveis, e não ofertando passagens e/ou passes do transporte urbano.



O **Gráfico Q** a seguir, volta-se justamente à confirmação da demanda mencionada no **Gráfico P**, reafirmando assim a necessidade do planejamento da alta médica/melhorada envolvendo os sujeitos apresentados anteriormente.

**Gráfico Q** - Solicitação de contato com familiar e/ou transporte do município para busca do paciente

Recebe essa Demanda	QTD	%
Sim	9	90
Não	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### Produto indicado

*AS1 – Sim, condiz com o PEP, pois referindo-se ao usuário que mora no interior é realizado contato telefônico para busca deste.*

*AS10 – Intermediar contato com município (hospital / prefeitura) para viabilizar busca do paciente.*

Das 10 assistentes sociais pesquisadas, nove afirmaram que realizam contatos com os familiares/ou transporte do município para busca dos pacientes no seu cotidiano de trabalho. Retoma-se aqui a necessidade do diálogo constante e sistemático por parte da equipe multiprofissional de saúde com o paciente e sua família, de forma a facilitar a programação de alta com os últimos, possibilitando a estes, formas de organizarem-se e não serem surpreendidos com a alta hospitalar.

A **Tabela R** que segue, volta-se aos contatos telefônicos com os familiares em casos de óbito e/ou alta hospitalar, sendo esta outra demanda que surge ao serviço social, expressando a desorganização dos serviços, gerando sobrecarga de trabalho aos assistentes sociais, especialmente em demandas que não lhes confere atuar.

**Tabela R** - Contatos telefônico com os familiares em casos de óbitos e/ou alta hospitalar.

Recebe essa Demanda	QTD	%
Sim	10	100
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

## Produto indicado

*AS1 – Sim, condiz com o PEP, pois em se tratando de óbito ou alta hospitalar é feito contato telefônico pelo serviço social como forma de acolhimento.*

*AS10 – Óbito: solicitar presença do familiar na unidade para comunicado do ocorrido, acolhimento em conjunto com equipe multidisciplinar. / alta: comunicar alta hospitalar para busca do paciente.*

Quando atuamos acionando familiares para informar alta melhorada e/ou óbito, reforça uma imagem contraditória da profissão aos usuários e sociedade, ou seja, reafirmamos a vinculação do assistente social na declaração de óbitos e em outras atividades que não necessitam de um profissional especializado e técnico, como é o assistente social.

O contato de alta ou óbito de um paciente pode ser realizado por todo e qualquer profissional administrativo e/ou da equipe multiprofissional de saúde. Analisando as falas das assistentes sociais AS1 e AS10, percebemos que embora as unidades de saúde não tenham contratado o assistente social para essa ação, podendo ser realizada por um profissional administrativo, que represente a Unidade de Saúde em que o paciente está ou esteve internado, o serviço social ainda assume tal função, muito provavelmente por seu compromisso com o bem-estar do paciente e seu direito em retornar ao convívio familiar (quando em alta), bem como para otimizar o processo burocrático administrativo junto à família (no caso dos óbitos).

A **Tabela S**, a qual se refere à orientação sobre o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) intermunicipal e interestadual, por se vincular ao direito do paciente em obter condições fora do seu domicílio para continuar ou realizar o seu tratamento é uma ação que o assistente social costuma fazer, especialmente pelo desconhecimento da população acerca desse direito.

**Tabela S** - Orientação sobre o TFD intermunicipal e interestadual

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	6	60
Não	4	40
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

## Produto indicado

*AS1 – Sim. Condiz com o PEP onde o usuário recebe orientação sobre o TFD, onde o mesmo tem acesso a benefício no que é de direito.*

*AS10 – Informar à família quanto ao direito TFD ofertado pelo município.*

Quando analisamos as falas das AS1 e AS10, percebemos que elas enfatizam a dimensão do direito do usuário, a ampliação do acesso dos usuários à política de saúde. Nesse sentido, essas colocações apontam, mesmo que indiretamente, para o fato de que existe uma necessidade de orientar a população acerca desse seu direito. Acrescento que, essa percepção, por parte das colegas, pode ser contextualizada pelo fato dos municípios lidarem com esse direito ainda dentro da perspectiva da benesse e da barganha.

É comum ouvir dos pacientes, dos seus familiares e de representantes dos municípios quando acionados para cumprirem com o seu papel de gestores e responsáveis por seu município, que a remoção, hospedagem (permanência) e alimentação dos pacientes e seus familiares ou acompanhantes, trata-se de uma concessão da Prefeitura para com os mesmos, ou seja, tratam um direito como um favor.

Com isso, consegue-se melhor dimensionar como essa ação pode gerar impactos importantes na medida em que conseguimos reforçar em nossas orientações junto aos usuários, quais os meios existentes para reivindicarem e garantirem tais direitos.

A partir da descentralização do SUS e repasse fundo a fundo entre União e Municípios<sup>41</sup>, estes últimos recebem o investimento da União para suprirem essa demanda, especialmente por saberem que os municípios não ofertam assistência de alta complexidade na saúde, necessitando alocar seus municípios para as grandes cidades e capitais.

---

41 O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização. (MS, 2004)

A **Tabela T** que segue, reforça outra orientação e esclarecimento cidadão do assistente social para com seus usuários.

**Tabela T** - Orientação sobre procuração, tutela e Curatela.

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	9	90
Não	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### **Produto indicado**

*AS1 – Sim. Condiz com o PEP onde o usuário que tem o direito a procuração tutela curatela recebe toda orientação.*

*AS10 – Esclarecer os usuários quanto direito e condições para o exercício destes, de acordo com ECA e Estatuto do Idoso, Ministério público e outros órgãos competentes.*

Embora das 10 pesquisadas, nove tenham assinalado essa demanda como presente no seu cotidiano profissional, as falas das AS1 e AS10 expressam a importância dessas orientações, sobretudo quando há a possibilidade de violação e/ou negação de direitos. Essas situações podem ocorrer com crianças e adolescentes, por sua condição de vulnerabilidade, os quais necessitam de representante legal, bem como com os idosos, estes também em situações de incapacidade pela idade (não lucidez comprovada), por situações de violações de direitos pelos próprios familiares, especialmente quando envolvem aposentadorias com valores altos e outros bens materiais.

A articulação com os órgãos fiscalizadores e competentes como são o Ministério Público e a Defensoria Pública por parte dos assistentes sociais, torna-se imprescindível, sobretudo pela necessidade de fortalecimento da rede local para a garantia dos direitos sociais aos pacientes-cidadãos. Em publicação de 2011 pela Revista de Saúde Pública de Minas Gerais, Machado (MACHADO et. al, 2011), confirmou a existência de 827 processos judiciais contra o Estado para a garantia do direito à saúde (acesso à medicação para tratamento), processos esses entre os anos de 2005 e 2006. Essa evidência demonstra os caminhos que a população vem buscando para garantir que dois dos seus

principais direitos (saúde e vida) sejam garantidos pelo Estado, mesmo que sob ação judicial.

A **Tabela U** nos apresenta outra demanda que, mesmo aparecendo de forma tímida e não frequente, é presente e necessita ser problematizada com a equipe médica, objetivando não se tornar atribuição do assistente social naquele espaço sócio-ocupacional.

**Tabela U** - Busca de medicação e/ou receita médica

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	3	30
Não	7	70
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

### **Produto indicado**

*AS1 – Não realizo essa atividade.*

*AS10 – direcionar o usuário ao profissional competente*

As respostas das duas pesquisadas permitem inferir que pode ser essa mesma a perspectiva dessas profissionais ao não fazerem essa atividade ou encaminhá-la a quem de direito.

Essa realidade é também verificada na **Tabela V**, a qual expressa a demanda por acesso a estacionamento.

**Tabela V** - Solicitação de estacionamento

<b>Recebe essa Demanda</b>	<b>QTD</b>	<b>%</b>
Sim	1	10
Não	9	90
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados obtidos na pesquisa desse projeto – AAS – 2013.1

**Produto indicado**

*AS1 – Não realizo essa atividade.*

*AS10 – intermediar em conjunto com setor responsável a fim de que seja atendida tal solicitação dentro do possível.*

Como das 10 pesquisadas, apenas um a mencionou como demanda, entendemos tratar-se da AS10, a qual dialoga com o setor responsável para que seja avaliada a solicitação do paciente-cidadão, não se inserindo nesse processo, sendo apenas um mediador entre usuários e instituição.

A **Tabela X**, a qual solicitou às pesquisadas apontarem outra demanda não mencionada por mim, não foi respondida pelas AS1 e AS10, sendo apenas respondida pela AS3 (Pacientes sem moradia e/ou rejeitados pela família), esta que, pelo fato de não responder totalmente o questionário (colocar o produto da sua ação), não foi inserida nessa etapa do estudo.

## 6 CONCLUSÃO

Para terminar esse trabalho, penso ser importante retomar algumas questões presentes no universo da pesquisa e que permitem elaborar certas conclusões, necessárias nesse momento, ainda que o trabalho aponte para a continuidade da investigação. São questões que sintetizam os resultados desse esforço específico de “encontro” com as assistentes sociais de um hospital em Salvador, mas que também apontam para um universo mais amplo do trabalho profissional na sociedade contemporânea. Desse modo, pretendo construir as amarras da discussão, delineando com mais clareza os contornos do trabalho, seu alcance, possibilidades e limites, bem como seus indicativos para novas investigações.

O desenvolvimento dessa pesquisa possibilitou uma aproximação mais precisa acerca não apenas da Política Nacional de Saúde do Brasil, com ênfase na Saúde pública local, mas, sobretudo, do cotidiano profissional das assistentes sociais que ofertam sua força de trabalho na saúde filantrópica.

Para atingir essa meta, um dos caminhos percorridos foi o mergulho na literatura, tanto aquela voltada para o Serviço Social, quanto para a recuperação do debate acerca da saúde. O aprofundamento teórico acerca dessas questões possibilitou elucidar e compreender melhor o trabalho e sua organização cotidiana no interior de processos de trabalho como elementos concretos que interferem nas possibilidades de concretização da autonomia dos sujeitos. Especialmente, essas categorias foram importantes para me aproximar do trabalho desenvolvido pelo assistente social em seus espaços socioocupacionais, os quais, em sua grande maioria, apresentam-se sucateados, com evidências da precarização (sobrecarga, salários diferentes, jornada excessiva, demanda de serviço maior que a oferta de profissionais, política interna da instituição insuficiente para dar respostas às demandas da população que busca os serviços prestados, impossibilidade de qualificação contínua pelos profissionais e também não investimentos para este fim por parte da Instituição empregadora, outros).

Conhecer a história da Política de Saúde no Brasil tornou-se imprescindível a este estudo, sobretudo para compreender a lógica do “direito de cidadania” que vivenciamos e que defendemos enquanto sociedade e categoria profissional do Serviço Social.

Em todos os pontos discutidos e levantados nesse estudo, buscou-se ter como base central as considerações emitidas pela corrente marxista, a partir da dialética e sua perspectiva crítica, sempre com o olhar de transposição da realidade aparente, pré-determinada, mas possível e passível de mudanças e transformações.

Como metodologia proposta para esse estudo, baseado em pesquisa *in loco* em uma “Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos” da área da Saúde Hospitalar na Capital da Bahia, foi utilizada a abordagem quanti-qualitativa, tendo como instrumento de coletas de dados um questionário aplicado a 10 (dez) assistentes sociais.

Oportuno se faz aqui emitir algumas considerações avaliativas à aproximação tida no campo de pesquisa, momento único no decorrer do estudo. Isso me possibilitou refletir ainda mais acerca das condições de trabalho cotidiano em que o assistente social na saúde é submetido.

Os meses de trocas diretas e indiretas com as assistentes sociais desse campo de atuação permitiu que eu visse “de fora” o cotidiano de assistentes sociais da saúde hospitalar, respeitando seus limites, desafios, mas sobretudo reconhecendo o compromisso ético que possuem tanto para com seus usuários, quanto para o fortalecimento da imagem social da nossa categoria profissional.

Assim, esse estudo, além de possibilitar o aprofundamento teórico acerca do cotidiano profissional dessas assistentes sociais que atuam na saúde hospitalar, agregou a possibilidade de conhecimento e valorização acerca das atividades desenvolvidas por essas profissionais no campo sócio-ocupacional estudado.

Retomo, pois, a partir desse momento, alguns dos principais eixos analisados a partir da pesquisa de campo. Inicialmente, lembro que a análise dos dados implicou numa reflexão sobre os parâmetros da atuação do assistente social na saúde, afim de verificar que demandas podem ser consideradas fortalecedoras de nosso projeto profissional e quais não o seriam. Esse momento foi fundamental para que se estabelecessem parâmetros para a análise dos dados coletados no estudo. No entanto, a identificação desses parâmetros não eliminou a complexidade da análise acerca da questão sobre demandas e produtos que, justamente põe em tela, o universo ético-político e teórico dos profissionais em sua relação com a realidade concreta dos usuários, da instituição e do sistema e saúde.

Nesse sentido, um dos elementos para o qual aponta a pesquisa é que, em cada demanda apresentada ao Serviço Social, mesmo naquelas que não



necessariamente precisariam de um profissional técnico e especializado como é o assistente social, a presença do profissional foi fundamental, sobretudo no quesito “escuta qualificada” (como forma de perceber a realidade social além do aparente), quanto no “encaminhamento social”, (visto ser uma das ferramentas técnico-operativa da profissão que favorece a conquista do direito de cidadania pelo paciente-cidadão dentro da política de saúde e demais políticas sociais). Portanto, parece-me correto afirmar que o profissional qualifica demandas no interior da dinâmica profissional, podendo inclusive, politizá-las.

É nesse espaço da identificação das demandas e construção de respostas e produtos do trabalho que pude perceber, concretamente, as vicissitudes que o profissional enfrenta, como trabalhador assalariado, para manter sua autonomia no desenvolvimento do trabalho cotidiano. Identificar e atender as demandas oriundas do seu público-alvo em meio a demandas outras que chegam de instituições terceiras, mas, sobretudo, advindas e determinadas institucionalmente por seus empregadores (estes que em sua maioria não compreendem o fazer profissional dos assistentes sociais na instituição e na sociedade) é um grande desafio para esse trabalhador, despossuído de todos os meios para a realização de seu trabalho, mas possuidor de consciência ética, fundamentação teórica e técnica e compromisso político. Contudo, é também em tal processo que se gera a sobrecarga de trabalho no cotidiano, com demandas que não necessitariam do trabalho especializado e técnico do assistente social, mas que ao chegarem no serviço social, muitas vezes são absorvidas pela equipe que se debruça sobre os casos apresentados.

A partir, então, dessa questão atinente à realidade do trabalho do assistente social, foi possível também compreender como se dá a política de saúde pública na Capital Baiana, especialmente as influências das instituições filantrópicas na gestão dessa política a partir dessa modalidade, relação essa que contribui, além da privatização da saúde, para a perda de espaços democráticos e participativos pelos usuários, que deixam de ser tratados como pacientes-cidadãos de direito, para serem tratados como pacientes-clientes, fortalecendo a relação clientelista-privatista. Nessa relação, o cliente não vê sua saúde como direito, e sim o seu acesso à saúde (mesmo precarizada) como favor, benesse, por isso, deverá sempre agradecer a esse “merecimento”.

O assistente social, em seu cotidiano de trabalho, é frequentemente confrontado com situações em que é convidado a pressionar o sistema público para

obrigá-lo à garantia de direitos considerados fundamentais, como é o caso da vida e saúde. Sobre isso, três elementos foram destacados no trabalho.

O primeiro refere-se ao fato de, no cotidiano de trabalho, os assistentes sociais lidarem com as falhas postas pelo sistema de saúde, expressas em dificuldades de acesso, informação sem qualidade, aparente descaso do poder público quanto ao seu direito de cidadania. O segundo é referente à imagem da profissão na Instituição, sobretudo àquela imagem de profissional que “faz tudo”. O outro ponto que não pode deixar de ser mencionado é sobre a confirmação do compromisso profissional das pesquisadas, as quais, mesmo inseridas numa conjuntura em que se evidenciam as fragilidades do sistema de saúde, mantêm-se compromissadas com a sua população usuária, conectando sempre as demandas que lhes são postas.

Não se pode deixar de mencionar que estamos diante de um grupo de profissionais formado por mulheres, casadas, mães, jovens, com poucos anos de formação profissional, com pouca qualificação após a graduação (não necessariamente por escolha, mas por ausência de oferta no mercado acadêmico), atuantes numa das regiões mais empobrecidas do país (Nordeste), onde a cultura do clientelismo e do assistencialismo ainda é forte e reproduzida na dinâmica das relações e instituições.

A partir das compreensões possíveis com o estudo, tomei consciência acerca da complexidade e dificuldades vivenciadas nos campos de atuação profissional dos assistentes sociais (em especial a saúde hospitalar). No que se refere à concretização do seu produto final de trabalho, necessita-se de uma Política Pública de Saúde eficaz e que atinja às necessidades do público-alvo e demandas dos cidadãos. Como essa lógica em geral não ocorre, preciso reafirmar o reconhecimento da dedicação e compromisso ético-político e profissional com o fazer profissional pelos assistentes sociais, sobretudo não podermos vincular a não concretude de direitos de cidadania ao fazer profissional do assistente social na saúde.

Finalizando o trabalho, cabe dizer que o que apresentei aqui foi fruto de uma primeira aproximação em relação ao material empírico produzido na investigação, o qual não se esgota nas discussões apresentadas. Do mesmo modo, tratou-se da investigação de um tema que recebe ainda pouca atenção no interior da literatura profissional, sobretudo no quesito “cotidiano”. Sobre essa última questão,

especialmente dentro da literatura marxista, as referências são poucas, apesar de profundas e instigantes. Acredito que meu estudo tenha, nesse sentido, trazido alguns elementos mais concretos para a reflexão sobre temas como processo de trabalho e Serviço Social e, mais especificamente, é claro, sobre a questão das demandas e produtos. Acerca do material empírico, uma das questões que poderão ser tratadas no futuro é a dos instrumentos e técnicas utilizadas pelos profissionais e seu vínculo com a demanda e a construção de produtos.

Cabe ainda sugerir possíveis ações estratégicas intra e inter-categoria profissional, seja pelo Conjunto CFESS-CRESS, seja realizado pela própria categoria em seus espaços sócio ocupacionais, sendo cabível criar ações de socialização, apresentação, reforço da imagem profissional, acerca das suas atribuições, direitos, deveres, sempre como forma de fortalecer a imagem social da categoria nela e para ela.

Existe ainda a necessidade de salientar a necessidade de revisão do “fazer profissional” junto aos seus empregadores, equipes multiprofissionais, demais equipes de apoio técnico, frente aos usuários e seus familiares, sobre o “papel do serviço social” enquanto profissional social e técnico, inserido nesse espaço de atuação, de forma a ser demarcado nossa frente de trabalho, distanciando-nos de atividades meramente burocráticas, como por exemplo, registros de queixas, cabíveis à ouvidoria da Instituição ou até mesmo da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

É notório, embora não documentado e ainda não respondendo à real demanda, a militância diária realizada pelo CRESS BA no que tange à fiscalização da ação profissional do assistente social, não somente na saúde, mas em outros espaços de atuação profissional.

Enfim, somo-me, com esse esforço, o qual pretendo aprofundar e desenvolver, a uma parcela da categoria que compreende a importância de, na contemporaneidade, o Serviço Social voltar-se para si novamente. Não no sentido da endogenia, historicamente superada, mas de, com base no grande acúmulo teórico produzido pela categoria nos últimos 30 anos e que nos permitiu historicizar a profissão e compreender seu papel no interior das relações sociais, tentar fornecer elementos que possam dar um trato teórico sério à dimensão do trabalho profissional, considerando a importante e clássica relação entre o trabalhador e os produtos de seu trabalho.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <[http://www.cressrs.org.br/docs/Lei\\_de\\_Diretrizes\\_Curriculares.pdf](http://www.cressrs.org.br/docs/Lei_de_Diretrizes_Curriculares.pdf)>. Acesso em: 09 jul.2013 às 20h.

ALVES, José Eustáquio Diniz. et al. **A Família DINC no Brasil**: algumas características sócio-demográficas. Rio de Janeiro: IBGE. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2010. 34p. Disponível em: <[http://www.ence.ibge.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?uuid=0e7dab2c-3595-4e18-b2ec-62f342157f5a&groupId=37690208](http://www.ence.ibge.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=0e7dab2c-3595-4e18-b2ec-62f342157f5a&groupId=37690208)>. Acesso em: 10 jul.2013 às 22h.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, UNICAMP, 2003.

\_\_\_\_\_. **O trabalho e seus sentidos**. Disponível em: <<http://www.itcp.usp.br/drupal/files/itcp.usp.br/ANTUNES%20TRAB%20SENTIDOS%20LUIZINHO.pdf>>. Acesso em: 01 jun.2012 às 22h.

\_\_\_\_\_. **Os Sentidos do Trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

\_\_\_\_\_. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? **Serv. Soc. Soc.** [online]. 2011, n.107, pp.405-419. ISSN 0101-6628.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Conselho Federal de Serviço Social. As entidades do Serviço Social Brasileiro na defesa da formação profissional e do projeto ético-político. **Serv. Soc. Soc.** [online]. 2011, n.108, pp.785-802. ISSN 0101-6628. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n108/a13n108.pdf>>. Acesso em: 09 jul.2013 às 22h.

BAHIA, Ligia. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010 Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>>. Acesso em: 20 set.2013 às 20h.

BAPTISTA, Myrian Veras; BATTINI, Odária. **A prática profissional do Assistente social** – teoria, ação, construção do conhecimento. São Paulo: Veras, 2009.

BEHRING, Elaine R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BONI, Valdete; QUARESMA, Silva Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. v. 2, n. 1 (3), jan/jul 2005, p.68-80. Disponível em: <[http://www.emtese.ufsc.br/3\\_art5.pdf](http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf)>. Acesso em: 10 out.2009 às 22h.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)> Acesso em: 09 out.2013 às 16h.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

\_\_\_\_\_. **A construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Ministério da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf)>. Acesso em: 03 mar.2012 às 16h20.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069/90. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 20 jun.2013 às 18h.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A declaração de óbito**: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. 3.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Uma Análise da situação de saúde**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. O SUS no seu município. Garantindo saúde para todos. 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sus.pdf)>. Acesso em: 20 jul.2013 às 15h.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNS 196/96**. Brasília, DF. Conselho Nacional de Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dar outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)>. Acesso em: 05 abr.2011 às 22h.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[www.portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfmid-area=136](http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfmid-area=136)>. Acesso em: 29 abr.2011 às 22h.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080/90**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142**, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional, [S. l.], 2007.

BURIOLOLA, Marta. A. Feiten. **Supervisão em Serviço Social**. O Supervisor, sua relação e seus papéis. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CASTELL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 5.ed. Petrópolis, RJ. Vozes. 2005.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CFESS, Serviço Social – **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. 2012. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 22 jun.2013 às 12h55.

\_\_\_\_\_. **O Estudo Social em perícias, laudos e pareceres técnicos**. 7.ed. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Aprovado em 15 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS n.º 290/94 e 293/94. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_1993.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf)>. Acesso em: 10 jul.2013 às 22h.

CFM. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmsc/manual/parte3b.htm>>. Acesso em: 10 jul.2013 às 22h.

CORREA, Maria Valéria Costa. Controle social na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

CRESS/RS. Disponível em: <[http://www.cressrs.org.br/arquivos/documentos/%7B3412879E-C2CC-4367-9339-847E62E3E82E%7D\\_parametros\\_saude.pdf](http://www.cressrs.org.br/arquivos/documentos/%7B3412879E-C2CC-4367-9339-847E62E3E82E%7D_parametros_saude.pdf)>. Acesso em: 10 jul.2013 às 22h.

FREIRE, Lúcia Maria. **O Serviço Social na Reestruturação Produtiva: Espaços, Programas e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

GIL, Antônio Carlos, **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

HAGUETTE, T. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2005.

HOLZMANN, L.; PICCININI, V. Flexibilização. In: CATTANI, A. D.; HOZMANN, L. **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

INTERTEMAS. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1826/1734>>. Acesso em: 10 jul.2013 às 22h.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. A Centralidade Ontológica do Trabalho em Lukács. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.52, p.7-23, 1996.

\_\_\_\_\_. **Introdução à Filosofia de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

LEWGOY, Alzira M<sup>a</sup> Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Revista Virtual Textos & Contextos**. N<sup>o</sup> 8, ano VI, dez. 2007.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, vol.45, n.3, p.590-598. Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2403.pdf>>. Acesso em: 20 jul.2013 às 22h.

MAGALHÃES, Selma Marques. **Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres**. 2.ed. SP: Veras, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia \_\_\_\_\_. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serv. Soc. Soc.**[online]. 2011, n.107, pp.497-508. ISSN 0101-6628.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social: Identidade e Alienação**. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Qualitativa: Um Instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARX, Karl. **O Capital**. V.I. São Paulo: Abril Cultural. (1983, Tomo I, 1985, Tomo II).

\_\_\_\_\_; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

MÉTODOS Qualitativos de Pesquisa. Disponível em: <[http://www.emv.fmb.unesp.br/publicacoes/enfermagem/pesquisa\\_qualitativa\\_2008.pdf](http://www.emv.fmb.unesp.br/publicacoes/enfermagem/pesquisa_qualitativa_2008.pdf)>. Acesso em: 10 jul.2013 às 22h.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**. n.9, v.3, 1993, p.239-262.

MOTA, Ana Elizabeth. **A nova fábrica de consensos**. Ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social. São Paulo: Cortez, 1998.

OLIVEIRA, Tayanne Martins de. **A judicialização da saúde: atuação do Poder Judiciário para efetivação de garantia constitucional**. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19240/a-judicializacao-da-saude-atuacao-do-poder-judicial-rio-para-efetivacao-de-garantia-constitucional>>. Acesso em: 10 jul.2013 às 17h.

PAIM, Jairnilson Silva et al. Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. In: Saúde em Debate. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 29, n. 70. Rio de Janeiro: CEBES, 2005.

\_\_\_\_\_. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. A Reforma Sanitária como um Fenômeno Sócio-Histórico. In: **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica**. Salvador / Rio de Janeiro: Edufba / Fiocruz, 2008, p.35-48.

PARÂMETROS para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília: 2010. <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuação\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuação_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 13 jul.2013 às 19h.

POLES, Kátia; BOUSSO, Regina Szyllit. **Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI Pediátrica**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em: 22 jun.2013 às 12h48.

RAICHELIS, Raquel. **Gestão pública e a questão social na grande cidade**. Lua Nova, São Paulo, v. 69, p.13-48, 2006.

RIBEIRO, Lúcia. Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1989, vol.5, n.3, pp.264-275. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v5n3/03.pdf>>. Acesso em: 04 mar.2012 às 15h.



ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. **Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória.** 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/alea/v7n2/a10v7n2.pdf>>. Acesso em: 03 maio.2010 às 9h.

RODRIGUES, Maria Lucia (Org.). **Ações e interlocuções – estudos sobre a prática profissional do assistente social.** 2.ed. São Paulo: Veras, 2003.

RODRIGUES, Willian Costa. **Metodologia Científica.** FAETEC/IST: Paracambi, 2007. 20p. Disponível em: <<http://www.scribd.com/jes7>>. Acesso em: 01 nov.2009 às 22h.

SILVA, Pedro Henrique Carinhato e. Neoliberalismo e Saúde Pública: Uma difícil equação. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 7, n. 2, p.140-154, 2007. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/ric/article/viewFile/158/145>>. Acesso em: 03 mar.2012 às 16h.

SOUZA, Fátima de Oliveira. **As Particularidades do Trabalho do Serviço Social em Empresas Privadas.** Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1826/1734>>. Acesso em: 10 jul.2013 às 22h.

SOUZA, Jacqueline de. **Análise Documental e Observação Participante na pesquisa em saúde mental.** Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&sqj=2&ved=0CDoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.portalseer.ufba.br%2Findex.php%2Fenfermagem%2Farticle%2Fdownload%2F5252%2F4469&ei=MgGJUaCQJJD19gTg9YHYDQ&usq=AFQjCNF81VMM1IObFV CHbcNtC50R2tWg&bvm=bv.45960087,d.eWU>>. Acesso em: 10 jul.2013 às 22h.

TELLES, Vera da Silva. **A “nova questão social” brasileira.** Praga (Estudos Marxistas). São Paulo: Hucitec, n.6, setembro de 1998.

VANDRÉ, Geraldo. **Pra não dizer que não falei das flores.** Composta em 1968. Disponível em: <<http://letras.mus.br/geraldo-vandre/46168/>>. Acesso em: 10 jul.2013 às 22h.

VASCONCELLOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

YASBECK, Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: **Serviço Social – Direitos Sociais e Competências Profissionais.** CFESS. Brasília, 2009.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO A SER APLICADO COM AS ASSISTENTES SOCIAIS

TÍTULO: “O Serviço Social na Saúde Privada: Quem determina suas demandas e o que se produz nesse espaço sócio-ocupacional?”

### 1. Identificação

Área/Setor/Unidade de atuação: ( ) HSA ( ) HC ( ) CMSALP

Idade: ( ) 18 anos à 25 anos ( ) 25 anos à 30 anos ( ) 30 anos à 35 anos ( ) acima de 35 anos

Cor auto-declarada: ( ) preta ( ) parda ( ) branca

### 2. Dados sócio-econômicos

#### 2.1. Estado civil:

( ) solteira ( ) casada ( ) viúva ( ) união estável ( ) divorciada ( ) outra. Qual? \_\_\_\_\_

#### 2.2. Possui Filhos?

( ) sim ( ) não

Se sim: Número de filhos:

( ) 01 filho ( ) 02 filhos ( ) acima de 03 filhos. Quantos? \_\_\_\_\_

#### 2.3. Idade dos filhos

( ) Até 05 anos

( ) de 06 a 11 anos

( ) de 12 a 17 anos

( ) de 18 a 23 anos

( ) mais de 24 anos

#### 2.4. Composição do domicílio:

( ) unipessoal;

( ) esposa e cônjuge;

( ) esposa, cônjuge e filhos;

( ) esposa, conjuge e pis/sogros;

( ) esposa, cônjuge, filhos e pais/sogros;

( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

#### 2.5. Responsável pelo domicílio:

( ) A entrevistada

( ) Cônjuge

( ) Terceiros. Quem? \_\_\_\_\_

#### 2.6. Renda mensal domiciliar

( ) entre 1 e 2 salários mínimos

( ) entre 2 e 3 salários mínimos

( ) entre 3 a 4 salários mínimos

( ) entre 4 e 5 salários mínimos

( ) mais de 5 salários mínimos

## 2.7. Dados sobre a formação acadêmica

Unidade de formação (IES – Instituição de Ensino Superior): \_\_\_\_\_

## 2.8. Ano de formação acadêmica:

- até 1994  
 1995 à 2000  
 2000 à 2005  
 2005 à 2010  
 a partir de 2010. Qual ano? \_\_\_\_\_

## 2.9. Maior titulação:

- Graduação em Serviço Social  
 Especialização Latu Sensu. Qual? \_\_\_\_\_  
 Mestrado. Qual? \_\_\_\_\_  
 Doutorado. Qual? \_\_\_\_\_  
 Pós – Doutorado. Qual? \_\_\_\_\_

2.10. Unidade de formação dessa titulação (2.9): \_\_\_\_\_

## 2.11. Ano de conclusão dessa titulação (2.9):

- Até 1994  
 1995 à 2000  
 2000 à 2005  
 2005 à 2010  
 a partir de 2010

## 3. Dados profissionais

## 3.1. Tempo de atuação profissional nessa instituição (acho que cabem mais opções)

- > 01 ano  
 01 ano – 03 anos  
 04 anos – 06 anos  
 06 anos – 08 anos  
 08 anos – 10 anos  
 < 10 anos

## 3.2. Remuneração:

- até 02 SM  
 02 SM à 04 SM  
 04 SM à 06 SM  
 06 SM à 08 SM  
 acima de 08 SM

## 3.3. Jornada de trabalho:

- 30h/semanais. Desde quando? \_\_\_\_\_  
 40h/semanais  
 44h/semanais  
 Outra jornada. Qual? \_\_\_\_\_



















**APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA A SER APLICADA COM AS ASSISTENTES SOCIAIS**

1. Por que você escolheu o Serviço Social como profissão?
2. Como você define a profissão?
3. Fale de sua trajetória profissional até chegar a esse trabalho.
4. A formação em Serviço Social contribuiu para o seu trabalho hoje?
5. O que você pensa do trabalho do Serviço Social na área da saúde?
6. Como é o seu cotidiano de trabalho?
7. Que princípios éticos do Serviço Social são vivenciados cotidianamente por você no atendimento aos usuários?
8. Que princípios e normas postos pela política de saúde e/ou pela instituição afetam o seu trabalho? Como isso se dá?

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Conf. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Título do Projeto: O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE HOSPITALAR: QUEM DETERMINA SUAS DEMANDAS E O QUE SE PRODUZ NESSE ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL?**

Pesquisadora Responsável: Mestranda Adriana Assis Santos

Telefone para contato: (0XX71) 88733775 ou 91043192

E- mail: aas\_asbs@yahoo.com.br

Pesquisadoras participantes: Orientadora da Pesquisa Profa. Dra. Josimara Delgado

Telefone para contato: (0XX71) 8826-9555

E-mail: josimaradelgado@gmail.com

Essa pesquisa tem como objetivo geral Analisar o processo de trabalho dos assistentes sociais na “Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos” na Saúde (Hospital Santo Antônio), suas demandas, demandantes e seu produto final nesse espaço de trabalho sócio-ocupacional. O presente estudo contribuirá para compreensão acerca do trabalho da assistente social em Salvador, traçando o perfil dessas profissionais, descrevendo as demandas postas, conhecendo as respostas profissionais desenvolvidas nesses espaços sócio-ocupacionais, identificando os instrumentos, meios e técnicas utilizados, bem como a fundamentação teórico-metodológica utilizada e seu produto final. A pesquisa consiste primeiramente na aplicação de questionário contendo informações que contribuam para a construção do perfil das assistentes sociais atuantes nas Unidades de Saúde Pré-selecionadas e questões que ajudem a atingir os objetivos acima apresentados. Num segundo momento, serão selecionadas 50% das assistentes sociais que aceitaram participar voluntariamente com a pesquisa, para a aplicação de entrevista individual, visando obter dados qualitativos para o estudo.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo para você.

A sua participação é voluntária, sigilosa e não afetará a sua relação com a instituição. Em nenhum momento haverá a possibilidade de divulgação do seu nome. Suas respostas serão mantidas em sigilo e as informações obtidas serão utilizadas somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Você poderá solicitar outros esclarecimentos a respeito da pesquisa a qualquer tempo, podendo desistir em qualquer fase da pesquisa se assim considerar necessário.

---

Pesquisadora Responsável – Adriana Assis Santos

### Consentimento pós-informação

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, expedida pelo órgão \_\_\_\_\_, me considero devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Adriana Assis Santos sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida e expresse meu consentimento para a inclusão como participante da pesquisa. Foi-me garantido que minha participação é isenta de despesas e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou minha exposição com a instituição.

Salvador, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

---

Assinatura da Participante

## ANEXO

### **Pra Não Dizer Que Não Falei Das Flores**

(Geraldo Vandré)

Caminhando e cantando e seguindo a canção  
Somos todos iguais braços dados ou não  
Nas escolas nas ruas, campos, construções  
Caminhando e cantando e seguindo a canção

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,  
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,  
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer

Pelos campos há fome em grandes plantações  
Pelas ruas marchando indecisos cordões  
Ainda fazem da flor seu mais forte refrão  
E acreditam nas flores vencendo o canhão

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,  
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,  
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.

Há soldados armados, amados ou não  
Quase todos perdidos de armas na mão  
Nos quartéis lhes ensinam uma antiga lição  
De morrer pela pátria e viver sem razão

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,  
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,  
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.

Nas escolas, nas ruas, campos, construções  
Somos todos soldados, armados ou não  
Caminhando e cantando e seguindo a canção  
Somos todos iguais braços dados ou não  
Os amores na mente, as flores no chão  
A certeza na frente, a história na mão  
Caminhando e cantando e seguindo a canção  
Aprendendo e ensinando uma nova lição

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,  
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.

Vem, vamos embora, que esperar não é saber,  
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer.