

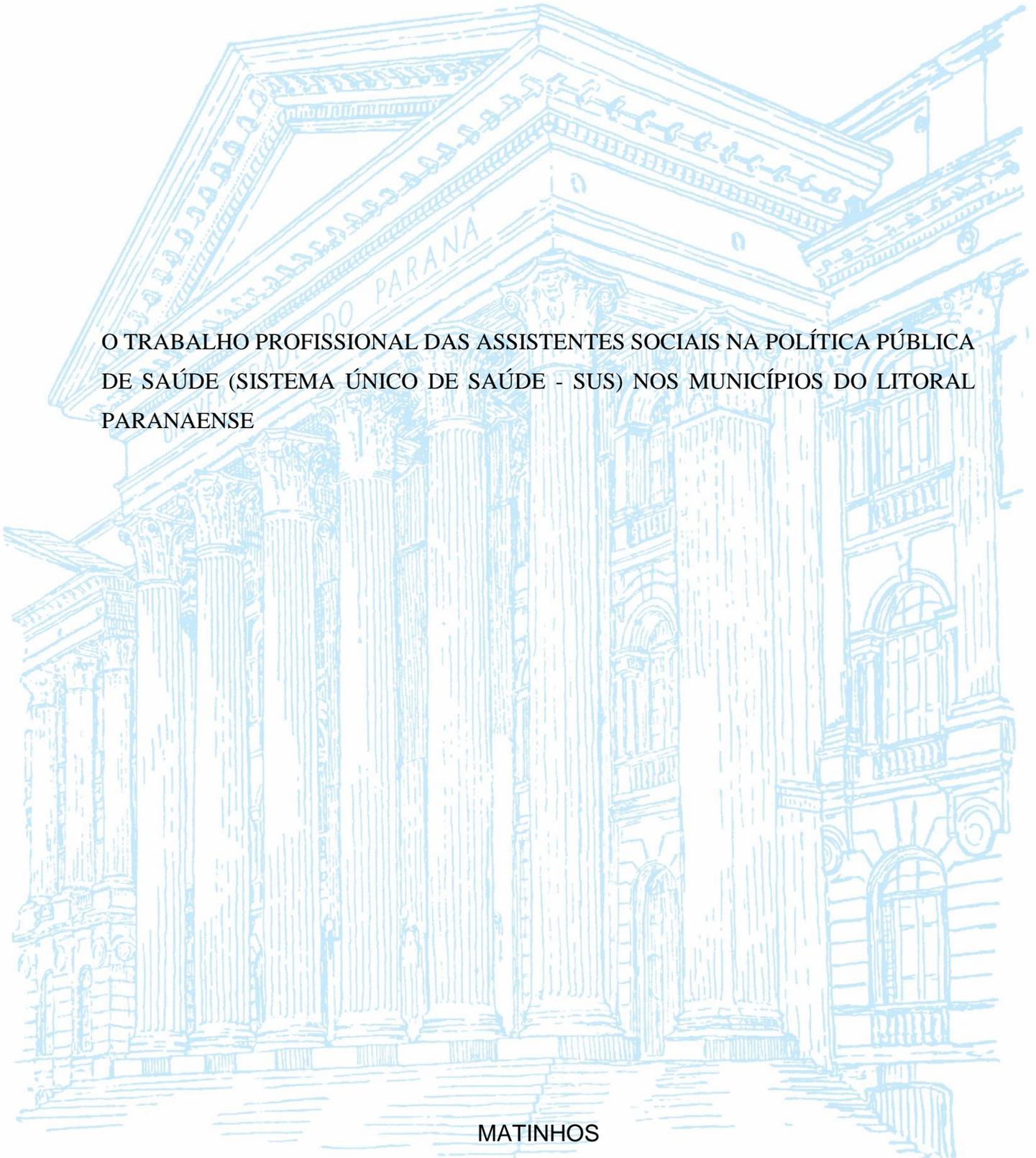
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANO DE SOUSA BAGATIN

O TRABALHO PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA PÚBLICA  
DE SAÚDE (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS) NOS MUNICÍPIOS DO LITORAL  
PARANAENSE

MATINHOS

2023



O TRABALHO PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA PÚBLICA  
DE SAÚDE (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS) NOS MUNICÍPIOS DO LITORAL  
PARANAENSE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social, Setor Litoral, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientada: Profa. Dra. Silvana Marta Tumelero.

MATINHOS

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
COORDENAÇÃO DA CÂMARA CURSO DE SERVIÇO SOCIAL  
Rua Jaguariaíva, 512, - - Bairro Caioba, Matinhos/PR, CEP 83260-00  
Telefone: 3360-5000 - <http://www.ufpr.br/>

Despacho nº 23/2023/UFPR/R/LT/CCCSS

Processo nº 23075.011571/2023-04

## PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 02 (dois) dias do mês de março de 2023, os membros da Banca Examinadora realizaram a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de JULIANO DE SOUSA BAGATIN, sob o título "O TRABALHO PROFISSIONAL DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS) NOS MUNICÍPIOS DO LITORAL PARANAENSE" como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante sido **APROVADO** com conceito **APL**.



Documento assinado eletronicamente por **SILVANA MARTA TUMELERO, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 02/03/2023, às 19:57, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **ADRIANA LUCINDA DE OLIVEIRA, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 02/03/2023, às 20:10, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANA PAVOWSKI FRANCO SILVESTRE, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 06/03/2023, às 20:45, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida [aqui](#) informando o código verificador **5341236** e o código CRC **6E1D31FE**.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família, Ivanilda (mãe), Edmilson (pai) e Thiago (irmão), por me apoiarem nas minhas mais doidas loucuras, e sem os quais eu não teria cursado uma segunda graduação. Estendo este agradecimento a minha companheira, Raísa, por ter me acompanhado no processo de escrita do TCC.

Agradeço a minha mediadora Professora Dra. Silvana Marta Tumelero, pelas orientações, sugestões, indicações de leituras e conselhos para o futuro profissional e acadêmico.

Agradeço a todas as professoras e a todos os professores da Câmara do Curso de Serviço Social, as quais foram fundamentais em minha formação e das quais sentirei saudades.

Aproveito, também, para agradecer aos professores e colegas que participaram comigo do PET-Litoral Social (2018-2019) e do Programa de Extensão Conselho da Comunidade (2020-2022).

Não poderia deixar de agradecer a todas as assistentes sociais do litoral paranaense, em especial, as que gentilmente concederam entrevistas para a realização deste TCC.

Aos amigos e colegas da turma de Serviço Social 2018 da UFPR, em especial, à Thais, Vilma e Luana, por fazerem parte da minha trajetória acadêmica e pelas trocas afetivas de amizade.

Agradeço, por fim, a todas as pessoas envolvidas neste processo, que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão da graduação.

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) apresenta o resultado da pesquisa e reflexões a respeito do trabalho profissional das assistentes sociais vinculadas à política pública de saúde (Sistema Único de Saúde - SUS) nos sete municípios do litoral paranaense. Considerando que a realidade social está em constante movimento, portanto, é dinâmica e permeada por disputas de poder entre diferentes projetos que incorrem em avanços e retrocessos em relação a uma sociedade mais justa, parece fundamental refletir sobre o trabalho profissional de uma categoria que adota para si um referencial teórico crítico e possui um projeto transformador da sociedade, levando em conta como este projeto se realiza através do trabalho das assistentes sociais inseridas na política pública de saúde e constatando as possibilidades e limites que a realidade impõem à prática profissional. Especificamente, este TCC teve por objetivo, identificar os espaços socio-ocupacionais ocupados por assistentes sociais na política pública de saúde; Identificar o perfil profissional dessas assistentes sociais e compreender o trabalho profissional diante das condicionantes estruturais e institucionais da realidade em que estão inseridas. Para atingir os objetivos delimitados no projeto de pesquisa, nos inspiramos no método marxista de investigação, sendo assim, partimos do que há de mais concreto em nosso objeto de pesquisa, o trabalho profissional, para aos poucos ir desvelando as determinações estruturais e circunstanciais, fundamentando-nos no desenvolvimento histórico, e retornando novamente para nosso objeto central, que é o trabalho profissional das assistentes sociais vinculadas à política pública de saúde. Além da categoria teórica “trabalho”, lançamos mão da categoria “cotidiano”. Para capturar o trabalho profissional entrevistamos 18 assistentes sociais vinculadas à política pública de saúde (SUS) nos municípios do litoral paranaense. Como resultado, pudemos perceber algumas das formas como o processo de trabalho das assistentes sociais na política pública de saúde é regido pelas determinações estruturais do capitalismo e circunstanciais (do cotidiano). Ou seja, o Serviço Social é resultado, enquanto área profissional, da necessidade de resposta das classes dominantes às expressões da questão social. As profissionais são da classe trabalhadora, precisam vender sua força de trabalho e estão submetidas aos mandos e desmandos do capital, o qual mantém a hegemonia sobre a estrutura política, a organização das políticas públicas e centralmente a disputa do fundo público. As determinações do cotidiano, também incidem sobre a prática profissional de tal maneira que torna difícil trilhar caminhos alternativos aos estabelecidos pelas instituições. Isto, porque as instituições estão permeadas por relações de poder que geralmente não favorecem uma atuação profissional livre e progressista, ou que questione os empecilhos postos pela burocracia institucional para atender as demandas dos usuários. A falta de recursos na maioria dos municípios do litoral e até mesmo a ausência de uma gestão focada em projetos de médio e longo prazo, são outros elementos que pesam sobre o cotidiano e restringem a atuação profissional.

**Palavras-chave:** Política Pública de Saúde. Trabalho Profissional. Cotidiano. Estratégia. Litoral do Paraná. Assistente Social.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DIVISÃO POR MACRORREGIÕES DE SAÚDE .....	28
FIGURA 2 - REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ .....	29
FIGURA 3 - MUNICÍPIOS ABRANGIDOS PELA 1º REGIONAL DE SAÚDE .....	31

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - GRUPOS ETÁRIOS.....	40
GRÁFICO 2 - PERTENÇA ÉTICO-RACIAL (AUTODECLARADA) .....	41
GRÁFICO 3 - IDENTIDADE DE GÊNERO.....	43
GRÁFICO 4 - RENDIMENTO DE TODOS OS VÍNCULOS COMO ASSISTENTE SOCIAL.....	45
GRÁFICO 5 - VÍNCULO EMPREGATÍCIO.....	47
GRÁFICO 6 - INSTITUIÇÃO DE GRADUAÇÃO .....	47
GRÁFICO 7 - ANO DE GRADUAÇÃO .....	49
GRÁFICO 8 - PÓS-GRADUAÇÃO .....	50

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ANO DE GRADUAÇÃO POR INSTITUIÇÃO .....	48
---------------------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS NO CADÚNICO POR RENDA PER CAPITA.....	30
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS POR MUNICÍPIO .....	32
TABELA 3 - PROFISSIONAIS DA SAÚDE POR MUNICÍPIO .....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABEPSS	- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	- Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social
APAE	- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	- Benefício de Prestação Continuada
CAF	- Centro de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	- Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CBISS	- Centro Brasileiro Intercâmbio de Serviços Sociais
CFESS	- Conselho Federal de Serviço Social
CISLIPA	- Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná
CNE	- Conselho Nacional de Educação
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GRESS	- Conselho Regional de Serviço Social
DIEESE	- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
ESS/SP	- Escola de Serviço Social de São Paulo
FASP	- Fundação de Assistência à Saúde de Paranaguá
HEMEPAR	- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná
HRL	- Hospital Regional do Litoral
IAP	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
ISS/SP	- Instituto de Serviço Social de São Paulo
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
NOAS	- Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	- Normas Operacionais Básicas
OMS	- Organização Mundial da Saúde
POP	- Protocolo de Procedimentos Operacionais Padrão
PROUNI	- Programa Universidade Para Todos
PSF	- Programa Saúde da Família

RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
REUNI	- Programa de Restruturação e Expansão das Universidades Federais
SAMU	- Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCC	- Trabalho de Conclusão de Curso
TIC	- Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA .....	19
1.2 QUESTÕES DE PESQUISA .....	19
1.3 METODOLOGIA.....	19
1.4 CARACTERIZAÇÃO DA 1º REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ .....	25
1.5 CARACTERIZAÇÃO DOS ESPAÇOS SOCIO-OCUPACIONAIS .....	36
1.6 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS PROFISSIONAIS .....	39
<b>2 TRABALHO E CAPITALISMO</b> .....	<b>51</b>
2.1 O TRABALHO COMO CATEGORIA ONTOLÓGICA .....	51
2.2 O TRABALHO E O DESENVOLVIMENTO CAPITALISTA.....	53
2.3 NEOLIBERALISMO NO BRASIL.....	67
<b>3 POLÍTICA DE SAÚDE COMO ESPAÇO SOCIO-OCUPACIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS</b> .....	<b>74</b>
3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	74
3.2 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE .....	80
3.3 REFORMA SANITÁRIA E O SERVIÇO SOCIAL .....	82
<b>4 O DIA A DIA NAS INSTITUIÇÕES E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE</b> .....	<b>86</b>
4.1 O COTIDIANO E AS ESTRATÉGIAS DO SERVIÇO SOCIAL .....	86
4.2 O TRABALHO PROFISSIONAL NO COTIDANO.....	96
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>107</b>
<b>ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>115</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) apresenta o resultado da pesquisa e reflexões a respeito do trabalho profissional das assistentes sociais<sup>1</sup> vinculadas à política pública de saúde (Sistema Único de Saúde - SUS) nos sete municípios do litoral paranaense<sup>2</sup>.

Compreender o trabalho profissional de assistentes sociais é um tema caro à categoria, principalmente a partir do Movimento de Reconceituação em sua perspectiva da intenção de ruptura com os referenciais teórico-metodológicos de cariz positivista. Esta perspectiva buscou (e ainda busca) romper com o serviço social tradicional<sup>3</sup> e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais ao propor uma nova teoria, novos procedimentos metodológicos e ideológicos (NETTO, 2005). Ela é caracterizada pela formação de uma massa crítica de assistentes sociais que se puseram a procurar alternativas para a superação da prática do serviço social tradicional e também pela adoção da teoria marxista, a qual ambiciona a transformação da sociedade. Tal movimento logrou significativas mudanças na formação acadêmica e no exercício profissional de assistentes sociais, e culminou em três documentos que sintetizam o Projeto Ético-Político, são eles: a Lei de Regulamentação da Profissão (1993), o Código de Ética (1993) e as Diretrizes Curriculares da ABESS/ABEPSS (1996).

Considerando que a realidade social está em constante movimento, portanto, é dinâmica e permeada por disputas de poder entre diferentes projetos que incorrem em avanços e retrocessos em relação a uma sociedade mais justa, parece

---

<sup>1</sup> Optou-se neste trabalho pelo uso do gênero gramatical feminino para nos referirmos ao conjunto de assistentes sociais. Cientes de que na linguagem formal é adotado o gênero masculino como marcador de neutralidade, consideramos que nossa escolha reflete um posicionamento político, ao darmos ênfase ao gênero feminino evidenciando a composição da categoria profissional e o desenvolvimento histórico da profissão em nosso país. Dados do “Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: Formação, Condições de Trabalho e Exercício Profissional (2022)” apontam que aproximadamente 92% de integrantes da categoria são mulheres. Para maiores informações sobre o tema consulte esta publicação disponível no site do Conselho Federal de Serviço Social (<http://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>).

<sup>2</sup> Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaçuá e Pontal do Paraná.

<sup>3</sup> Entende-se por “serviço social tradicional” aquela de matriz fundada no humanismo cristão, possuindo referenciais epistemológicos positivistas e que no Serviço Social se materializaram pela influência do estrutural funcionalismo norte-americano. José Paulo Netto (2005a) define da seguinte forma: “prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada, orientada por uma ética liberal-burguesa, que, de um ponto de vista claramente funcionalista, visava enfrentar as incidências psicossociais da questão social sobre os indivíduos e grupos, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida social como um dado factual ineliminável” (NETTO, 2005, p. 06).

fundamental refletir sobre o trabalho profissional de uma categoria que adota para si um referencial teórico crítico e possui um projeto transformador da sociedade, levando em conta como este projeto se realiza através do trabalho das assistentes sociais inseridas na política pública de saúde e constatando as possibilidades e limites que a realidade impõem à prática profissional.

Não é possível tratar sobre o trabalho profissional sem considerar o contexto sócio-histórico, os elementos mediadores que materializam este contexto e permitem sua reprodução, e os condicionantes da realidade imediata postas às profissionais. Afinal, como já alertou Karl Marx em seu livro *O 18 Brumário de Luís Bonaparte*:

Os homens fazem a sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles quem escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram. A tradição de todas as gerações passadas é como um pesadelo que comprime o cérebro dos vivos. (MARX, 2011, p. 25).

Sendo assim, conforme enfatizado por sociólogos, filósofos, antropólogos e demais pensadores sociais, é necessário considerar que nossa sociedade está alicerçada na desigualdade e discriminação de raça, gênero e classe (ALMEIDA, 2020; DAVIS, 2016; FERNANDES, 2007; GONZALES, 2020). Estes marcadores impregnam todas as dimensões da vida social condicionando significativamente o trabalho profissional, seja na composição do perfil socioeconômico da categoria profissional ou seja pelo perfil dos usuários atendidos por estas profissionais nas diferentes políticas públicas.

Nos últimos trinta e três anos (intervalo pós-consolidação da redemocratização com as eleições diretas para presidente) o Brasil tem apresentado períodos intermitentes de instabilidade econômica, política e social. A única ressalva são os oito anos do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (de 2003 a 2010, seus dois primeiros mandatos), nos quais houve a valorização de políticas de cunho social, mesmo mantendo a orientação neoliberal e favorecendo abertamente o grande capital<sup>4</sup>. Apesar de facilmente constatarmos uma piora nas condições de vida dos

---

<sup>4</sup> O jornalismo da Globo (G1) em 2006 anunciava o extraordinário lucro das empresas: “Lucro das grandes empresas cresceu 349% no governo Lula” (NAIME, 2006). A política conciliadora do Governo Lula só foi possível, entre outras coisas, devido a implantação de programas sociais focalizados que incorporou parcelas da população a um restrito acesso a bens de consumo, serviços e a renda, enquanto foram mantidas as taxas de acumulação. Assim preservando ou aumentando o lucro das grandes empresas. Esta dinâmica serviu para distender o conflito de classes ao mesmo tempo em

trabalhadores, no Brasil do ano de 2022, em essência, na estrutura do capitalismo, não há nada de novo na dinâmica em relação às décadas anteriores. Mas para aqueles que pouco possuem, os efeitos aparentes expressos nas condições de vida imediata pesam sobremaneira, principalmente nos mais pauperizados da classe trabalhadora. As manchetes diárias nos principais noticiários revelam a situação atual: “Número de pessoas em situação de pobreza no Brasil bate recorde, mostra pesquisa” (G1, 2022a); “Fome avança e deixa 33 milhões expostos a chaga que envergonha o Brasil” (TUROLLO, 2022), estima-se que trinta e três milhões de brasileiros passam fome todos os dias e mais da metade da população do país está em insegurança alimentar. São mais de 125 milhões que não têm comida garantida; “Desemprego recua para 9,3% em junho, mas número de informais é recorde, aponta IBGE” (SILVEIRA; NAIME, 2022), 40% dos trabalhadores do país são informais. O termo *trabalhador informal* é um neologismo para relações de trabalho precarizadas e sem acesso aos direitos trabalhistas. Na mesma tônica é utilizado o termo *empreendedor*, “Quase 90% dos empreendedores não têm funcionários e metade ganha só um salário mínimo” (Jornal de Brasília, 2022). Estes mesmos empreendedores na maioria das situações não recolhem corretamente sua contribuição social (INSS), incorrendo em velhice sem aposentadoria. Somado ao aumento da pobreza nos últimos anos e do desemprego formal temos ainda a inflação corroendo a renda daqueles que conseguem obter alguma remuneração: “Brasil tem 4ª maior inflação entre principais economias; veja ranking” (CASTELANI, 2022), comparação feita entre os países do G-20; “Alimentos da cesta básica sobem até 67% em 12 meses” (MOTTA, 2022). Os usuários que utilizam o serviço público de saúde também passam por dificuldades: “Hospitais e farmácias do Brasil registram falta de remédios” (G1, 2022b); “Secretários estaduais alertam para falta de médicos com fim de decreto da pandemia” (BRAGA, 2022); “Corte no Orçamento fica mais duro e deve afetar Saúde e Educação” (AUGUSTO, 2022), esta é a previsão para o orçamento da União para o ano de 2023; “Verba do programa Farmácia Popular cai a 33% do que era em 2018” (EXAME, 2022), na proposta do orçamento de 2023 a verba do programa foi reduzida de R\$ 2,04 bilhões em 2022 para R\$ 804 milhões, isto afetará diretamente a população de baixa renda e poderá impactar o SUS, uma vez que a população não terá acesso a

---

que assimilou representantes da classe trabalhadora ao modelo neoliberal e possibilitou a tolerância das elites com o governo de esquerda (MOLLER, 2013, p. 32).

medicamentos para tratar suas doenças crônicas incorrendo em complicações de saúde, na necessidade de atendimento de urgência e emergência, em internamentos e até mesmo levando à morte. Sobre este corte o Ministro da Saúde à época, Marcelo Queiroga culpou o orçamento secreto<sup>5</sup>. Como se não bastasse, ainda temos a pandemia de Covid-19 que vitimou aproximadamente 680 mil pessoas e continua levando a morte entorno de 200 pessoas por dia<sup>6</sup>, e uma instabilidade política gerada propositalmente pelo Ex-Presidente Bolsonaro, o qual adotou, desde o início do seu governo, a tática de testar os limites para ganhar visibilidade (chamada de *Troll*), além de promover a desinformação (negacionismo científico), em franco diálogo com o racismo, homofobia e machismo. E ao final do seu mandato empreendeu a tática de “terra arrasada” e tensionou para a ruptura da democracia caso perdesse a eleição<sup>7</sup>. Fato este, que foi posto em prática por seus correligionários no dia 08 de janeiro de 2023, contudo, o ataque contra à democracia fracassou antes que contingentes expressivos das forças armadas apoiassem abertamente o golpe. As recentes eleições presidenciais aumentaram a polarização política no país, mas não se trata apenas da polarização. Pois, quanto a isso, é recorrente na democracia burguesa a disputa de ideias e de discordâncias de opiniões. O problema é a associação da polarização política à violência, a perseguição de opositores, a crescente ausência de diálogo com os argumentos pautados em conhecimento científico sobre a realidade social e a disseminação de ódio que têm impellido parte da população a agredir àqueles reconhecidos como seus inimigos.

---

<sup>5</sup> O orçamento secreto é a institucionalização da compra de apoio parlamentar para os projetos do governo. Ele foi criado em 2019 e implementado em 2020, as chamadas *emendas de relator do Orçamento* ficaram conhecidas como “orçamento secreto” por permitirem que parlamentares destinem recursos que saem diretamente dos cofres da União sem que haja transparência para onde vai o dinheiro. Ao não especificar nomes, limites e o destino, o mecanismo facilita os casos de corrupção.

<sup>6</sup> Notícia do portal G1 do dia 18/08/2022. Disponível neste link:

<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2022/08/18/brasil-registra-202-novas-mortes-por-covid-media-movel-de-casos-completa-4-semanas-em-queda.ghtml>

<sup>7</sup> Em diferentes oportunidades Bolsonaro emitiu declarações com teor conspiracionista e golpista. Por exemplo, no dia 22/08/2022 em entrevista ao Jornal Nacional o Ex-Presidente diz, ao responder a um questionamento do apresentador William Bonner: “Serão respeitados os resultados das urnas desde que as eleições [sejam] limpas e transparentes. Como é que você diz que são auditáveis se em 2014 não aconteceu isso? Vamos botar um ponto final nisso?”. Esta afirmação condiz com o movimento de deslegitimação que ele e seus correligionários empreenderam em relação a confiabilidade da urna eletrônica e as eleições no país. Suas declarações com teor golpista e mensagens veladas de incentivo aos seus apoiadores, no mínimo, contribuíram para a ocorrência do ataque à democracia constitucional do Brasil no dia 08/01/2023.

É neste contexto que as assistentes sociais precisam lidar criticamente com um emaranhado de demandas urgentes, mediadas por um regramento legal, demandas institucionais e precarizações de todos os tipos, sem perder de vista a perspectiva de longo prazo. Dito de outra forma, é necessário que as profissionais tenham consciência de que não é possível resolver cabalmente as expressões da questão social sem a dissolução da sociedade baseada na exploração do homem pelo homem (VASCONCELOS, 2007, p. 21). E este parece ser o ponto crucial e de maior complexidade do fazer profissional posto no Projeto Ético-Político. Diante disto, temos a inevitável questão: Como aprofundar a democracia contribuindo para a autonomia e liberdade dos usuários em um contexto desfavorável? Obviamente não nos arriscamos em responder a esta pergunta. Mas ela serviu de estímulo para buscarmos compreender o trabalho profissional das assistentes sociais na realidade concreta dos municípios do litoral paranaense.

Especificamente, este TCC teve por objetivo, identificar os espaços socio-ocupacionais ocupados por assistentes sociais na política pública de saúde; Identificar o perfil profissional dessas assistentes sociais e compreender o trabalho profissional diante das condicionantes estruturais e institucionais da realidade em que estão inseridas.

Além da importância do debate para a categoria profissional, minha trajetória acadêmica em relação a temas ligados à saúde, figura como um segundo motivo para a realização deste TCC. Em minha primeira graduação, em Ciências Sociais, integrei por três anos o Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde (CNPq/UFPR), no qual participei de pesquisas, organizei eventos e compus mesa de debate. Entre seus benefícios pude conhecer diferentes perspectivas teóricas e, nos eventos, conhecer pesquisadores e temas de pesquisas das mais variadas universidades. Atualmente na condição de estudante de graduação em Serviço Social, realizei estágio na Secretaria Municipal de Saúde de Matinhos – PR, local onde cumpri o estágio obrigatório e prolonguei o vínculo, por determinado período, como estágio não obrigatório. Minha inserção neste espaço socio-ocupacional trouxe à tona uma série de questionamentos ao perceber alguns limites (mesmo que relativos) ao exercício profissional.

Para atingir os objetivos delimitados no projeto de pesquisa, nos inspiramos no método marxista de investigação, sendo assim, partimos do que há de mais concreto em nosso objeto de pesquisa, o trabalho profissional, para aos poucos ir

desvelando as determinações estruturais e circunstanciais, fundamentando-nos no desenvolvimento histórico, e retornando novamente para nosso objeto central, que é o trabalho profissional das assistentes sociais vinculadas à política pública de saúde. Além da categoria teórica *trabalho*, lançamos mão da categoria teórica *Cotidiano*.

Para capturar o trabalho profissional entrevistamos 18 assistentes sociais vinculadas à política pública de saúde (SUS) nos municípios do litoral paranaense: Antonina (2), Guaratuba (2), Matinhos (2), Paranaguá (11) e Pontal do Paraná (1). Destacamos que os municípios de Guaraqueçaba e Morretes não possuem assistentes sociais vinculadas à política de saúde, portanto, não atendem ao critério de inclusão na pesquisa. Nestes dois municípios são as profissionais vinculadas à política de assistência social que atendem às demandas específicas da saúde.

Apesar de centrar a análise no sujeito, não iremos considerá-lo atomisticamente. Pois, são integrantes de um conjunto social e se encontram interligados por meio de relações complexas que determinam seu ser social. O sujeito não está isolado ou é um ser independente que atua livremente em seu local de trabalho. Sendo assim, considerando o processo histórico e a categoria marxista de totalidade, buscamos atingir nossos objetivos através da análise crítica dos relatos obtidos na pesquisa.

Nos subitens a seguir apresentamos o problema, as questões e a metodologia de pesquisa, a caracterização da 1º Regional de Saúde do Paraná, dos espaços socio-ocupacionais e do perfil profissional. No capítulo dois, intitulado “Trabalho e capitalismo”, tecemos algumas considerações sobre a categoria trabalho, sobre o desenvolvimento capitalista e sobre o neoliberalismo, sempre tendo em vista a conjuntura atual do país. No capítulo subsequente, intitulado “Política de saúde como espaço socio-ocupacional de assistentes sociais”, são discutidos alguns aspectos da política de saúde no Brasil e é discutido a articulação, ou a falta dela, entre a reforma sanitária e o serviço social brasileiro. No quarto capítulo, intitulado “O dia a dia nas instituições e equipamentos de saúde”, tratamos sobre o conceito de cotidiano nos equipamentos e serviços de saúde, e sobre as estratégias adotadas pelas assistentes sociais para enfrentar as demandas imediatas e institucionais. Por fim, no quinto capítulo apresentamos nossas considerações finais retomando algumas ponderações feitas ao longo do trabalho.

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Como se configura o trabalho profissional de assistentes sociais vinculadas à política pública de saúde (SUS) nos sete municípios do litoral paranaense?

## 1.2 QUESTÕES DE PESQUISA

1. Quais são os espaços socio-ocupacionais e quantas são as/os profissionais que atuam na política pública de saúde nos sete municípios do litoral?
2. Qual o perfil profissional (formação acadêmica e profissional, participação em cursos de atualização e debates com a categoria profissional, e perfil socioeconômico) das/os assistentes sociais vinculadas aos espaços socio-ocupacionais identificados?
3. Quais são os projetos e programas em que atuam assistentes sociais na política pública de saúde?
4. Quais são as atribuições da assistente social na política pública de saúde (SUS)?
5. Quais estratégias são mobilizadas pelos assistentes sociais para atingir os objetivos de suas ações?

## 1.3 METODOLOGIA

Conforme sinalizado nas páginas anteriores, nos inspiramos no método marxista para analisar a trama do real e para reconstruí-la “como concreto pensado”. Segundo Marx em “O método da economia política”:

O concreto é concreto por ser a síntese de múltiplas determinações, logo, unidade da diversidade. É por isso que ele é para o pensamento um processo de síntese, um resultado, e não um ponto de partida, apesar de ser o verdadeiro ponto de partida e portanto igualmente o ponto de partida da observação imediata e da representação. O primeiro passo reduziu a plenitude da representação a uma determinação abstrata<sup>8</sup>; pelo segundo, as

---

<sup>8</sup> Nesta frase Marx retoma a crítica, iniciada nas páginas anteriores, ao procedimento metodológico utilizado pelos economistas do século XVII: “[os economistas], por exemplo, começam sempre por uma totalidade viva: população, Nação, Estado, diversos Estados; mas acabam sempre por formular, através da análise, algumas relações gerais abstratas determinantes, tais como a divisão do trabalho, o dinheiro, o valor, etc.” (MARX, 2003, p. 247).

determinações abstratas conduzem à reprodução do concreto pela via do pensamento. Por isso Hegel caiu na ilusão de conceber o real como resultado do pensamento, que se concentra em si mesmo, se aprofunda em si mesmo e se movimenta por si mesmo, enquanto o método que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto é para o pensamento precisamente a maneira de se apropriar do concreto, de o reproduzir como concreto espiritual. Mas este não é de modo nenhum o processo da gênese do próprio concreto. (MARX, 2003, p. 248).

Assim sendo, tomamos como ponto de partida o que há de mais concreto em nossa pesquisa, o trabalho em uma forma singular: o trabalho das assistentes sociais vinculadas à política pública de saúde. No entanto, considerando este como a síntese de múltiplas determinações e pautando-nos no desenvolvimento histórico, percorremos a trama do real visando capturar os elementos estruturais e circunstanciais significativos ao nosso objeto, para a seguir retornarmos ao concreto, mas agora como concreto pensado. Este movimento possibilita a interpretação do singular como parte de uma totalidade social complexa em que os elementos de mediação entre a totalidade e o singular são ressaltados. Mais do que isso, propicia alcançar a *essência* do objeto. Ou seja, “a estrutura e a dinâmica” (NETTO, 2011, p. 22). Analisar o não aparente é fundamental para entender o objeto de estudo em sua totalidade.

Sobre o método, Marx destaca que

[...] a totalidade concreta enquanto totalidade-de-pensamento, enquanto concreto-de-pensamento, é de fato um produto do pensamento, da atividade de conceber; ele não é, pois, de forma alguma o produto do conceito que engendra a si próprio, que pensa exterior e superior à observação imediata e à representação, mas um produto da elaboração de conceitos a partir da observação imediata e da representação. O todo, na forma em que aparece no espírito como todo-de-pensamento, é um produto do cérebro pensante, que se apropria do mundo do único modo que lhe é possível, de um modo que difere da apropriação desse mundo pela arte, pela religião, pelo espírito prático. Antes como depois, o objeto real conserva a sua independência fora do espírito; e isso durante o tempo em que o espírito tiver uma atividade meramente especulativa, meramente teórica. Por consequência, também no emprego do método teórico é necessário que o objeto, a sociedade, esteja constantemente presente no espírito como dado primeiro. (MARX, 2003, p. 248-249, grifo nosso).

Baseado no preceito destacado acima, temos que as categorias (*trabalho e cotidiano*) mobilizadas para a compreensão do nosso objeto não são meramente “conceitos teóricos” que se sobrepõem à realidade concreta. Pelo contrário, buscamos a partir da realidade concreta e do conhecimento existente interpelar a realidade desvelando seu movimento. Como destaca Netto (2011, p. 18-19), “Marx não fez

*tábula rasa* do conhecimento existente, mas partiu criticamente dele. [...] a partir do conhecimento acumulado, [...] empreendeu a análise da sociedade burguesa com o objetivo de descobrir sua estrutura e a sua dinâmica”. Desta forma, ao tratar da categoria *trabalho* nos apropriamos criticamente do debate realizado por Marx, Netto e Lessa. Para discutir a categoria *cotidiano* lançamos mão de Heller; e Carvalho e Netto.

No intuito de atingirmos nosso objetivo, a metodologia percorrida neste trabalho transitou pela pesquisa qualitativa. Pois, esta abordagem se aprofunda no universo dos significados, das crenças, dos valores, das atitudes. Esse nível de realidade precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados (MINAYO, 2013, p. 21-22). Por consequência, a interação por meio da fala entre pesquisador e pesquisado é o elemento privilegiado de pesquisa. Uma vez que a fala tem a possibilidade de

[...] ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. (MINAYO, 2010, p. 204).

Para acessarmos este material primário, gerado pela interação pesquisador-pesquisado, estruturamos a coleta de dados utilizando a técnica de entrevista semiestruturada. Nessa técnica é utilizado um roteiro de perguntas<sup>9</sup>, construído com base na literatura especializada, que serve de orientação durante as entrevistas. Apesar da existência do roteiro - que poderia acarretar em uma delimitação rígida das narrativas - buscamos manter a liberdade discursiva das entrevistadas não cerceando suas falas, permitindo-nos, também, intervir nas narrativas no intuito de aprofundar o nível de informações ou abrir o campo de explanação para as entrevistadas. Por isso, nem sempre o conteúdo das entrevistas seguiu a ordem do roteiro pré-estruturado. Por vezes, temas e questões novas emergiram diante das necessidades ou vontades das entrevistadas em adentrar em discussões não delimitadas anteriormente. Nosso cuidado em não cercear os discursos fica ainda mais explícito ao observarmos a variação da duração das entrevistas.

---

<sup>9</sup> O roteiro de perguntas utilizado consta no Anexo 1.

Foram identificadas 26 assistentes sociais vinculadas à política pública de saúde (SUS) nos municípios do litoral do Paraná<sup>10</sup>. Todas foram contatadas ao menos uma vez por ligação telefônica e/ou mensagem de texto via aplicativo *Whatsapp* para agendar uma entrevista presencial. Contamos ainda com o auxílio do Professor Dr. Antônio Sandro Shuartz e da nossa orientadora Dra. Silvana Tumelero, ambos da Câmara do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná, no contato com algumas assistentes sociais, com as quais ambos possuem trânsito, ou na cessão dos números de telefone delas. Ao todo realizamos 18 entrevistas com assistentes sociais dos municípios de Antonina (2), Guaratuba (2), Matinhos (2), Paranaguá (11) e Pontal do Paraná (1). Os municípios de Guaraqueçaba e Morretes não possuem assistentes sociais vinculadas à política de saúde. Portanto, não atendem aos critérios de inclusão na pesquisa, são eles: 1) ser assistente social devidamente graduada e registrada no conselho de classe; 2) estar vinculada à política pública de saúde (SUS); 3) estar lotada em um dos sete municípios do litoral paranaense.

As entrevistas foram realizadas em julho, agosto e setembro de 2022, em três ciclos: o primeiro ciclo, de 07 a 15 de julho, abrangendo Matinhos, Guaratuba e Pontal. O segundo ciclo, de 27 de julho a 02 de agosto, ocorreu em Antonina e Paranaguá (parcial). E o último ciclo, em 29 e 30 de setembro, Paranaguá (complemento). A média de tempo de duração das entrevistas foi de aproximadamente 37 minutos, sendo a mais curta com 23 minutos e 04 segundos e a mais longa com 51 minutos e 36 segundos. Todavia, houveram entrevistadas que após o encerramento das perguntas do questionário prolongaram a conversa ou retomaram assuntos que julgaram mais adequados serem ditos sem o registro de áudio. Neste mesmo sentido, houve dois casos em que as assistentes sociais solicitaram que trechos de suas falas não fossem adicionadas ao trabalho por tocarem em temas sensíveis acerca da

---

<sup>10</sup> Total de assistentes sociais por município: Antonina (2), Guaratuba (3), Matinhos (2), Paranaguá (16) e Pontal do Paraná (3). Os municípios de Guaraqueçaba e Morretes não possuem assistentes sociais vinculadas à política de saúde. Esse quantitativo foi levantado até 30 de setembro de 2022. Ressaltamos que no mês de dezembro tomamos conhecimento sobre mudanças no quantitativo nos municípios de Matinhos, uma das assistentes sociais pediu exoneração, e Paranaguá, houve a nomeação de mais uma assistente social com vínculo na fundação de saúde do município (FASP - Fundação de Assistência à Saúde de Paranaguá) lotada na UPA, a mesma também trabalha no Hospital Regional do Litoral. Portanto, houve o decréscimo no número absoluto de assistentes sociais e o acréscimo no número de postos de trabalho na área da saúde se considerado o conjunto dos municípios do litoral.

atuação profissional, local de trabalho ou perspectivas teóricas e políticas. Tais solicitações foram prontamente atendidas, respeitando-se a privacidade das informações das entrevistadas. Para o registro fidedigno gravamos o áudio das entrevistas e posteriormente fizemos a transcrição, além de anotações durante e após as conversas. Dezesete entrevistas ocorreram no local de trabalho das assistentes, apenas uma ocorreu na residência da profissional após sua jornada de trabalho.

Visitar os locais de trabalho das assistentes sociais foi uma opção metodológica e estratégica na condução da pesquisa. Isso porque, entendemos que contatar as profissionais via telefone para agendar um horário e realizar a entrevista pessoalmente facilita o aceite do convite, favorece o aprofundamento das respostas ao questionário e evita a desistência em finalizar a pesquisa, se comparado a outras técnicas, como por exemplo, no uso de questionário *online* (*Google Forms*, entre outros). Além do mais, permite o reconhecimento do local de trabalho da profissional auxiliando na compreensão da sua narrativa. Entretanto, reconhecemos que o avanço das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e o maior acesso a elas por parte da população propicia novas possibilidades de pesquisa de forma remota ou mesmo de pesquisas que investigam a cultura e subculturas *on-line*. Tal avanço, por sua vez, tem gerado o desenvolvimento de metodologias e técnicas de pesquisa próprias ou a adaptação para o contexto virtual de metodologias já existentes<sup>11</sup>.

A análise das entrevistas se deu por meio da conjugação das técnicas e procedimentos da Análise de Conteúdo e da Hermenêutica-dialética. Para tal, nos baseamos nas proposições da Laurence Bardin (1995) e nas contribuições de Maria Cecília de Souza Minayo (2010; 2013) e Romeu Gomes (1994). Esta articulação ocorreu por considerarmos pertinente a crítica feita por Minayo (2010, p. 353) à Análise de Conteúdo e à Análise de Discurso - a autora afirma que ambas as técnicas “apoiam-se na crença de que a *verdade* dos significados situa-se nos meandros profundos dos sentidos dos textos”, o primeiro debilitando sua capacidade analítica ao pôr ênfase na fala, no que é dito, e o segundo, ao tentar superar as debilidades do primeiro, acaba por incorrer em um tecnicismo formal típico do estruturalismo. Tais condutas implicam em deixar em segundo plano aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais e relacionais que conformam a fala do interlocutor – e por

---

<sup>11</sup> Sobre o tema ver FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. (2011); KOZINETES, R. V. (2014); entre outros.

entendermos que os procedimentos operacionais defendidos pela citada autora sobre a hermenêutica-dialética estão em franco diálogo com alguns procedimentos da análise de conteúdo.

Dessa maneira, iniciamos o primeiro movimento de interpretação ao mapear o contexto socio-histórico do grupo pesquisado, buscamos entender o desenvolvimento do serviço social no país e seus pontos de conexão com a reforma sanitária. Buscamos observar também as condições socioeconômicas e políticas das assistentes sociais e suas participações na comunidade da qual fazem parte. Por fim, buscamos mapear a organização do sistema de saúde local e regional. Ou seja, buscamos compreender o contexto sob o qual os sentidos das narrativas foram produzidas e por ele determinadas.

No segundo movimento interpretativo buscamos encontrar nos relatos os “sentidos, a lógica interna, as projeções e as interpretações” dos sujeitos (MINAYO, 2010, p. 355). Para isso, após a transcrição das entrevistas, realizamos a *leitura flutuante* e exaustiva do material visando “apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave e suas posturas sobre os temas em foco” (MINAYO, 2010, p. 357). A leitura do material possibilitou a formulação de categorias empíricas, sintetizadas nos seguintes temas centrais: *Formação Acadêmica, Conhecimento Teórico-prático, Relações de Trabalho, Apoio Institucional*. De posse dessas categorias empíricas centrais nos voltamos novamente para as categorias teóricas (*Trabalho e Cotidiano*) buscando as conexões entre elas. De acordo com Minayo (2010), é justamente este movimento que vai do empírico para o teórico e do teórico para o empírico que podemos chamar de “concreto pensado” exposto por Marx.

Finalizado o processo de organização do material, categorização e classificação, realizamos a interpretação (já iniciada na categorização) e redigimos este trabalho.

#### 1.4 CARACTERIZAÇÃO DA 1º REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que o Sistema Único de Saúde está organizado em uma rede *regionalizada e hierarquizada* composta por ações e serviços públicos de saúde, além dos princípios já citados, temos a *descentralização* e a *participação comunitária* compondo o quadro dos princípios organizativos do sistema (BRASIL, 1988). A cristalização destes princípios na Carta Magna é resultado de embates entre diferentes forças e atores políticos que na década de 1980 estavam relativamente unidos em prol da redemocratização do país, porém, em disputa pelos rumos que esta deveria seguir, principalmente pelos grupos econômicos que seriam beneficiados neste processo. No capítulo 3, que trata da Reforma Sanitária e do SUS, detalharemos estas questões.

Ao que concerne a este tópico, cabe destacar que a regionalização possibilitou a distribuição dos estabelecimentos de saúde em um dado território, de modo que os serviços básicos estão mais disseminados e descentralizados enquanto os serviços especializados se apresentam mais concentrados (PAIM, 2009, p. 48). O processo de regionalização e descentralização vem sendo paulatinamente implementado ao longo das últimas décadas. Enquanto a década de 1990 foi marcada principalmente pelo processo de descentralização estimulada por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/93 e 01/96, as quais intensificaram a transferência para os Municípios e Estados de um conjunto de responsabilidades e atribuições sobre a gestão do sistema e de recursos (em um primeiro momento pautado pela lógica de pagamento por produção pela União e, progressivamente, sendo implementando a transferência Fundo-a-Fundo), as décadas de 2000 e 2010 têm sido marcadas, entre outras coisas, pelo processo de regionalização. A realização destes dois processos propicia a universalização do acesso à saúde e a atenção integral das demandas da população.

De acordo com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2001, o foco neste processo é resultado do acúmulo de experiência dos municípios e estados na gestão descentralizada do sistema, principalmente do acúmulo de obstáculos na implantação do SUS e nas dificuldades de realização dos seus princípios basilares. Esta portaria pode ser considerada um marco no redirecionamento da estratégia de consolidação dos princípios do SUS. E é

justamente neste documento, instituído pela Portaria MS/GM nº 95 de 2001, que se reconhece que para ocorrer o

[...] aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES [Secretaria Estadual de Saúde]. (BRASIL, 2001a).

Mesmo com a importância da NOAS-SUS 01/2001 e de outras Normas Operacionais, Portarias e Resoluções tratando do tema, para Santos (2017), foi apenas com o Decreto nº 7.508 de 2011 que a regionalização de saúde foi de fato disciplinada, visto que, um decreto tem *peso e segurança jurídica* maior do que os demais instrumentos de gestão. A autora destaca que este decreto “[...] regulamentou a articulação federativa, a região de saúde, o contrato organizativo de ação pública da saúde, o planejamento regional, as portas de entrada do SUS, dentre outros elementos” (SANTOS, 2017, p. 1283).

A região de saúde é definida no Decreto nº 7.508 de 2011, como:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011, Art. 2º, I).

O referido decreto define que as regiões de saúde devem ser implementadas pelos Estados em comum acordo com os municípios, e estes entes federativos devem definir os *limites geográficos, a população usuária das ações e serviços, o rol de ações e serviços que serão ofertados, e as respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços*. Além disso, nas Regiões de Saúde devem conter ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Orientado por estas normativas legais citadas, bem como por uma série de Resoluções e Portarias que foram editadas ao longo das últimas duas décadas pelo Ministério da Saúde, por exemplo, a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 1 de 2011 (estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no

âmbito do Sistema Único de Saúde), a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 23 de 2017 (estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS), e a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 37 de 2018 (dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde), o Estado do Paraná têm aprofundado a regionalização ao elaborar e implementar Planos Diretores de Regionalização (PDR). Sendo que o primeiro plano foi elaborado em 2001, atualizado em 2009, e passando por nova atualização em 2015.

No PDR de 2015 o Paraná está dividido em quatro macrorregiões, são elas: Macro Noroeste - Maringá, Macro Norte - Londrina, Macro Oeste - Cascavel e Macro Leste – Curitiba (figura 1) e 22 Regiões/Regionais de Saúde (figura 2). Os sete municípios do litoral compõem a 1ª Regional de Saúde (figura 3), e esta integra a Macrorregião Leste - Curitiba.

A região litorânea do Estado possui características bem específicas, não apenas em relação às peculiaridades da geodiversidade (geologia, pedologia e recursos hídricos) e biodiversidade (flora e fauna), mas, principalmente em relação aos aspectos socioeconômicos. Em que pese a significativa área de remanescentes florestais (Floresta Atlântica), a existência de comunidade tradicionais (quilombolas, indígenas, comunidades de pesca artesanal e cipozeiros), e de sítios arqueológicos (Povos dos Sambaquis), há nesta região uma pressão de setores da economia para a expansão das atividades produtivas (CUNICO, 2016).

FIGURA 1 - DIVISÃO POR MACRORREGIÕES DE SAÚDE



FONTE: Paraná, 2015.

Segundo Cunico (2016), as características gerais da economia do litoral estão historicamente associadas a três atividades principais: atividades portuárias (porto de Paranaguá é um dos mais importantes do país, enquanto o porto de Antonina funciona como auxiliar); turismo e lazer vinculados ao mar, turismo histórico-cultural e ecológico; e Conservação de recursos naturais (Guaraqueçaba se destaca seguido pelos demais municípios. Porém, a preservação não se traduz diretamente em ganhos monetários). Enquanto o turismo é uma atividade sazonal (turismo de verão), o que se reflete na oscilação de postos de trabalho e no tipo de vínculo das relações de trabalho ao longo do ano, a atividade portuária é permanente. A autora ressalta que esta função tornou Paranaguá a cidade polo da região. Há ainda atividades industriais, concentradas em Paranaguá (associadas ao Porto) e Antonina, e atividades agrícolas, de baixa expressividade econômica mas relativamente importante para os municípios de Morretes e Guaraqueçaba (CUNICO, 2016, p. 160).

FIGURA 2 - REGIONAIS DE SAÚDE DO PARANÁ



REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	MACROREGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
1ª PARANAGUÁ	7	13ª CIANORTE	11	MACRO LESTE	93
2ª CURITIBA	29	14ª PARANAVÁÍ	28	MACRO NORTE	97
3ª PONTA GROSSA	12	15ª MARINGÁ	30	MACRO OESTE	94
4ª IRATI	9	16ª APUCARANA	17	MACRO NOROESTE	115
5ª GUARAPUAVA	20	17ª LONDRINA	21		
6ª UNIÃO DA VITÓRIA	9	18ª CORNÉLIO PROCÓPIO	21		
7ª PATO BRANCO	15	19ª JACAREZINHO	22		
8ª FRANCISCO BELTRÃO	27	20ª TOLEDO	18		
9ª FOZ DO IGUAÇÚ	9	21ª TELÊMAGO BORBA	7		
10ª CASCAVEL	25	22ª IVAIPORÃ	16		
11ª CAMPO MOURÃO	25				
12ª UMUARAMA	21				
		<b>TOTAL DO PARANÁ</b>	<b>399</b>		

FONTE: Paraná, 2020.

Outra consequência da sazonalidade do turismo é o aumento populacional que ocorre nos meses de verão, sobretudo nos municípios praieiros. Isto ocasiona a ampliação do fluxo de demandas nos serviços públicos, inclusive no sistema de saúde que têm sua demanda multiplicada com diversas intercorrências para além das que comumente exigem sua atenção. Estima-se que o fluxo anual de turistas no litoral na última década foi aproximadamente de 2 milhões de pessoas (CUNICO, 2016). A maior parte deste fluxo de visitantes se concentra entre os meses de novembro a março (SETU e PRODETUR, 2010, apud CUNICO, 2016, p. 204). Se comparado com

a população residente na região, é notório o aumento populacional, chegando a população na temporada de verão a atingir de 4 a 6 vezes o seu tamanho em relação as demais épocas do ano.

Os municípios do litoral em conjunto possuem 302.544 habitantes (estimativa do IBGE, 2021), sendo que mais da metade da população reside em Paranaguá, especificamente, 157.378 habitantes. Os demais municípios são todos de pequeno porte, sendo que Guaratuba possui a população estimada em 37.974 habitantes, seguido por Matinhos com a população estimada em 35.705 habitantes, por Pontal do Paraná com a população estimada em 28.529 habitantes, por Antonina com a população estimada em 18.919 habitantes, Morretes com a população estimada em 16.485, e, por último, Guaraqueçaba com população estimada em 7.554 habitantes (IBGE, 2021).

Segundo dados da CECAD/SENARC (Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico/ Secretaria Nacional de Renda e Cidadania), o número de cadastros no CadÚnico nos municípios do litoral totalizam 56.952 famílias (131.499 pessoas)<sup>12</sup>. Destas, 21.018 famílias (50.234 pessoas) estão na linha da extrema pobreza, 10.072 famílias (27.022 pessoas) são consideradas pobres, 13.753 famílias (35.371 pessoas) são classificadas como baixa renda, e 12.109 famílias (18.872 pessoas) recebem mais do que meio salário mínimo per capita por mês. A seguir, na tabela 1, apresentamos o número de famílias cadastradas no CadÚnico por município e classificadas pela renda per capita.

TABELA 1 - Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS NO CADÚNICO POR RENDA PER CAPITA

	<b>Extrema Pobreza</b>	<b>Pobreza</b>	<b>Baixa Renda</b>	<b>Acima de 1/2 S.M.</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Antonina</b>	2.247	591	671	490	3.999
<b>Guaraqueçaba</b>	1.642	186	331	277	2.436
<b>Guaratuba</b>	3.007	2.023	2.520	3.178	10.728
<b>Matinhos</b>	2.161	1.549	2.902	2.822	9.434
<b>Morretes</b>	1.485	536	1.037	630	3.688
<b>Paranaguá</b>	9.008	3.898	4.327	3.267	20.500
<b>Pontal do Paraná</b>	1.468	1.289	1.965	1.445	6.167
<b>TOTAL</b>	21.018	10.072	13.753	12.109	56.952

FONTE: Elaboração própria com base nos dados do CECAD/SENARC de novembro de 2022.

<sup>12</sup> Dados extraídos do site [https://cecad.cidadania.gov.br/tab\\_cad.php](https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php) na data de 28/01/2023. A base de dados utilizada refere-se ao mês de novembro de 2022.

FIGURA 3 - MUNICÍPIOS ABRANGIDOS PELA 1ª REGIONAL DE SAÚDE



FONTE: Paraná, 2015.

É justamente este estrato mais pauperizado da classe trabalhadora que necessita e se utiliza dos serviços públicos, em especial o sistema de saúde. Com isso não queremos dizer que os demais estratos de classe não recorram ao sistema ou não devam fazer uso dele. Até porque, se trata de um direito social universal e não de um benefício vinculado a critérios de renda ou relacionado a contribuições progressivas.

Para atender a população, a 1ª Regional de Saúde (1ª RS) conta com serviços de atenção primária (sob responsabilidade dos municípios), serviços de urgência e emergência e atenção psicossocial. Ela possui um hospital de referência, o Hospital Regional do Litoral (HRL) localizado em Paranaíba, o qual atende serviços de média e alta complexidade e possui referência ambulatorial para a realização de consultas especializadas e exames. Os serviços inexistentes ou insuficientes para atender a demanda são supridos pelo polo da macrorregião Leste, ou seja, por Curitiba e os municípios da região metropolitana.

Em levantamento realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-DATASUS), em janeiro de 2023, foram identificados os estabelecimentos da região litorânea do Paraná sob a administração pública, geridos pelo próprio Município, Estado ou em gestão conjunta<sup>13</sup>, são eles: 5 Hospitais e 1 Maternidade, 5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 6 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 74 Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde, 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 Ambulatórios de Saúde Mental, 5 Centros de Especialidades Médicas, 2 Academias de Saúde, 7 departamentos/unidades de Vigilância Sanitária, bem como, uma Secretaria de Saúde por município, totalizando 7. Há também a sede da Secretaria Estadual da Saúde, 1 Farmácia Paraná (responsável por distribuir medicamentos de alto custo), e 1 Unidade de Coleta e Transfusão (HEMEPAR), 1 Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná (CISLIPA), todos localizados em Paranaguá. A tabela 2 apresenta a distribuição destes estabelecimentos por município.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS POR MUNICÍPIO

	Antonina	Guaraqueçaba	Guaratuba	Matinhos	Morretes	Paranaguá	P. do Paraná
<b>Hospital</b>	1	1	1		1	1	
<b>Maternidade</b>				1			
<b>UPA</b>			1	1		2	1
<b>UBS/USF/Posto</b>	7	10	11	8	10	22	6
<b>CAPS</b>	1		1	1		1	1
<b>Am. S. Mental</b>						1	1
<b>Acad. Saúde</b>	1	1					
<b>C Esp Médicas</b>			1	1	1	2	
<b>V. Sanitária</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>SAMU</b>	1		1	1	1	1	1
<b>S. Municipal</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>S. Estadual</b>						1	
<b>F. Paraná</b>						1	
<b>HEMEPAR</b>						1	
<b>TOTAL</b>	13	14	19	15	15	35	12

FONTE: Elaboração própria com base nos dados CNES-DATASUS de janeiro de 2023.

<sup>13</sup> Excluimos da relação as Farmácias Municipais, Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Centros Especializados de ensino para crianças com Transtorno do Espectro Autista e/ou déficit de atenção, entre outros. Isto porque há uma imprecisão quanto a existência ou a inexistência de certos equipamentos nos municípios. Por exemplo, poucos municípios incluíram a farmácia no cadastro, mesmo em municípios em que o serviço está disponível. Reforçando esta imprecisão, é de nosso conhecimento que em alguns municípios há outros estabelecimentos que não constam no banco de dados pesquisado, por exemplo, a Clínica de Fisioterapia de Matinhos.

A soma do número de profissionais da saúde<sup>14</sup> dos municípios, sob administração pública, que compõem a 1ª Regional, é de 2.580<sup>15</sup>. Destes, 156 atuam em Antonina, 87 em Guaraqueçaba, 280 em Guaratuba, 300 em Matinhos, 124 em Morretes, 1.408 em Paranaguá e 225 em Pontal do Paraná<sup>16</sup>. A expressiva diferença de Paranaguá em relação às demais cidades se dá porque o município concentra mais da metade da população do litoral e em seu território está o hospital de referência da região. Neste sentido, parte considerável dos profissionais da saúde são custeados pelo Estado e não pelo respectivo município, e se dedicam às especialidades médicas e à atenção da alta complexidade.

Do número total de profissionais da saúde na 1ª RS, 465 são Agentes Comunitários de Saúde, 131 são Agentes de Combate a Endemias, 78 são Auxiliares de Enfermagem, 741 são Técnicos de Enfermagem, 253 são Enfermeiros, 58 são Dentistas, 68 são Farmacêuticos, 17 são Nutricionistas, 25 são psicólogos, e 533 são Médicos. Na Tabela 3 é possível verificar todas as especialidades listadas. Apesar de apresentarmos estes dados agregados, destacamos que a população de um determinado município é atendida nos equipamentos e pelos profissionais disponíveis em sua própria cidade, principalmente em relação a atenção primária e atenção psicossocial. Somente quando há a necessidade de consultas e exames com especialistas ou há a necessidade de atendimento de alta complexidade é que o sujeito de um município é atendido em outras cidades. Ou, ainda, quando é firmado

---

<sup>14</sup> Optou-se por listar as profissões vinculadas ao SUS consideradas da área da saúde. Por tanto, não foram elencados advogados, seguranças, motoristas, faxineiras, copeiras, administradores, agentes de promoção a saúde, artesão de material reciclável, entre outras. Numericamente estes profissionais não alteram substancialmente o total de profissionais da saúde. Contudo, entendemos que estas profissões contribuem para o funcionamento dos equipamentos e serviços permitindo que, em conjunto, atinja-se os objetivos de promoção, proteção e recuperação da saúde.

<sup>15</sup> As informações foram extraídas do banco de dados do CNES-DATASUS, acessível através do [site https://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp](https://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp), na data de 28/01/2023. A base de dados utilizada refere-se ao mês de dezembro de 2022 e apenas aos profissionais vinculados a serviços públicos que atendem pelo SUS. Os dados estão disponíveis por município e não por Regional. Dessa forma, pode haver profissionais lotados em mais de uma cidade ao mesmo tempo. A exclusão de nomes duplicados ocorreu apenas quando se tratava de um mesmo município.

<sup>16</sup> Os nomes duplicados de profissionais que constavam listados em mais de uma especialidade ou lotados em mais de uma localidade (turno e contraturno), dentro do mesmo município, foram excluídos. Optou-se por manter o nome na especialidade com menor número de profissionais. Por exemplo, um mesmo médico é Cirurgião Geral no HRL e Cirurgião Vascular no mesmo local, seu nome foi mantido como Cirurgião Vascular. Portanto, esta tabela representa o número de profissionais em cada município, e não o número de postos de trabalho ocupados. Destacamos, por fim, que é uma prática comum dos profissionais da saúde trabalharem em mais de um local e em mais de uma especialidade, principalmente médicos e enfermeiros, os quais geralmente estão vinculados a uma UBS mas também realizam plantões na UPA ou Hospital.

parceria/acordo entre os municípios, como é o caso da população de Morretes que é atendida pelo CAPS de Antonina.

TABELA 3 - PROFISSIONAIS DA SAÚDE POR MUNICÍPIO

	Antonina	Guaraqueçaba	Guaratuba	Matinhos	Morretes	Paranaguá	P. do Paraná	TOTAL
A Com. de Saúde	42	23	43	58	22	244	33	465
A Comb. Endemias		6	20	15	5	75	10	131
Assistente Social	2		3	1		16	3	25
Aux. Enfermagem	11	4	3	13	10	36	1	78
Aux./Tec. S. Bucal	1	2	6	5	5	20	3	42
Biomédico						6		6
Cirurgião Dentista	3	4	7	5	5	31	3	58
Enfermeiro/a	13	7	33	32	15	123	30	253
Farmacêutico	5	3	6	9	2	40	3	68
Fisioterapeuta	3	1	6	8	3	34	7	62
Fonoaudiólogo/a	1		1	1	1	6	1	11
M. Anestesiologista	2		6	4		20		32
M. Cardiologista			2	1		1		4
M. Cirurgião Geral						34		34
M. Cirurg. Torácico						5		5
M. Cirurg. Vascular						13		13
M. Clínico	6	7	19	43	5	77	26	183
M. E. Saúde Família	8	4	14	12	6	31	7	82
M. Gastro.	1					3		4
M. Generalista						30		30
M. Ginecologista	7	1	8	6	2	20	4	48
M. Infectologista						2		2
M. Med. Intensiva						2		2
M. Nefrologista						5		5
M. Neurologista	1		1			1		3
M. Oftalmologista	1					2		3
M. Ortopedista	1		3	1		15	1	21
M. Pediatra	1		5	5	1	17	2	31
M. Pneumologista						1		1
M. Psiquiatra	1	1	1	1		3	2	9
M. Radiologista	2		1		2	4		9
M. Reumatologista						1		1
M. Urologista		1				10		11
Nutricionista	3	1	1	1	1	9	1	17
Psicólogo/a	1	1	4	3	1	12	3	25
Téc. Enfermagem	37	20	77	66	35	421	85	741
Téc. Radiologia	3	1	8	9	3	33		57
Terapeuta Holístico			1					1
Terap. Ocupacional			1	1		5		7
<b>TOTAL</b>	156	87	280	300	124	1408	225	2580

FONTE: Elaboração própria com base nos dados CNES-DATASUS de dezembro de 2022.

A relação de médicos a cada 1.000 habitantes no litoral, considerando apenas o setor público, é de 1,76 (mês/ano base 12/2022). O município de Matinhos tem a maior razão, 2,04, seguido por Paranaguá, com razão de 1,88, Guaraqueçaba com a razão de 1,85, Antonina com razão de 1,63, Guaratuba com a razão de 1,58, Pontal do Paraná com a razão de 1,47 e Morretes com a razão de 0,97, sendo este o município com o menor índice. Estes números apontam para a má distribuição de médicos na região, mas não sinalizam para a qualidade dos serviços de saúde.

Para efeitos de comparação, Scheffer, et al. (2020) apontou que no ano de 2020 a relação médico/habitantes no Paraná era de 2,49 médicos a cada 1.000 habitantes (o pesquisador considerou médicos que atuam no setor público, no setor privado e em ambos). Porém, existia uma expressiva diferença na concentração de médicos na capital em relação aos municípios do interior. Curitiba tinha a razão de 6,52 enquanto os municípios do interior registravam a relação média de 1,67. Mesmo com o distanciamento de dois anos e com diferenças de inclusão de setores público/privado, é possível traçar um paralelo entre a razão-Interior e a razão-Litoral e observar a proximidade entre eles. Caso fosse adicionado o setor privado no cálculo da razão-Litoral os números se elevariam ficando acima da relação medida para o interior.

Contudo, Scheffer, et al. (2020) ressalta que para a Organização Mundial da Saúde (OMS) não existe um padrão de densidade mínima de médicos recomendada. Pois, este índice isolado não é capaz de informar sobre as desigualdades de concentração de profissionais nas diferentes regiões/ municípios de um país, as especificidades demográficas e epidemiológicas de cada região, as diferenças socioeconômicas, as características do sistema de saúde, ou mesmo a qualidade da formação dos profissionais. Isto, sem contar que o setor de saúde não depende apenas de médicos. É necessário um rol de profissionais para atender as múltiplas demandas do setor, como pudemos observar na Tabela 3. Por outro lado, podemos inferir que uma relação médico/habitante baixa, se comparado às demais localidades, indica uma baixa cobertura de saúde e uma má distribuição de profissionais em um dado território, esta percepção necessita de confirmação através de uma análise associada a outras variáveis.

Na próxima seção apresentaremos uma rápida caracterização dos espaços socio-ocupacionais em que as assistentes sociais entrevistadas trabalham.

## 1.5 CARACTERIZAÇÃO DOS ESPAÇOS SOCIO-OCUPACIONAIS

Das 26 assistentes sociais<sup>17</sup> vinculadas à política pública de saúde e mapeadas na área de abrangência da 1ª RS até setembro de 2022, entrevistamos 18. Especificamente, cinco estão lotadas nos Centros de Atenção Psicossocial dos seus municípios, três estão lotadas nas Secretarias Municipais de Saúde (uma destas está lotada exatamente no setor de Vigilância Epidemiológica), três estão lotadas no Hospital Regional do Litoral, uma está lotada no Hospital do seu município, duas estão lotadas na UPA, uma está lotada no Consultório na Rua, uma está lotada na Secretaria Estadual da Saúde/ 1ª Regional de Saúde, uma está lotada na Farmácia Paraná (Estadual), e a última está lotada no HEMEPAR.

Conforme sinalizado nas páginas anteriores, o Sistema Único de Saúde está organizado em níveis de atenção à saúde: atenção primária, secundária e terciária. Os níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil são estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Segundo este documento, cada nível de atenção corresponde a um nível de densidade tecnológica, “variando do nível de menor densidade tecnológica (Atenção Primária de Saúde), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde)” (BRASIL, 2010).

A Atenção Primária em Saúde (APS), sob responsabilidade dos municípios, é a porta de entrada do sistema. Ela é formada por equipe multiprofissional que atende toda a população e busca promover a saúde e prevenir agravos que poderiam ser evitados, visando garantir a atenção integral à saúde no território. As Unidades Básicas de Saúde<sup>18</sup> compõem este nível de atenção à saúde, nelas é possível fazer exames e consultas de rotina. Neste nível de atenção encontra-se também a estratégia Consultório na Rua. Tal estratégia visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, bem como promover ações educacionais, preventivas e de enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas, a equipe mínima é

---

<sup>17</sup> Há uma diferença entre o número de profissionais contabilizadas por nós (nota de rodapé 10) e o quantitativo disponível no banco de dados CNES-DATASUS (Tabela 3). Isto ocorre pela diferença na data de levantamento dos dados, o primeiro momento, em setembro de 2022, e o segundo em dezembro do mesmo ano. Período em que houve contratação e exoneração de profissionais, veja nota de rodapé nº 10.

<sup>18</sup> A despeito das diferenças e especificidades de cada um, neste trabalho contabilizamos e nos referimos aos Postos de saúde e Unidades Saúde da Família como Unidade Básica de Saúde.

composta com assistente social. As três entrevistadas lotadas nas Secretarias Municipais de Saúde têm no rol de suas atividades atender as demandas das UBSs, e uma quarta assistente social está diretamente vinculada ao Consultório na Rua.

Os casos de emergência (risco iminente de morte ou sofrimento intenso) e urgência (ocorrência com ou sem risco potencial à vida) são atendidos pelas Unidades de Pronto Atendimento ou serviços habilitados em média e alta complexidade. As UPAs compõem o nível de média complexidade (secundário) e possuem serviços especializados com foco na urgência e emergência. A média complexidade compreende também os serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento nas especialidades médicas, por exemplo, pediatria, ortopedia, cardiologia, psiquiatria, oftalmologia, etc. Duas das nossas entrevistadas estão diretamente vinculadas a UPAs. Porém, nos municípios onde não há assistente social neste equipamento, as demandas são atendidas pelas profissionais lotadas na Secretaria Municipal de Saúde, como é o caso de Matinhos.

A alta complexidade (terciário) compreende procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, por exemplo, tratamentos cardiovasculares e partos de alto risco. Neste nível se enquadram hospitais gerais, hospitais universitários, entre outros. São locais com leitos de UTI e centros cirúrgicos complexos. O Hospital Regional do Litoral (HRL) se enquadra tanto na média como na alta complexidade. Ele é a referência para os municípios da região no atendimento de urgência e emergência e materno infantil, nele são realizadas atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico, e internações hospitalares. Três das nossas entrevistadas compõem o quadro da equipe do HRL, e uma outra assistente está vinculada ao hospital do seu município, de média complexidade. Esta profissional atua em demandas do hospital e também nas demandas da atenção primária de saúde, o que denota o acúmulo de atividades e sinaliza para a precarização do trabalho.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) atualmente integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tais Centros foram criados após a conquista da lei de reforma psiquiátrica (Lei 10.216 de 2001) pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Este Movimento defende, entre outras coisas, que a internação do paciente deve ocorrer como último recurso para o tratamento e somente se os meios não-hospitalares se mostrarem ineficientes. Desta forma, como alternativa para os hospitais psiquiátricos, até então comuns para se tratar quaisquer transtornos mentais, foram criados os CAPS. Já a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi

instituída pela portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, a qual prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. A RAPS é organizada em sete componentes<sup>19</sup>, e o CAPS está inscrito no segundo componente: atenção psicossocial especializada. A referida Portaria estabelece seis tipos de CAPS. No entanto, nos municípios do litoral, os Centros de Atenção Psicossocial existentes estão classificados<sup>20</sup> como CAPS I, qual seja, “atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e, também, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes” (BRASIL, 2011b). Cinco de nossas entrevistadas atuam nos respectivos CAPS dos municípios nos quais estão lotadas, realizando acolhimento social, busca ativa e/ou trabalhos com grupos.

Uma das formas como a Secretaria Estadual de Saúde se faz presente em todo o território do Estado é através das Regionais de Saúde. Entre as funções das Regionais está a de coordenar as ações e serviços de competência Estadual em conjunto com os municípios da sua área de abrangência, e, na medida do possível, fornecer orientações, suporte técnico e capacitações para as equipes das secretarias municipais de saúde sobre os programas/linhas de cuidados e aplicação dos recursos do SUS. Entre as entrevistadas temos uma assistente social atuando na 1ª RS. Especificamente, é a técnica de referência regional em saúde mental e da saúde da pessoa idosa.

Também com vínculo ao governo estadual, mas atuando na Farmácia do Paraná filial de Paranaguá, temos uma entrevistada. A Farmácia do Paraná é responsável por distribuir gratuitamente medicamentos de alto custo para mais de noventa tipos de doenças. Algumas das doenças atendidas são Artrite Reumatoide, Diabetes Mellitus tipo 1, Doença de Crohn, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Esclerose Múltipla e Insuficiência Renal Crônica (PARANÁ, s.d.). A distribuição de medicamentos está respaldada nos princípios da *universalização* do

---

<sup>19</sup> I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; VII - Reabilitação Psicossocial. (BRASIL, 2011b).

<sup>20</sup> Mesmo com alta demanda e se enquadrando nos critérios de classificação de outro nível, o CAPS de Paranaguá também está classificado como I.

acesso aos serviços de saúde e da *integralidade* de assistência, presentes na Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8080/1990. Ou seja, todos têm direito a acessar os serviços de saúde sem qualquer tipo de discriminação e sem a exigência de contribuição prévia, e todas as necessidades dos usuários devem ser atendidas em suas mais diferentes dimensões. Para isso, é necessário a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. A LOS estabelece que a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, faz parte da atuação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990, art. 6º alínea d). Entre as atividades da assistente social neste equipamento está o atendimento ao usuário que necessita de auxílio para acessar a medicação, realização de orientações e acolhimento.

Por fim, o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR) é o espaço socio-ocupacional de uma das nossas entrevistadas. O HEMEPAR está vinculado à Secretaria Estadual da Saúde e presta serviço realizando a coleta, armazenamento, processamento, transfusão e distribuição de sangue e hemoderivados para 385 hospitais públicos, privados e filantrópicos em todo o Paraná. A Rede de Serviços de Hemoterapia alcança todas as regiões do Estado e é composta pelos seguintes equipamentos: um Hemocentro Coordenador (Curitiba), quatro Hemocentros Regionais, nove Hemonúcleos, oito Unidades de Coleta e Transfusão de Sangue, e uma Agência Transfusional (PARANÁ, 2020). O equipamento de Paranaguá é uma Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue. Entre as atividades da assistente social está promover parcerias com empresas e outras instituições a fim de angariar voluntários para a doação de sangue.

Na próxima seção apresentaremos o perfil das assistentes sociais vinculadas à política de saúde no litoral.

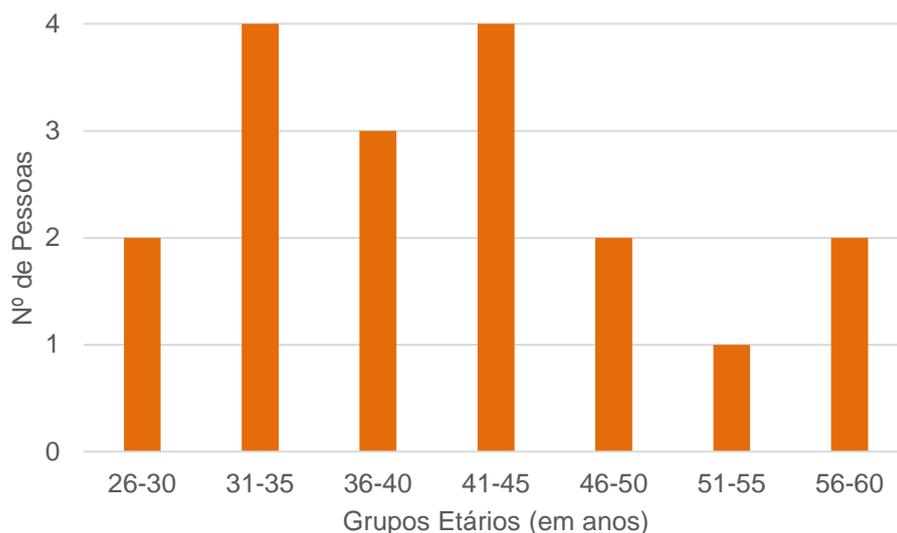
## 1.6 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS PROFISSIONAIS

As características gerais das profissionais entrevistadas contribuem em nossa análise na medida em que fornecem indicativos a respeito de questões estruturais sobre a profissão, sobre a categoria, sobre a formação acadêmica, etc. Associado à teoria, os indicativos nos permitem melhor compreender o trabalho das assistentes sociais *in loco*. Neste subitem, apresentamos os traços referentes ao gênero, a

pertença étnico-racial, idade, formação acadêmica, rendimentos, vínculo empregatício, entre outros.

No que se refere a idade, 11 assistentes sociais estão nos grupos etários que englobam dos 31 aos 45 anos (gráfico 1). Ou seja, 61,11% das entrevistadas estão concentradas nesta faixa etária. Isto sinaliza que o grupo de assistentes sociais vinculadas à política pública de saúde no litoral é relativamente jovem. São profissionais formadas após as conquistas do Movimento de Reconceituação, expressas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993), no Código de Ética (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABESS/ABEPSS (1996), que demarcaram mudanças na formação acadêmica e no exercício profissional.

GRÁFICO 1 - GRUPOS ETÁRIOS



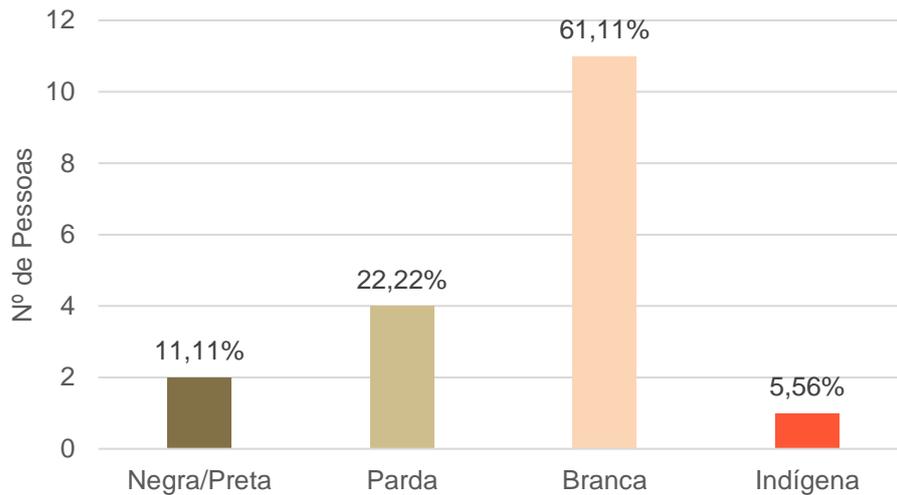
FONTE: Elaboração própria.

No que diz respeito a pertença étnico-racial, a maioria das profissionais se autoidentifica como Branca, perfazendo 61,11% das entrevistadas (gráfico 2). Outras 22,22% se declararam Pardas, 11,11% se reconhecem como Negras/Pretas e 5,56% se identificam como indígena<sup>21</sup>. Estes dados corroboram com os percentuais levantados pelo CFESS na pesquisa “Perfil de Assistentes Sociais no Brasil”, publicada em 2022, a qual revela que no Paraná 71,79% das profissionais se declaram

<sup>21</sup> Uma assistente social se identificou como indígena ao dizer: “sou Branca, né. Mas como tenho descendência indígena, sou amarelo”. Entendemos que houve confusão na autodeclaração por parte da entrevistada, desta forma a consideramos como indígena.

Branças, Pardas totalizam 21,54%, Negras/Pretas são 5,02%, Amarelas são 1,36%, Indígenas são 0% e 0,3% Outras (CFESS, 2022). Desta forma, é possível dizer que os percentuais locais regionais seguem a tendência do Estado: Brancas são a maioria, seguido por Pardas, Negras/Pretas e Indígena.

GRÁFICO 2 - PERTENÇA ÉTICO-RACIAL (AUTODECLARADA)



FONTE: Elaboração própria.

Mesmo se agregarmos os percentuais de Negras/Pretas e Pardas (totalizando 33,33%) não nos aproximamos da estimativa do IBGE na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral (3º Trimestre de 2022) para a população do país. Segundo o Instituto, 55,7% da população se autodeclara negra ou parda. Porém, o levantamento do Instituto aponta também que no Estado do Paraná 63,7% são Brancos enquanto Negros e Pardos totalizam 35,1% (IBGE, 2022). Sendo assim, os percentuais relativos à amostragem desta pesquisa têm correspondência com os dados regionalizados do IBGE ao mesmo tempo que se distanciam das informações nacionais. Isto provavelmente ocorre devido a política de embranquecimento promovida pelo Estado brasileiro no final do século XIX e início do século XX. Tal política, racista e de influência eugenista, financiou a imigração de populações consideradas superiores, europeias e brancas, no intuito de miscigenar a população tornando-a mais clara. Os Estados do sul do país receberam grande parte destes

imigrantes (das chamadas Grandes Imigrações), sendo ainda hoje denominados como os mais “europeus” do Brasil<sup>22</sup>.

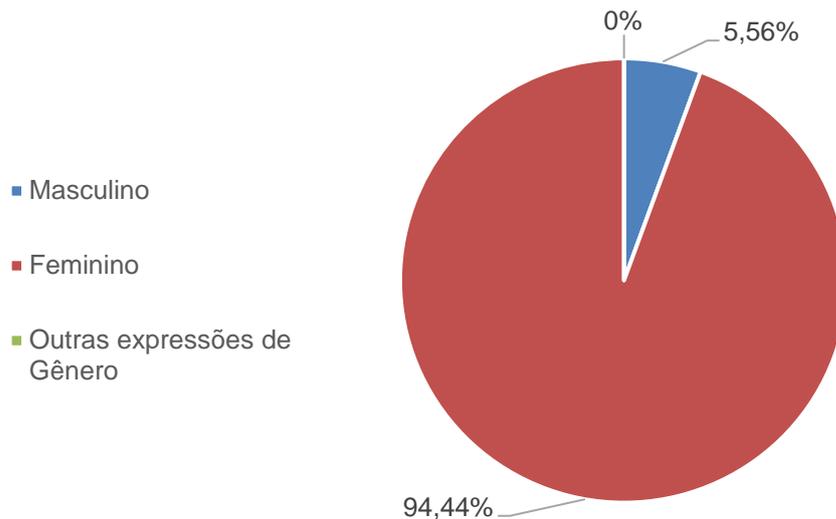
Somado a esta política do Estado brasileiro que alterou a composição racial da população dos estados do sul do país, é necessário considerar que o acesso à educação em nível superior pela população negra/parda é ainda hoje crivado pelo racismo. O racismo, como construção social ideológica de hierarquização da população, tende a beneficiar determinados grupos em detrimento de outros. Para Almeida (2020), ele é um processo histórico e político em que a classe dominante/hegemônica submete às margens da sociedade as classes subalternas, sendo elas mantidas sob a opressão constante e exploração. Para o autor, o racismo não é apenas um elemento disseminado em nossa sociedade, na verdade ele faz parte da estrutura social de tal modo que é impossível compreender nosso país sem analisar a questão racial. Exatamente pelo racismo ser estrutural e se expressar de diversas formas na sociedade (comportamento individual, nas instituições, etc.) é que podemos compreender que apenas no ano de 2018 o número de pessoas negras/pardas cursando ensino superior em instituições públicas passou a ser maioria (50,3%), isto, conforme dados do IBGE contidos na Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil divulgados em 13/11/2019 (apud NITAHARA, 2019). Reconhecendo as desigualdades no acesso ao ensino superior o Estado brasileiro aprovou a Lei de Cotas (Lei Federal 12.711/2012) - que destina 50% das vagas em universidades e institutos federais para pessoas pardas, pretas, indígenas, com deficiências e estudantes de escolas públicas. Inclusive a mudança nos percentuais de pessoas negras e pardas no ensino superior público pode ser resultado desta política. Cabe ressaltar que o acesso ao ensino superior, por si só, não garante a redução das desigualdades. Pois, é necessário observar a permanência destes estudantes nas instituições de ensino superior e as demais desigualdades que incidem sobre este grupo social mantendo barreiras que dificultam seu desenvolvimento e os mantém como classe subalterna.

---

<sup>22</sup> A cidade de Curitiba é um ótimo exemplo a este respeito, o município possui diversos parques e bosques em homenagem aos imigrantes europeus, japoneses e árabes (Praça da Espanha, Memorial Ucrainiano, Memorial Polonês – Bosque do Papa, Bosque do Alemão, Portal Italiano – Santa Felicidade, Bosque Portugal, Praça do Japão, Memorial Árabe), geralmente situados nos principais bairros da cidade e ocupados pela classe média e classe alta. Já a imigração forçada dos povos africanos é praticamente apagada da memória da cidade, possuindo apenas a Praça Zumbi dos Palmares localizada em bairro periférico como símbolo da presença negra na cidade.

Acompanhando a tendência histórica, a maioria das nossas entrevistadas se identificaram como sendo do gênero feminino, precisamente 94,44%. Enquanto apenas 5,56% se identificam com o gênero masculino (gráfico 3). Não houve respondentes que se identificassem com outras expressões de gênero.

GRÁFICO 3 - IDENTIDADE DE GÊNERO



FONTE: Elaboração própria.

Em comparação com os percentuais nacionais, novamente o litoral segue a tendência. No Brasil 92,92% das assistentes sociais se identificam com o gênero feminino, com o gênero masculino se identificam 6,97%, e 0,10% com outras expressões de gênero (CFESS, 2022). Sem dúvidas a conformação histórica da profissão nos permite compreender o motivo pelo qual ela é eminentemente feminina.

O momento histórico de emergência do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho ocorre na passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista (NETTO, 2007). Buscando distender o conflito de classes o Estado assume para si a tarefa de intervir nas expressões da questão social através das políticas sociais. “Neste âmbito está posto o mercado de trabalho para o Assistente Social: ele é investido como um dos agentes executores das políticas sociais” (NETTO, 2007, p.74). A interpretação corrente sobre a constituição da categoria profissional nos informa que a tarefa de executar as políticas sociais, na origem da profissão (protoformas), recai sobre as mulheres porque à época se compreendia que as ações educativas e caridosas correspondiam às características “naturais”

femininas. Assim, no quadro social e político da década de 1930, as funções socialmente atribuídas às mulheres (cuidar do lar, desempenhar a maternidade e zelar pelo bem-estar do outro) foram redimensionadas como atribuições essenciais para a construção de uma população brasileira saudável, disciplinada e operosa (OSTOS, 2012). Segundo a tese de Maria Kiehl, apresentada na 4ª semana de ação social em 1940, “A mulher é feita para compreender e ajudar. Dotada de grande paciência, ocupa-se eficazmente de seres fracos, das crianças, dos doentes. A sensibilidade torna-a amável e compassiva (apud IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p.172).

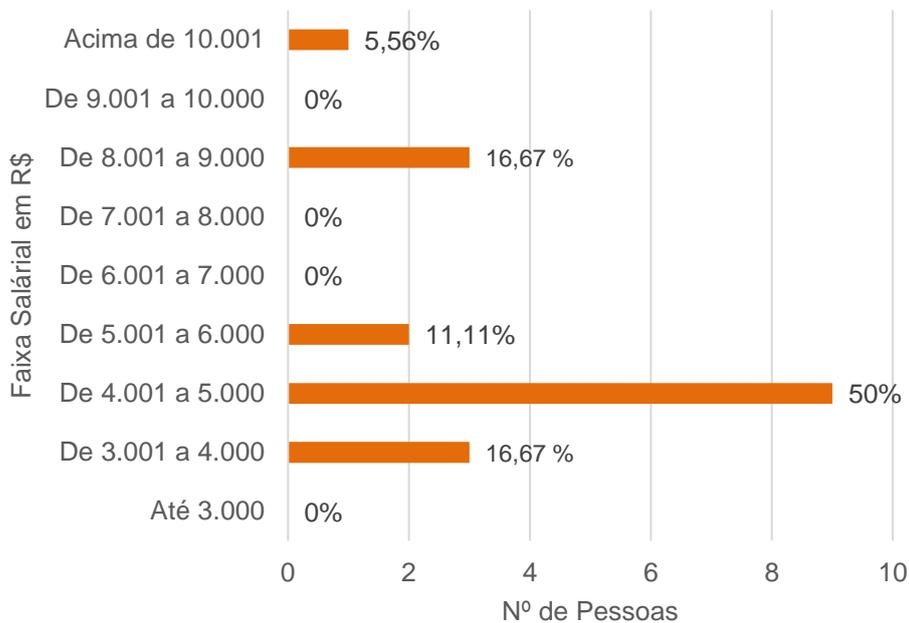
A associação das características femininas com a profissão permeia a trajetória histórica do serviço social. Ainda hoje no imaginário popular as características reconhecidas/atribuídas ao serviço social estão vinculadas à imagem da mulher. Esta marca está culturalmente enraizada. Para além disso, é necessário destacar que o surgindo da profissão coincide com o avanço da mulher branca no mercado de trabalho, o que também contribui para a ocupação deste espaço profissional pelas mulheres, bem como pela ocupação desigual e subalterna em profissões historicamente exercidas por homens (médico, engenheiro, promotores de justiça, etc.).

Entretanto, salientamos que a presença masculina no serviço social também têm seu espaço desde a institucionalização do curso de formação profissional. Conforme Bertelli (2017), em março de 1938, na cidade de São Paulo, teve início o ano letivo da primeira turma mista da Escola de Serviço Social de São Paulo (ESS/SP). Ainda conforme a autora, estes “cursos mistos foram criados para atender a uma solicitação do Departamento de Serviço Social do Estado de São Paulo que necessitava para alguns de seus serviços de assistentes sociais masculinos”. E em 1940 foi criada a primeira Escola masculina, o Instituto de Serviço Social de São Paulo (ISS/SP). Desta forma, foi reproduzida nas relações de trabalho das assistentes sociais uma configuração de gênero em que aos homens competem as posições de chefia. Porém, Bertelli pondera que mesmo com esta distinção de gênero (disputa interna à categoria), ela não excluiu outras possibilidades de ocupação dos espaços socio-ocupacionais pelos homens, “A posição dos homens na estrutura das relações de gênero nesse campo profissional não era única e extensiva aos assistentes sociais indistintamente, posto que a própria masculinidade se constitui de assimetrias e hierarquias internas”. (BERTELLI, 2017).

Em grande medida, é justamente pela profissão se caracterizar majoritariamente como feminina que os rendimentos (salários) costumam ser baixos se comparados a outras categorias profissionais que requerem graduação em nível superior. O gráfico 4 nos mostra que 66,67% das entrevistadas obtêm remuneração mensal de até 5.000 reais. Ou seja, 12 das 18 entrevistadas estão nesta faixa salarial. Uma das três entrevistadas que atuam como assistente social em mais de um espaço socio-ocupacional, compõem a renda com mais de uma fonte, também está nesta faixa salarial.

Conforme a Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos, realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), o salário-mínimo necessário para custear os gastos com habitação, alimentação, vestuário, transporte e higiene de uma família, composta por dois adultos e duas crianças, é de R\$ 6.647,63 (dezembro de 2022). Portanto, para doze das nossas entrevistadas seus rendimentos estão pelo menos 24,79% abaixo da remuneração recomendada.

GRÁFICO 4 - RENDIMENTO DE TODOS OS VÍNCULOS COMO ASSISTENTE SOCIAL



FONTE: Elaboração própria.

Ao passo que o Gráfico 4 indica, principalmente, a precarização das condições de vida das assistentes sociais vinculadas à política pública da saúde no

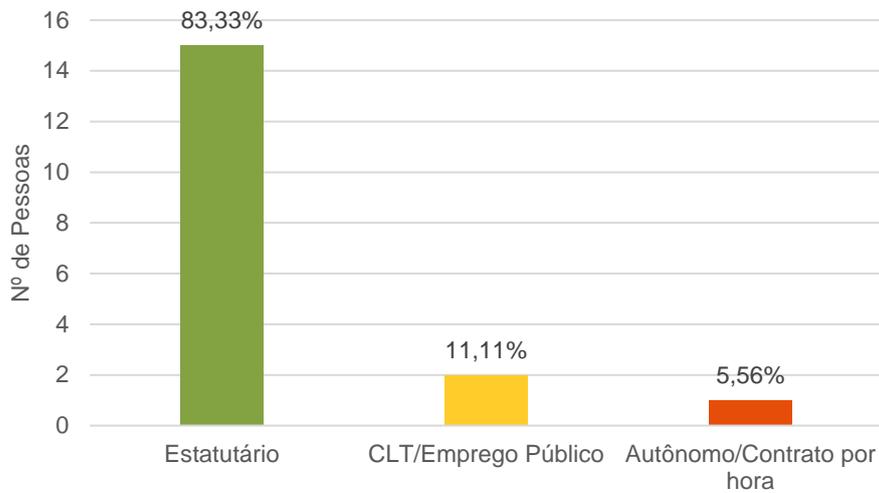
litoral, o Gráfico 5 sinaliza para a precarização das relações de trabalho. Desnecessário dizer que a baixa remuneração também está relacionada a precarização do trabalho, pois, isto impulsiona a realização de jornadas de trabalho extensas através de horas-extra ou segundo emprego.

Todas as 18 entrevistadas possuem vínculo com o poder público, seja Municipal ou Estadual. Porém, nem todas estão na condição de Estatutária (piso salarial equiparado, plano de carreira, estabilidade e demais benefícios trabalhistas e sociais). Ao cruzarmos a faixa de rendimento com o vínculo empregatício, é notório que as assistentes sociais que possuem o vínculo de trabalho mais precarizado (Emprego Público e Autônomo) estão entre aquelas que recebem as menores remunerações. E, ao cruzarmos o Ano de Graduação (gráfico 7) com o Vínculo Empregatício, novamente surge as mesmas assistentes sociais com o vínculo mais precarizado como sendo aquelas graduadas a partir de 2015.

Este fato corrobora com a interpretação de Marx sobre a dinâmica econômica e social. Para o qual, quando há queda na realização do lucro por diferentes fatores que compõe a produção da riqueza, reduz-se as possibilidades de acumulação privada de capital e sobre o trabalho recaem as medidas de cortes e redução de direitos que permitem ampliar a expropriação da mais valia e gerar o excedente para a acumulação.

Estes dados indicam um movimento recente do poder público em direção a terceirização dos servidores por meio de Fundações públicas (fundação estatal) e/ou contratos temporários com profissionais autônomos, atendendo aos anseios neoliberais de redução da “máquina pública” para reduzir gastos. Apesar das fundações públicas estarem previstas na legislação brasileira desde a promulgação do Decreto-Lei n. 200/1967, é a partir de 2005, com o estímulo do Governo Federal para a remodelagem do estatuto da fundação pública com a proposição de lei complementar nº 92/2007 (ainda não apreciada pela Câmara dos Deputados), que começa a proliferar fundações no âmbito estadual e municipal, devidamente autorizadas por legislação aprovada nas respectivas esferas de poder (CONASS, 2016).

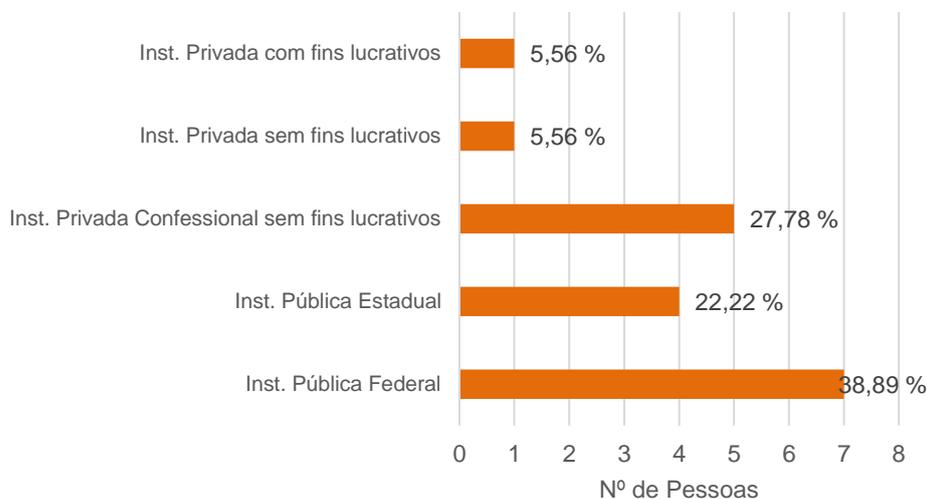
GRÁFICO 5 - VÍNCULO EMPREGATÍCIO



FONTE: Elaboração própria.

A respeito da formação, como veremos nos próximos gráficos, constatamos que a maioria das profissionais entrevistadas possuem formação recente e alto grau de atualização/especialização. Além disso, no gráfico 6 podemos observar que cinco (27,78%) profissionais se graduaram em instituição confessional. Esta informação é relevante devido a associação histórica entre o serviço social e a igreja católica (protoformas do serviço social). Os dados também nos mostram que onze profissionais entrevistadas (61,11%) se graduaram em instituições públicas gratuitas, uma (5,56%) se graduou em instituição privada sem fins lucrativos e outra (5,56%) se graduou em instituição privada com fins lucrativos.

GRÁFICO 6 - INSTITUIÇÃO DE GRADUAÇÃO



FONTE: Elaboração própria.

Ao compararmos os dados sobre a Instituição de Graduação das entrevistadas com os dados do Ano de Graduação (quadro 1), é possível observar que graduadas em instituições públicas passaram a ser maioria nos últimos dez anos. O Quadro 1 também nos permite observar a importância da UFPR Setor Litoral na transformação da realidade local ao disponibilizar graduação gratuita em serviço social. Evidente que para aferir com maior precisão o impacto desta instituição pública na transformação da região é necessário expandir a amostra para além das profissionais vinculadas à política pública de saúde.

QUADRO 1 - ANO DE GRADUAÇÃO POR INSTITUIÇÃO

<b>Ano Graduação</b>	<b>Instituição de Graduação</b>
1986	PUC-PR
1998	UEPG
1999	PUC-PR
1999	UEPG
1999	UEPG
2004	PUC-PR
2005	PUC-PR
2006	ESPÍRITA- PR
2008	UNIAMERICA
2008	UNICENTRO
2010	UFPR
2012	PUC-PR
2012	UFSC
2015	UFPR
2016	UFPR
2020	UFPR

FONTE: Elaboração própria.

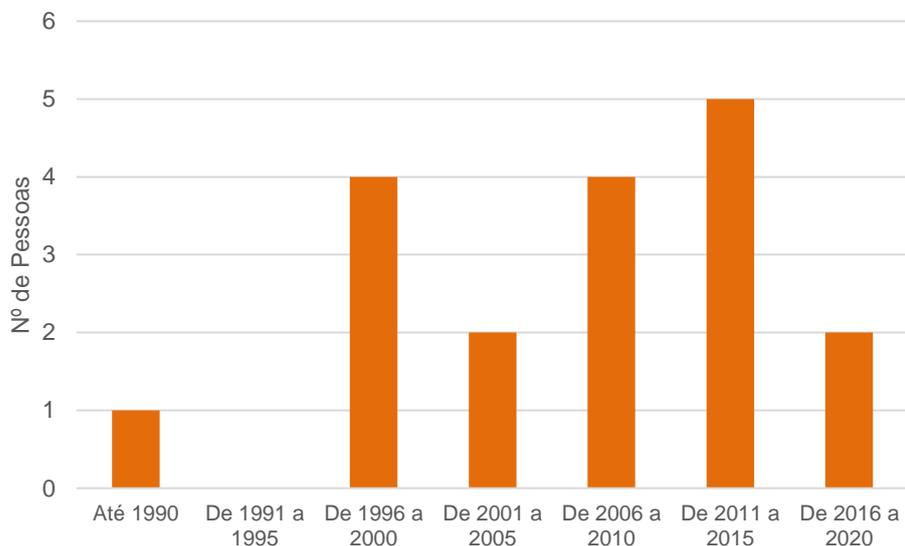
O gráfico 7 confirma nosso apontamento feito sobre o gráfico 1 a respeito da formação das nossas entrevistadas terem ocorrido após as conquistas do Movimento de Reconceituação. Dezesete entrevistadas se graduaram entre 1998 e 2020. E onze destas concluíram seus cursos a partir de 2006. Período em que, teoricamente, houve tempo hábil para modificações Curriculares das instituições de ensino.

A este respeito, dois marcos legais merecem destaque por apontarem para a possibilidade de que as inovações conquistadas podem ter influenciado na formação acadêmica. O primeiro deles são as Diretrizes Curriculares da ABESS/ABEPSS (1996), as quais foram formuladas após um longo processo de debates iniciados a partir do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em 1979, e da

Convenção Geral da ABESS em 1993 compreender que o avanço teórico crítico construído pela categoria nos últimos anos exigiam a revisão do Currículo Mínimo de 1982 (ABEPSS, 2023). Segundo ABEPSS (2014, p. 02-03, apud ABEPSS, 2023), a proposta da entidade era de formar uma profissional com capacidade “teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a apreensão teórico-crítica do processo histórico como totalidade”. Além disso, almejavam promover também a “compreensão do significado social da profissão; e o desvelamento das possibilidades de ações contidas na realidade e no exercício profissional que cumpram as competências e atribuições legais”.

O segundo marco significativo é a aprovação pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) das Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino superior. Apesar da importância histórica do documento construído coletivamente pela categoria profissional cinco anos antes, ele só passou a ser obrigatório em 2001 quando foi aprovado pelo CNE. No entanto, no processo de aprovação a proposta de Diretrizes sofreu profundas alterações (ABEPSS, 2023).

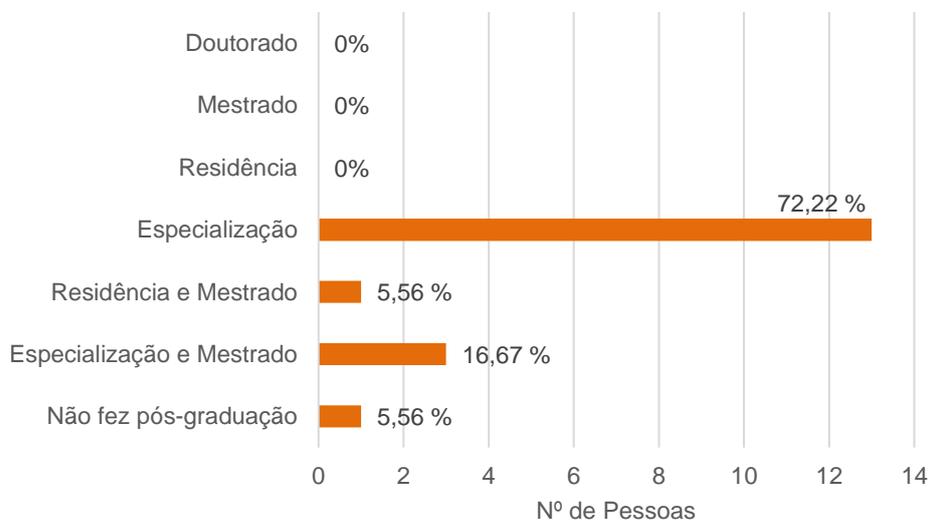
GRÁFICO 7 - ANO DE GRADUAÇÃO



FONTE: Elaboração própria.

De acordo com CFESS (2022), as assistentes sociais do país exercem seu trabalho majoritariamente como assalariadas vinculadas ao setor público<sup>23</sup>. Este fato contribui para a quantidade expressiva de profissionais pós-graduadas. Sugerimos três possíveis motivos que explicam este fato: O primeiro possível motivo é a necessidade pragmática de se especializar para melhor atuar profissionalmente na realidade concreta, uma vez que a graduação em serviço social tem caráter generalista e muitas vezes deixa lacunas na formação; O segundo possível motivo diz respeito ao mercado de trabalho ser competitivo mesmo no setor público. Para facilitar aprovação em concurso público, as bacharéis recorrem a pós-graduações como alternativa para pontuar nesses concursos; O terceiro possível motivo está relacionado ao plano de carreira. É comum que em estados e municípios, nos quais existem plano de carreira, a progressão salarial esteja vinculada também a realização de cursos de especialização, mestrado e doutorado.

GRÁFICO 8 - PÓS-GRADUAÇÃO



FONTE: Elaboração própria.

<sup>23</sup> Como nossa pesquisa entrevistou apenas trabalhadoras que atuam no setor público (municipal e estadual), não temos dados disponíveis para traçar comparação entre público/privado e os dados nacionais disponibilizados por CFESS 2022.

## 2 TRABALHO E CAPITALISMO

Neste capítulo apresentaremos resumidamente aspectos do capitalismo e do trabalho como determinantes<sup>24</sup> estruturais da atuação profissional das assistentes sociais na realidade concreta, ou seja, nas expressões da questão social. No primeiro subitem abordamos o trabalho como categoria ontológica, em sua dimensão objetiva e subjetiva. No subitem seguinte tratamos de aspectos históricos fundamentais para compreendermos o capitalismo e o trabalho nos dias de hoje, e, por fim, no último subitem discutimos o neoliberalismo e suas implicações nas políticas sociais no Brasil.

### 2.1 O TRABALHO COMO CATEGORIA ONTOLÓGICA

O trabalho é uma das principais categorias analíticas desenvolvidas por Karl Marx na sua obra “O Capital”. Para Marx, o trabalho é a fonte da riqueza e da vida social, é a atividade humana que transforma a natureza em meios de subsistência e produção, bem como é o meio pelo qual os indivíduos se relacionam uns com os outros e constroem a sociedade. É o trabalho que separa a espécie humana das determinações biológicas que comandam as atividades de sobrevivência dos demais animais (MARX, 2013). Mais do que isso, o trabalho transforma a natureza ao mesmo tempo em que constitui o ser social. Sendo assim, ele é a “categoria fundante do mundo dos homens” (LESSA, 2016, p. 33).

Ao tratar do tema, Marx (2013, p. 327) nos alerta que um “incomensurável intervalo de tempo separa o estágio em que o trabalhador se apresenta no mercado como vendedor de sua própria força de trabalho daquele em que o trabalho humano ainda não se desvincilhou de sua forma instintiva”. Evidente que o autor analisa o trabalho após esta separação ter ocorrido. No entanto, a separação em relação ao trabalho humano “instintivo” não significa uma independência em relação a natureza em geral. Pois, existe um intercâmbio orgânico entre os humanos e a natureza.

A constante transformação da natureza para a produção dos bens indispensáveis à reprodução humana, é uma condição ineliminável da vida humana.

---

<sup>24</sup> Desnecessário dizer que na perspectiva marxista as determinações são ao mesmo tempo determinantes da prática social e determinadas pela prática social. Portanto, não são estanques, mas sim, passíveis de serem alteradas. Evidente que as modificações em nível estrutural requerem mediações complexas que não estão sob controle do indivíduo isolado.

O que separa os humanos das demais espécies animais é o trabalho. O trabalho inaugura um processo histórico que com o tempo leva os humanos a se distanciar da natureza em “um autêntico ser social, com leis de desenvolvimento histórico completamente distintas das leis que regem os processos naturais” (LESSA, 2016, p. 37). Portanto, agindo sobre a natureza a fim de transformar a matéria natural em uma forma útil para sua própria vida (valor de uso), os humanos transformam também a sua própria natureza (MARX, 2013, p. 327).

Tais transformações ocorrem por intermédio do processo de trabalho, que em sua forma simples é, “em primeiro lugar, a atividade orientada a um fim, ou o trabalho propriamente dito; em segundo lugar, seu objeto e, em terceiro, seus meios” (MARX, 2013, p. 328). Ou seja, a atividade de transformação da natureza exige a projeção, na consciência, do que se espera obter com aquela ação, como irá ser obtido, quais recursos naturais serão transformados e o que se sabe sobre eles, e quais ferramentas ou instrumentos serão utilizados para atingir os fins desejados. Esta capacidade de projeção e de intervenção gera novas situações, e transforma a realidade uma vez que ela não é mais a mesma ao fim do processo.

A transformação objetiva da realidade implica também na transformação subjetiva do trabalhador, visto que ao fim do processo de trabalho o sujeito adquiriu novos conhecimentos e novas habilidades. Esta nova situação faz com que surjam novas necessidades e novas possibilidades para atendê-las. Estas, por sua vez, “impulsionam os indivíduos em direção a novas prévias ideações e, em seguida, a novas objetivações” (LESSA, 2016, p. 37) em um ciclo constante, mas não linear de desenvolvimento.

Conforme Neto e Braz (2012a), o trabalho é sempre atividade coletiva. O “sujeito nunca é sujeito isolado, mas sempre se insere num conjunto (maior ou menor, mais ou menos estruturado) de outros sujeitos” (NETTO; BRAZ, 2012a, p. 46). Por um lado, isto exige a comunicação através de uma linguagem articulada que permita a transmissão de representações e a transmissão dos conhecimentos obtidos com o processo de trabalho. Por outro lado, as objetivações nunca transformam apenas o sujeito que trabalha, mas impulsionam mudanças coletivas, evoluções sociais, impactando a organização social do grupo. No bojo dessas transformações a espécie humana se desenvolveu como um “novo tipo de ser”, radicalmente inédito e totalmente diferente do que é encontrado na natureza, o ser social. Desta forma, nas palavras dos autores, o “homem é natureza historicamente transformada” (NETTO; BRAZ,

2012a, p. 48-50). E este desenvolvimento histórico é o desenvolvimento do ser social, é o processo de humanização ou de autoconstrução humana.

## 2.2 O TRABALHO E O DESENVOLVIMENTO CAPITALISTA

Como vimos, o trabalho é a base da reprodução material e subjetiva da espécie humana, ou melhor, é a base da reprodução da sociedade. Tal reprodução ao longo da história se processa em diferentes formas de organização social. Para os objetivos deste texto não cabe percorrer a longa história do desenvolvimento das diferentes organizações sociais, das diferentes sociedades e suas especificidades. Iremos esquematicamente destacar alguns marcos relevantes a fim de facilitar a compreensão do trabalho na sociedade capitalista atual. Contudo, destacamos que apesar do que possa parecer com a descrição feita a seguir, a evolução da humanidade não se dá de forma linear ou no sentido “evolucionista”. Ela se processa em diferentes sentidos sem necessariamente um nexo causal direto, mas entremeado por avanços e retrocessos difíceis ou impossíveis de serem controlados pelos sujeitos que vivenciaram os fatos na realidade concreta em seu tempo histórico.

Há uma certa imprecisão sobre o tempo decorrido, mas estima-se que as primeiras comunidades de organização social simples (ou de baixa complexidade) surgiram há três milhões de anos, no que se convencionou a chamar de pré-história. Estas comunidades eram nômades que vivam da coleta de vegetais e da caça de animais, e ao longo do tempo desenvolveram rituais e rudimentos do que viria a ser a ciência atual. Percorrido um longo período histórico, mas ainda na pré-história (fase neolítica, 10.000 ac a 6.000 ac), estas comunidades dominaram a agricultura e a domesticação de animais. Este salto técnico alterou profundamente a forma de manutenção/ reprodução da vida. Isto permitiu com que as comunidades deixassem o nomadismo e se fixassem em um território. Estes desenvolvimentos contribuíram para outros avanços, por exemplo, o domínio de metais para a fabricação de utensílios, ferramentas e armas. O que cabe destacar é que nesse período histórico, com o domínio da agricultura e domesticação dos animais, as comunidades passaram a produzir mais do que o necessário para a manutenção da vida. Dito de outra forma, passaram a ter excedente econômico.

Segundo Netto e Braz (2012a), o excedente econômico está diretamente vinculado à produtividade do trabalho, a qual está associada às forças produtivas: os

meios do trabalho (ferramentas, instrumentos, conhecimento, etc.), os objetos do trabalho (matérias primas que sofrerá a ação de transformação), a força de trabalho (energia humana utilizada para transformar a natureza em bens úteis). E, por sua vez, o aumento da produtividade do trabalho está relacionada à divisão social do trabalho. A divisão social do trabalho se configurou de diferentes formas nas sociedades ao longo da história, desde a divisão sexual, nas comunidades de organização social simples, até a divisão especializada do trabalho, nas sociedades capitalistas (organização social de alta complexidade). Os autores destacam ainda que as forças produtivas se inserem em relações de caráter técnico e em caráter social, as quais constituem as relações de produção. Enquanto o primeiro diz respeito ao domínio que os trabalhadores (produtores diretos) têm sobre o processo de trabalho e os meios de trabalho, o segundo diz respeito às relações sociais de produção, as quais são determinadas pelo regime de propriedade. A propriedade privada dos meios de produção divide a sociedade em dois grupos antagônicos, os que possuem os meios de produção e os que possuem apenas a força de trabalho (NETTO; BRAZ, 2012a, p. 71).

Conforme sinalizado anteriormente, o excedente econômico possibilitou transformações nas relações sociais ao longo do tempo, inclusive, possibilitou não apenas o provisionamento de recursos para eventualidades ou a troca comercial entre comunidades, mas possibilitou também o acúmulo do produto do trabalho. E o acúmulo viabilizou a exploração do trabalho humano. A partir deste momento passou a ser vantajoso controlar, por meio da violência física e/ou de instrumentos ideológicos, contingentes humanos a terem sua força de trabalho explorada (LESSA, 2016).

A exploração do homem pelo homem introduziu contradições sociais irreconciliáveis na sociedade, assim sendo, as comunidades de baixa complexidade social e o seu modo de produção (articulação entre forças produtivas e relações de produção) característico (coletivizado) foi paulatinamente substituído pelo modo de produção escravista (pautado na propriedade privada). O escravismo no ocidente<sup>25</sup> teve início com a civilização da Grécia Antiga e seu apogeu no Império Romano. Este

---

<sup>25</sup> Como bem nos lembra Lessa (2016), ao tratarmos do escravismo na antiguidade e seus processos evolutivos posteriores que nos levam até o capitalismo atual, estamos nos referindo à Europa Ocidental, afinal, é a partir dela que emerge o modo de produção capitalista que se sobrepõem aos demais e se espalha por todo o planeta em um verdadeiro processo de mundialização.

modo de produção trouxe avanços significativos quanto à organização e complexidade social. O aumento do excedente econômico favoreceu as trocas comerciais com outras sociedades, propiciou o desenvolvimento de novas ferramentas e tecnologias de trabalho, bem como o avanço do conhecimento sobre a natureza e a sociedade.

As sociedades escravistas estavam divididas em duas classes fundamentais compostas por: pessoas escravizadas, quem produzia a riqueza, e pelos proprietários dos meios de produção, donos das propriedades rurais que se apropriavam do excedente produzido pelas pessoas escravizadas. Atribui-se a este modo de produção a organização do poder político na forma do Estado. Este, servia para intervir na sociedade e organizar as relações sociais para garantir o controle sobre grandes extensões de terras e sobre os povos conquistados e manter a submissão das massas de escravizados que compunham a força produtiva. A manutenção das relações de trabalho exigia do Estado, vultuosos gastos com os instrumentos de repressão, com o exército (que detinha o monopólio da violência), o funcionalismo público, etc. Em um dado momento histórico o excedente econômico produzido não foi mais capaz de sustentar as exigências para a manutenção da organização social, e sob a pressão de “povos bárbaros” (invasões bárbaras) o Império Romano ruiu levando consigo o modo de produção escravista (NETTO; BRAZ, 2012a; LESSA, 2016).

A organização econômico-social que emergiu com a derrocada do Império Romano foi o feudalismo (século V ao século XV). Como nos lembra Lessa (2016, p. 44-45), a transição foi caótica, lenta, desigual nas diferentes regiões da Europa e caracterizada pela ausência de uma classe revolucionária. O modo de produção feudal tem como particularidade a produção agrária em territórios (feudos) autossuficientes que serviam também de fortificações militares para a defesa. As classes fundamentais eram compostas pelos senhores feudais, donos das terras que se apropriavam do excedente econômico, e os servos, produtores diretos que eram expropriados. A diferença entre este modo de produção e o anterior, é que no feudalismo as relações entre as classes estavam organizadas por compromissos, nos quais cabia ao senhor feudal a proteção à vida do servo enquanto ao servo cabia a produção/ prestação de serviços. Outra diferença significativa é que o servo era dono de suas ferramentas e instrumentos de trabalho e ficava com parte de sua produção.

Na baixa idade média (século XI ao século XV), na Europa ocidental, o comércio de produtos artesanais passa a ganhar espaço na dinâmica econômica e se

expande com as Cruzadas e o estabelecimento de rotas comerciais para o oriente. Desta forma, a estrutura social do feudalismo inicia um processo de diversificação com o surgimento de corporações de artesãos e ligas de comerciantes. Já no final da baixa idade média os burgos (cidades) adquirem cada vez mais relevância por serem postos comerciais e por passarem a concentrar grandes contingentes populacionais. Nestes espaços a população livre das relações servis ligadas à terra trabalhava em troca de dinheiro, ou comercializava suas mercadorias em troca do dinheiro. O desenvolvimento do comércio propiciou a emergência do grupo social representante do capital mercantil e favoreceu a introdução de uma outra forma de riqueza na sociedade feudal, a riqueza mobiliária, o acúmulo de dinheiro (NETTO; BRAZ, 2012a; LESSA, 2016). O uso do dinheiro penetra as relações entre os senhores e os servos. Estes passam a serem pagos pelos seus serviços, com dinheiro.

A emergência destas novas relações econômico-sociais alteram a dinâmica até então vigente na sociedade feudal ao mesmo tempo que acirraram os conflitos entre senhores e servos, uma vez que o excedente econômico extraído pelos senhores das relações agrárias não era mais suficiente para sustentar as demandas e o consumo por produtos não produzidos nos feudos. O aumento dos conflitos entre estas classes fundamentais incorreu na concentração do poder político no Estado Absolutista como alternativa para controlar a população insatisfeita. Este Estado, que em um primeiro momento auxiliou a classe dos senhores feudais em sua manutenção, se viu pouco a pouco influenciado e dominado pelo novo grupo social emergente, os comerciantes/burgueses.

Assim, o Estado nacional absolutista passa a depender desta nova classe para sua manutenção, concedendo a ela espaço político e predominância econômica (monopólios comerciais ultramarinos / grandes navegações, sistema fiscal unificado, etc.). Ao longo do tempo o Estado que havia servido aos senhores feudais e concedido benesses à classe emergente, passa a ser um obstáculo ao desenvolvimento burguês. E com a relevância social e econômica que os burgueses adquiriram, eles passam a disputar o poder político em diferentes frentes (ideológico, econômico, religioso, científico, etc.) até finalmente tomarem o poder com o uso da violência nas Revoluções Burguesas (Puritana e Gloriosa na Inglaterra do século XVII e a Revolução Francesa no século XVIII - 1789). A vitória da burguesia revolucionária implica na modificação do antigo Estado absolutista sob novas relações, coloca-o à

disposição para o completo desenvolvimento das forças produtivas capitalista (NETTO; BRAZ, 2012a, p. 88).

Como pudemos observar até aqui, mesmo antes da consolidação do modo de produção capitalista a existência da propriedade privada e a expropriação do excedente econômico por um determinado grupo, e, portanto, a exploração do homem pelo homem, foram gestados e consolidados ao longo de mais de 3.000 anos. A emergência do capitalismo transformou radicalmente a forma das relações sociais de praticamente todas as sociedades do planeta, no entanto, não alterou em essência a exploração e a propriedade privada.

Diferentes pensadores da tradição marxista costumam identificar três momentos (fases) do capitalismo, os quais vão desde o desenvolvimento inicial até a fase superior deste modo de produção. Aqui tomamos como referência o caso clássico da Inglaterra, o que não significa que o desenvolvimento tenha sido igual em todas as regiões deste país e muito menos no restante da Europa. Sobre o primeiro deles já apresentamos algumas características históricas acima. É a “acumulação primitiva” viabilizada pelo “cercamentos” de terras nos países da Europa ocidental e pelo comércio global pautado na exploração colonial, associado à produção de mercadorias - através do processo de trabalho “cooperativo”<sup>26</sup> - destinadas principalmente às relações metrópoles-colônias. Esta fase é identificada como capitalismo mercantil (compreendida entre os séculos XV e a primeira metade do século XVIII). Nesta etapa do pré-capitalismo, os Estados Europeus expandiram seu comércio e seu domínio territorial através da colonização de territórios de outros continentes e da subjugação violenta de outros povos. É neste processo que a escravidão moderna se inscreve. Enquanto nos países da Europa ocidental o trabalho se transformava em mercadoria a ser vendida e comprada no mercado de trabalho, nas colônias o trabalho era explorado de forma violenta ao submeter povos africanos e indígenas a regimes extenuantes de trabalho e a processos de tortura de todos os tipos. Portanto, o capitalismo é tributário da escravidão moderna, e os países reconhecidos hoje em dia como centrais no capitalismo só acumularam capital

---

<sup>26</sup> Trata-se de um processo de trabalho no qual o trabalhador domina as técnicas de produção do começo ao fim, é um processo semelhante a produção artesanal com baixa divisão do trabalho. Neste processo o capitalista reúne os trabalhadores assalariados em um mesmo espaço mas ainda não possui controle sobre o processo de produção. Para Marx, neste processo de trabalho o controle do capitalista era apenas formal, ou seja, subsunção formal do trabalho ao capital (MARX, 2013).

suficiente para avançar para um novo modo de produção e novas relações econômico-sociais com a violenta exploração da mão-de-obra de povos considerados, por eles, como inferiores.

Com a consolidação do poder obtido com as Revoluções Burguesas, o desenvolvimento das forças produtivas ganha novo impulso e as relações econômico-sociais rapidamente vão se alterando rumo a próxima fase do capitalismo, o chamado capitalismo concorrencial. Esta fase tem raízes nos avanços tecnológicos da primeira revolução industrial (segunda metade do século XVIII) e nas conquistas políticas anteriormente referidas. Sua duração vai até as últimas décadas do século XIX. Nesta fase, o capitalismo se espalha para outros Estados ocidentais aumentando a integração econômica mundial. O modo de produção capitalista se consolida, o proprietário dos meios de produção passa a controlar o processo produtivo e promove a divisão do trabalho interno na unidade produtiva. Introduzindo, desta forma, a especialização das atividades. Enquanto um pequeno grupo é altamente especializado em suas funções, a maioria dos trabalhadores passa a realizar tarefas simples e repetitivas durante sua jornada de trabalho. Isto aumenta a produtividade do trabalho ao mesmo tempo em que subdivide a classe trabalhadora. Segundo Marx, a partir deste momento ocorre a “subsunção real do trabalho ao capital” (MARX, 2013). As mudanças impulsionadas com a consolidação do capitalismo alavancaram o crescimento urbano. Se anteriormente o crescimento das cidades estava associado ao desenvolvimento do comércio e às oportunidades de se livrar das relações servis no campo, agora as cidades se tornaram o refúgio de uma massa de trabalhadores expulsa do campo e desprovida de meios de subsistência que não fosse a venda da sua força de trabalho no mercado que surgiu nas cidades, local onde as indústrias estavam instaladas.

A subsunção real do trabalho ao capital significa também a submissão do trabalhador ao capitalista e o aumento da exploração do trabalhador, os quais realizavam jornadas de até 16 horas de trabalho por dia e vivam em condições péssimas de subsistência. O crescimento urbano desorganizado, causado pela expulsão de parte da população rural dos campos, formou uma massa populacional pauperizada e desempregada nos centros urbanos que serviram de “estoque de força de trabalho” (exército industrial de reserva), favorecendo a exploração e a submissão do trabalhador empregado às condições extenuantes que lhe eram impostas. O advento da máquina a vapor, iluminação a gás, entre outras, forçaram os trabalhadores a seguirem o ritmo da máquina ao mesmo tempo em que diminuiu o

emprego da mão-de-obra humana no processo produtivo. Em outras palavras, relativizou a dependência do capitalista em relação ao trabalhador, e também ocasionou o desemprego.

Este período histórico é marcado pela ampla adesão dos Estados nacionais da Europa ocidental à teoria do liberalismo econômico. Sob sua influência, os empresários capitalistas concorriam livremente no mercado tendo como ente regulador das relações econômicas o próprio mercado. A representação simbólica desta “liberdade” é a expressão atribuída ao economista Adam Smith, “a mão invisível do mercado”. Ou seja, o próprio mercado se organiza da melhor maneira possível (Lei da oferta e da demanda promove a autorregulação da produção). E, nesta configuração político-social, cabe ao Estado atuar como garantidor da propriedade privada, da livre concorrência e da ordem - controle do proletariado / trabalhadores por meio da repressão violenta.

Diante da brutalidade da exploração capitalista, com a extensão das jornadas de trabalho para se extrair mais-valia (absoluta), os operários passam a se organizar e a reivindicar melhores condições de trabalho e de vida. Dois grandes movimentos na primeira metade do século XIX na Inglaterra foram o *ludista* (de caráter radical, os protestos quebravam as máquinas das fábricas) e o *cartista* (de caráter reformista, exigia concessão de direitos e benefícios via parlamento). Na mesma época houveram também as “Revoluções de 1848” ou “Primavera dos Povos”, sendo este um conjunto de revoluções surgidas em diferentes regiões da Europa de caráter democrático-liberal. Como resultado do despertar político dos trabalhadores, a partir da segunda metade do século XIX, são criadas a Associação Internacional dos Trabalhadores, a Internacional Socialista, o movimento sindical moderno, partidos políticos socialista e social-democratas. A organização política dos trabalhadores, a duras penas, trouxe modificações significativas na forma de controle social empreendida pelo Estado. Tal controle passou da repressão violenta para concessão de direitos e mediação da relação entre capital e trabalho.

Marx interpreta este momento, em que a classe trabalhadora passa a se organizar e a se manifestar, como sendo a transformação da “classe em si” em “classe para si”. O primeiro é resultado das mudanças nas relações econômico-sociais, enquanto o segundo é resultado da tomada de consciência pela classe trabalhadora do seu antagonismo com os interesses da classe burguesa (NETTO; BRAZ, 2012a,

p. 187). A entrada da classe trabalhadora no campo político é condição essencial para a constituição da questão social<sup>27</sup>.

De acordo com NETTO e BRAZ (2012a, p. 189-190), em conjunto com esses processos sociopolíticos estavam ocorrendo três outros processos significativos nos últimos trinta anos do século XIX, dois de natureza econômica e um de natureza técnico-científica. O Desenvolvimento científico nos campos da biologia, física e química era impulsionado e impulsionava avanços na produção industrial. Houve o desenvolvimento do aço, do alumínio, de corantes e tintas, fabricação do papel a partir da polpa da madeira, motor a combustão, generalização do uso do petróleo, entre outros. Na economia houve a mudança da função dos bancos e o surgimento de monopólios.

No capitalismo concorrencial o sucesso no mercado competitivo estava em cortar custos e expandir a produção, um processo que requer a acumulação incessante de capital, estimulado por novas tecnologias e novas formas organizacionais do trabalho. Os avanços tecnológicos e científicos desempenham uma dupla função, de um lado diminuem a dependência do processo produtivo em relação ao trabalho vivo, e de outro instituem uma competição assimétrica entre os capitalistas. Neste processo de acumulação competitiva, os processos produtivos exigiam vultosos gastos com equipamentos e tecnologias que apenas grandes capitalistas conseguiam sustentar. Desta forma, os grandes capitalistas acabavam por acumular cada vez mais capital ao derrotarem pequenos empreendedores e a dominarem ramos inteiros da produção. Esta tendência do movimento do capital foi chamada por Marx de “concentração do capital” (MARX, 2013). Marx identificou também outra tendência do movimento do capital, a “centralização do capital”. Na centralização, o aumento de capital ocorre pela fusão de capitais existentes, seja pela compra de empresas pelos grandes capitalistas, ou seja, pela formação de cartéis, *holdings*, e outras formas associativas (NETTO; BRAZ, 2012a, p. 143).

---

<sup>27</sup> Outro fator que constitui a questão social, enquanto categoria analítica, é resultado do processo de reprodução do capital, que produz uma acumulação de miséria, de disparidades econômicas, políticas e culturais entre as classes sociais. A questão social traz uma articulação entre estrutura e sujeitos históricos. Ou seja, é constituído de fatores estruturais que independem da ação política dos sujeitos. Mas também contém ações deliberadas e conscientes de sujeitos que querem mudar as condições socioeconômicas em que vivem. Nenhum destes elementos sozinhos (estrutural e sujeito histórico) é capaz de suscitar a questão social, que é produto e expressão da relação contraditória entre estes dois elementos. Dito de outra forma, é produto e expressão da contradição fundamental entre capital e trabalho historicamente problematizado (PEREIRA, 2003).

Os bancos tiveram papel fundamental na competição entre capitalistas industriais, pois, eles detinham enormes massas de capitais sob seu controle e as disponibilizavam para empréstimos. Os investimentos nos maquinários, a expansão da produção, e as demais melhorias impeliam os capitalistas industriais a recorrerem ao crédito bancário. Assim, os bancos passaram não apenas a fornecer o crédito, mas se valendo do seu conhecimento privilegiado sobre a situação dos empreendimentos, passaram a ser sócios ou a controlar as empresas através das compras de ações. Conforme NETTO e BRAZ (2012a, p. 192), associado a isto, os próprios bancos também passavam pelo processo de concentração e centralização de capital formando monopólios bancários. E a partir da união dos capitais monopolistas industriais e bancários, surgiu o capital financeiro.

Este processo de “acumulação competitiva” criou as condições para a nova fase do capitalismo, o capitalismo monopolista / imperialista (que tem início nos últimos anos do século XIX e perdura até os dias atuais). O surgimento de grandes monopólios industriais e bancários, e, por conseguinte, do capital financeiro e das oligarquias financeiras, impactou a dinâmica econômica nacional e internacional, dado o poder de controle das atividades econômicas que eles detêm e a influência política derivada deste controle (NETTO; BRAZ, 2012a, p. 191).

Sobre o capitalismo monopolista / imperialista, Lênin (1977 apud NETTO; BRAZ, 2012a, p. 193) destaca que além da formação das oligarquias financeiras, oriundas da união dos monopólios, há também a exportação de capitais, a partilha do mundo entre os monopólios capitalistas e a partilha territorial entre os Estados nacionais. Visando a extração máxima de lucros e a expansão do controle dos mercados, as empresas monopolistas concedem empréstimos para governos e para capitalistas estrangeiros, e criam indústrias em outros países<sup>28</sup> mediante incentivos fiscais e liberdade na repatriação dos capitais (repatriação do lucro). Os monopólios realizam também acordos com empresas monopolistas de outros países garantindo o controle dos mercados de determinadas regiões do planeta, enquanto os Estados nacionais, sob influência dos monopólios, realizam a divisão territorial do mundo. A

---

<sup>28</sup> Nos países onde se instalam estas empresas são chamadas de multinacionais. Geralmente elas se fixam em um determinado país ao considerar a desarticulação da classe trabalhadora (fragilidade sindical) e após negociação com os Estados nacionais, os quais lhe concedem incentivos fiscais, liberdade na repatriação dos lucros, entre outros.

máxima expressão desta disputa territorial entre os países imperialistas foram a Primeira e a Segunda Guerra Mundial.

De acordo com NETTO e BRAZ (2012a, p. 205), o capitalismo imperialista pode ser dividido em três fases: a clássica (dos anos finais do século XIX até a Segunda Guerra Mundial), detentora das características apresentadas anteriormente, esta fase foi marcada por sucessivas crises de grande impacto sobre a economia global, por exemplo, a crise de 1929 que levou a falência de diversas empresas em diferentes países; a fase seguinte, dos “anos dourados” (pós-guerra até os anos 1970) caracterizado, entre outras coisas, pela alteração do papel do Estado – Estado de bem-estar social; e, a contemporânea (dos anos 1970 em diante), caracterizado pela dissolução de parte das conquistas sociais de outrora e pela redução do papel estatal na proteção social, fase pautada na política econômica neoliberal.

As sucessivas crises econômicas (gerando aumento do desemprego e demais consequências para a classe trabalhadora, bem como, para os capitalistas), a organização dos operários (em sindicatos, ligas, partidos políticos, associações, etc.) e a Revolução Proletária de 1917 na Rússia, alteraram a compreensão de uma parcela dos dirigentes capitalistas a respeito do papel do Estado. Se no capitalismo concorrencial e na fase clássica do imperialismo o Estado intervia pouco na economia e na regulação da relação capital e trabalho, na fase dos “anos dourados”, inspirado nas proposições de John Keynes, o Estado passou a atuar como regulador dos investimentos privados visando evitar crises e amenizar suas consequências, além de implementar benefícios e políticas sociais. As proposições de Keynes buscavam conjugar medidas econômicas e sociais para gerar demanda e garantir meios de pagamentos. A intervenção na economia servia como mecanismo de amortecimento de crise (anticíclico), algumas das medidas sugeridas foram a concessão de crédito, subsídios para o investimento capitalista, política fiscal, etc. Sua proposta estava baseada em dois pilares: pleno emprego, gerado através de produção de serviços públicos, e maior igualdade social, realizada através do aumento da renda através das políticas públicas.

Esta mudança do papel do Estado, no chamado *welfare state*, é uma conquista obtida a longo prazo pelo movimento dos trabalhadores que lutavam desde as primeiras décadas do século XIX por melhorias nas condições de trabalho e de vida. É justamente a pressão popular e a consequente alteração na forma de controle social empreendida pelo Estado, a partir da segunda metade do século XIX, que emerge na

divisão sociotécnica do trabalho o serviço social como mediador especializado da relação capital e trabalho, especificamente, na gestão e execução das políticas sociais. Tal especialização é alavancada, principalmente, a partir do ideário Keynesiano no pós-segunda guerra.

Uma das mudanças mais significativas no âmbito econômico do capitalismo imperialista/monopolista em sua fase “anos dourados”, foi a alteração na organização do trabalho iniciado na fase anterior do imperialismo. Tais mudanças foram acompanhadas pelo crescimento da hegemonia norte-americana no processo produtivo industrial no pós II Guerra Mundial, estabelecendo novos processos produtivos que impactaram a organização do trabalho em vários países do mundo. As alterações foram resultado das inovações tecnológicas e científicas proporcionadas pelo Taylorismo e Fordismo. Buscando ampliar o controle sobre o processo de trabalho, no intuito de aumentar a extração da mais-valia, Taylor propôs a gerência científica do trabalho para criar, através de métodos de experimentação, regras e maneiras padrões de executar o trabalho. Essas regras padrões seriam obtidas pela melhor equação possível entre tempo e movimento (RIBEIRO, 2015). Já o Fordismo, também almejando o controle do processo produtivo, trouxe como inovação técnica a introdução da esteira rolante, que ao fazer o trabalho chegar ao trabalhador numa posição fixa, conseguiu aumentar os ganhos de produtividade intensificando o ritmo de trabalho de forma automatizada. Contudo, o Fordismo buscava ir além de uma proposta de organização racional do trabalho e da produção, buscava a constituição de um novo modo de vida. Conforme Ribeiro (2015), a produção em massa Fordista significava o consumo em massa, esta nova forma de reprodução da força de trabalho exigia uma nova política de controle e gerência da força de trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia (RIBEIRO, 2015, p. 69). Neste sentido, o Fordismo estimulava o consumo em massa e o controle do modo de vida do trabalhador. A intensificação do trabalho dado pelo controle do processo produtivo levou a insatisfação generalizada dos seus operários. Como alternativa de apaziguamento, Ford aumentou o salário dos seus trabalhadores acima da média. Esta medida não apenas contornou os ânimos exaltados como estimulou o aumento do consumo. Este modelo de processo produtivo se espalha a outros ramos industriais e para outros Estados nacionais na fase “anos dourados” do imperialismo, e seus efeitos alcançam todas as dimensões da sociedade e incide diretamente na produção do “modo de vida americano” (*american lifestyle*).

Conforme sinalizado anteriormente, foi da conjunção das mudanças técnico-científicas promovidas pelo Taylorismo-Fordismo, do ideário Keynesiano (liberalismo heterodoxo, visava amenizar crises) e da pressão dos trabalhadores que almejavam mudanças (trabalhadores organizados, Revolução Socialista na Rússia – a mesma saiu com a imagem fortalecida da segunda Grande Guerra) que emergiu o Estado de Bem-estar social (com características variadas nos diferentes países do capitalismo central, mas em geral orientado pela intervenção Estatal na economia, pautado no pleno emprego e na proteção social) trazendo alterações profundas nas sociedades. Mas a este ciclo próspero adveio a queda das taxas de lucro e a redução do ritmo de crescimento econômico a partir da segunda metade dos anos 1960. Abrindo, desta forma, o caminho para a terceira fase do capitalismo monopolista / imperialista, o capitalismo contemporâneo.

Segundo Netto e Braz (2012a, p. 225), os países centrais do capitalismo, no início de 1970, foram impactados pelo colapso do ordenamento financeiro mundial, causado pela desvinculação do dólar americano do ouro (o padrão-ouro servia como lastro para o comércio internacional), pela crise do Petróleo, causada pela alta dos preços do petróleo determinada pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo, e pela efervescência da contracultura e dos movimentos contestatórios de grupos sociais historicamente marginalizados. Ainda conforme os autores, diante desta conjuntura, o capital monopolista reagiu em três frentes: reestruturação produtiva, a financeirização e neoliberalismo.

A reestruturação produtiva é um processo que envolve mudanças nas formas de produção, na organização do trabalho e relações de emprego. Para Harvey (1992), a reestruturação produtiva é um processo de reorganização da produção que visa a maximização do lucro, através da busca de novos mercados, da intensificação da competição e da redução dos custos de produção. A reestruturação vincula-se à incorporação de tecnologias avançadas na linha de produção, que reduz a demanda pelo trabalho vivo, gerando novas ondas de demissões. O movimento de reestruturação, norteado pelo processo produtivo Toyotista (de caráter flexível, definido pelo contexto sociohistórico japonês, que avançou na produção automobilística com alta tecnologia embarcada e buscando atender a um novo padrão de consumidores), vêm em substituição ao modelo Taylorista–Fordista (de caráter rígido, produção em massa e consumo de produtos padronizados). Em síntese, o Toyotismo é marcado pelos seguintes traços constitutivos: a organização e gestão do

trabalho é baseada no *just in time*, produzir no tempo certo na quantidade exata, evitando a formação de estoques e focando no atendimento da demanda exata do mercado. Inclusive com a personalização de produtos para atender nichos de mercado; os trabalhadores são envolvidos no processo de trabalho visando a melhoria da produção e o aumento da qualidade; trabalho em equipe, os trabalhadores desempenham múltiplas funções (polivalentes); Sindicatos por empresas, os cargos assumidos na empresa confundem-se com os do sindicato; Processo de terceirização, os grandes monopólios subcontratam outras empresas para prestarem serviços, fornecerem peças ou mesmo para fabricarem seus produtos do começo ao fim (RIBEIRO, 2015, p. 74).

A reestruturação produtiva tem impactos significativos sobre os trabalhadores. Conforme Antunes (1995), um dos principais impactos é a precarização do trabalho, que se manifesta na crescente informalidade. Isto porque o incremento tecnológico requer menor quantidade de trabalho vivo, portanto, aumenta o desemprego, e, porque as grandes empresas terceirizam suas atividades. Nestes locais os benefícios concedidos para o trabalhador da grande empresa não estão disponíveis para os terceirizados. Outro impacto é a redução dos salários e dos benefícios sociais, e a flexibilização dos contratos de trabalho gerando instabilidade no emprego. Além disso, a reestruturação produtiva pode levar à intensificação do trabalho, com a imposição de metas cada vez mais elevadas, prazos apertados e jornadas de trabalho mais longas. Isso pode acarretar em problemas de saúde, como o estresse e a depressão, além de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Em resumo, a reestruturação produtiva é um processo que transformou e continua transformando profundamente as relações de trabalho, levando a uma crescente precarização do emprego e à intensificação do trabalho.

A outra frente de reação dos monopólios foi a financeirização do capital. De acordo com Lamamoto (2015), a financeirização se refere ao processo pelo qual a lógica financeira se torna cada vez mais dominante no sistema econômico e na sociedade como um todo. É um processo no qual a atividade financeira assume um papel central em detrimento da produção de bens e serviços. Isso implica na crescente importância do setor financeiro na economia atuando como motor da valorização do capital, em detrimento do setor produtivo. O que gera mudanças significativas na estrutura e na dinâmica do sistema econômico. A autora ressalta que essa transformação tem consequências profundas para a sociedade, incluindo a

concentração de riqueza e poder nas mãos de poucas pessoas e empresas, a ampliação da desigualdade social e a fragilização do Estado como regulador da economia.

As características centrais do processo de financeirização são: as valorizações fraudulentas de ações; os falsos esquemas de enriquecimento imediato; a destruição estruturada de ativos por meio da inflação; a dilapidação de ativos mediante fusões e aquisições; a promoção de níveis de encargos de dívidas que reduzem populações inteiras, mesmo nos países capitalistas avançados; as fraudes corporativas e o desvio de fundos decorrentes de manipulações do crédito e das ações (NETTO; BRAZ, 2012a, p. 241-247).

Conforme já sinalizado anteriormente, valendo-se dos recursos informacionais, o processo de financeirização teve suporte na concentração do sistema bancário e financeiro, que proporcionou a monopolização do sistema financeiro. Parte do capital disponível nestes monopólios foi investida na produção e no setor de serviços, e parte substantiva permaneceu no circuito da circulação buscando se valorizar. Porém, no modo de produção capitalista a criação de valor deriva apenas da esfera da produção, a circulação não gera valor novo. Mesmo assim, Netto e Braz (2012a) pontuam que atualmente tem-se um “fabuloso crescimento (em função da superacumulação e da queda das taxas de lucros) dessa massa de capital dinheiro que não é investida produtivamente, mas que succiona seus ganhos (juros) da mais-valia global” (NETTO; BRAZ, 2012a, p. 243). Os autores afirmam ainda que as operações situadas na esfera da circulação, tornando-se hipertrofiadas e desproporcionais em relação à produção real de valores, ou seja, especulativas. De forma que “os rentistas e possuidores de capital fictício (ações, cotas de fundos de investimentos, títulos de dívidas públicas) extraem ganhos sobre valores frequentemente imaginários” (NETTO; BRAZ, 2012a, p. 244). Por fim, cabe destacar ainda que a financeirização concedeu ainda mais poder para os países do capitalismo central em detrimento dos periféricos. Isto, porque uma forma de render juros em prol dos monopólios financeiros foi o empréstimo realizado por eles para Estados nacionais. Um dos condicionantes para o acesso ao crédito foi a adesão a reformas na política econômica recomendadas pelas agências internacionais, por exemplo, o Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, os quais representam os interesses das oligarquias financeiras.

A última frente de reação foi a formulação e adesão generalizada à ideologia neoliberal. Em resumo grosseiro, pode-se dizer que o neoliberalismo é uma ideologia orientada pelos ideais do liberalismo clássico (mas atualizada para a década de 1970) e prega a desregulamentação da relação capital e trabalho, defende a mínima intervenção do Estado na economia (privatizações, etc.), e defende a redução dos gastos públicos – especialmente com políticas sociais. As conquistas obtidas pelos trabalhadores, e implementadas pelos Estados de bem-estar social nos países do capitalismo central, são alvo de críticas porque gerariam um gasto excessivo e limitariam as ações comerciais prejudicando a liberdade econômica. Além disso, a elevação dos salários e o conseqüente fortalecimento das organizações sindicais são vistos como ameaças à economia, pois podem aumentar os custos com mão-de-obra e elevar os índices de inflação. Dessa forma, os neoliberais defendem a máxima desregulamentação da força de trabalho, com a diminuição da renda e a flexibilização do processo produtivo. Os grandes promotores desta ideologia são as instituições financeiras internacionais, as quais condicionaram os empréstimos aos países à adesão aos preceitos neoliberais. Entre as medidas que os Estados deveriam adotar estão: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto, direito à propriedade intelectual, desregulamentação (flexibilização de leis econômicas e trabalhistas), e privatização de empresas estatais.

Em relação à privatização, Netto e Braz (2012a, p. 240) destacam que a desnacionalização da economia operada pela transferência de riqueza social, construída com recursos públicos gerados pela população, se deu por um processo corrupto que entregou setores estratégicos para o grande capital em detrimento do controle estatal e em detrimento da população. O avanço do grande capital sobre os serviços de primeira importância e sobre os complexos industriais estatais “são as maiores oportunidades de investir” (CHESNAIS, 1996, apud NETTO; BRAZ, 2012a, p. 240). Ou seja, são nichos de mercado estruturados, sem concorrência e prontos para se extrair o máximo de lucro com baixo investimento.

### 2.3 NEOLIBERALISMO NO BRASIL

A partir dos anos 1970 o neoliberalismo se alastrou pelos países do capitalismo central e nos países periféricos. Mas os efeitos e a voracidade sobre os

países periféricos foram relativamente maiores dado a dependência econômica e as múltiplas fragilidades existentes. No Brasil, os efeitos desta ideologia e suas repercussões políticas, não são menos deletérias. As particularidades da conjuntura brasileira imprimem características específicas e justificam a relativa demora de sua adesão a esta orientação político-econômica.

Na emergência do neoliberalismo o Brasil encontrava-se sob o domínio dos militares, que haviam realizado o golpe civil-militar em 1964 e ficaram no poder até 1985, os quais tinham como orientação o nacional desenvolvimentismo, mesmo que permeado pelos desmandos do capital financeiro internacional. Nos anos 1980 o país passava por uma forte crise econômica (estagnação, baixo crescimento do Produto Interno Bruto, alta taxas de inflação, endividamento externo) que adentrou os primeiros os anos da década de 1990. Este fato contribuiu para o Regime Militar perder sua legitimidade, e, sob pressão popular, promover a abertura democrática. A redemocratização foi um processo lento e gradual, mas de intensa efervescência política. Os movimentos sociais ganham força e visibilidade, ampliando seu grau de influência na direção política do país, e pautam suas lutas por direitos sociais e políticos, entre suas conquistas estão formulação de um sistema de seguridade social abrangente, que, em diferentes aspectos, remete aos princípios do Estado de bem-estar social de outrora. Neste sentido, pode-se dizer que as conquistas registradas na Constituição de 1988 vão na contramão da ideologia que passou a vigorar em outros países capitalistas na mesma época.

O neoliberalismo aporta realmente no Brasil na década de 1990, no governo de Fernando Collor de Mello, que implementou uma série de medidas de liberalização da economia, como a abertura comercial e a privatização de empresas estatais. No entanto, foi durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) que o neoliberalismo se consolidou como a principal orientação econômica do país, com a adoção de políticas de estabilização monetária (Plano Real), e de contrarreformas estruturais, como a privatização de empresas estatais e a flexibilização das leis trabalhistas. Conforme Behring e Boschetti (2011, p. 150-151), as conquistas no campo da política social inscritas na Constituição de 1988 (reformas progressistas) e o Estado passaram por um desmonte e destruição em “uma espécie de reformatação para serem adaptados à lógica do capital”, desta forma, passando por uma abrangente “contrarreforma do Estado no país, cujo o sentido foi definido por fatores estruturais e conjunturais externos e internos, e pela disposição política da coalização

de centro-direita” que governava o país naquele momento. Dito de outra forma, apesar dos avanços sociais conquistados no processo de redemocratização, é no contexto adverso e marcado por disputas ideológicas e econômicas da década de 1990 que as políticas sociais precisaram ser regulamentadas e de fato implementadas.

Segundo Behring e Boschetti (2011), um dos argumentos amplamente utilizados pelos defensores do neoliberalismo/contrarreforma no Brasil é de que o problema está no Estado, por ser ele robusto, interventor, ineficiente e de alto custo para sua manutenção, e, por isso, deveria ser “reformado” para atender às novas requisições econômicas, corrigindo-se distorções e reduzindo-se gastos. Na contramão deste argumento, está o fato de que na década de 1990 a

[...] política econômica corroía aceleradamente os meios de financiamento do Estado brasileiro através de uma inserção na ordem internacional que deixou o país à mercê dos especuladores no mercado financeiro, de forma que todo o esforço de redução de custos preconizado escoou pelo ralo do crescimento galopante das dívidas internas e externas. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 152).

Portanto, não havia condições concretas para que de fato as acusações, por parte dos defensores do neoliberalismo, representassem a realidade. As autoras destacam também que houve (e ainda há) uma campanha de mídia de deslegitimação do Estado e de defesa das privatizações das empresas públicas, incorrendo na criação de uma “subjetividade antipública” na população. Para estimular as privatizações, estas campanhas midiáticas e os representantes do neoliberalismo no país, utilizam-se de argumentos relacionados à necessidade de atrair capitais internacionais, reduzir as dívidas externa e interna, obter preços mais baixos para os consumidores, melhorar a qualidade dos serviços, e atingir a eficiência econômica das empresas mal geridas pelo Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 152-153).

No entanto, Behring e Boschetti (2011) afirmam que o desempenho altamente lucrativo das empresas privatizadas se deu, entre outras coisas, porque houve o aumento de preços e tarifas, houve demissões antes e depois das privatizações, as dívidas das empresas foram assumidas pelo governo, isto, sem falar nas facilidades oferecidas aos compradores em relação a empréstimos com juros baixos, entre outros benefícios (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 153). Diante da pressão do capital internacional, mediada por instituições financeiras de crédito, houve a entrega do patrimônio público para o capital estrangeiro. O que implicou na remessa dos lucros

para o exterior, no desmonte de parte do parque industrial nacional (desindustrialização), no desemprego e no desequilíbrio da balança comercial.

Na esteira do discurso da redução de gastos e da reforma do Estado, o governo tomou medidas para se esquivar de suas responsabilidades no campo dos direitos sociais. Algumas dessas medidas dizem respeito a criação de agências executivas, estímulo a implementação de fundações estatais de direito privado, e a regulamentação do terceiro setor, ao qual foi “transferida” parte da responsabilidade da execução de políticas sociais. Neste contexto, as instituições filantrópicas e as Organizações Não Governamentais ganham força na área social, a partir da década de 1990, e reatualizam o trabalho voluntário pautado na “caridade e na ajuda” em detrimento do trabalho profissional qualificado.

De acordo com Behring e Boschetti (2011), a tendência geral dos efeitos do neoliberalismo no Brasil é de restrição e redução dos direitos sociais, baseado no argumento de crise fiscal – que por sua vez cria uma “cultura de crise permanente” – transformam as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias de caráter focalizadas e seletivas. Ou seja, direcionadas às camadas mais pauperizadas da população.

Os efeitos deletérios da ideologia neoliberal não se restringem apenas à década de 1990. Esta ideologia permeou os governos petistas (Luiz Inácio Lula da Silva nos anos de 2003-2006 e 2007-2010, e da Dilma Rousseff nos anos de 2011-2014 e 2015-2016), mesmo que com características diferenciadas em relação ao período anterior. Acirrou-se nos governos de Michael Temer (de 2016 a 2018) e de Jair Bolsonaro (de 2019 a 2022), alcançando êxito nas contrarreformas trabalhista e previdenciária, para citar apenas dois fatores que intensificaram a precariedade das relações de trabalho, o empobrecimento e a desproteção social da classe trabalhadora.

Sobre os governos petistas, Moller (2013) ressalta que eles mantiveram as bases macroeconômicas do governo FHC, deram continuidade às reformas do Estado, por exemplo, a Previdenciária. Contudo, deixaram de promover a privatização aberta e direta de empresas estatais, conseguiram produzir a retomada do crescimento econômico e tiveram impactos consideráveis sobre os indicadores que

medem a desigualdade de renda (MOLLER, 2013, p. 116). Esse processo de desenvolvimento econômico e social experimentado, segundo Moller<sup>29</sup> (2013),

foi convencionalmente chamado de neodesenvolvimentismo. Após a eleição do governo petista, as ações empreendidas se tornaram objeto de debates teóricos e políticos que tentam desvendar as características e a natureza deste projeto. Em dez anos, o governo mesclou atitudes conservadoras e progressistas e tornou difusa a opinião a seu respeito. Em cada período, respondeu ainda, de acordo com a conjuntura, com maior austeridade fiscal, ou com maior investimento público, tornando o debate sobre a natureza de seu programa controverso. (MOLLER, 2013, p. 116).

Alguns estudiosos avaliam que os governos petistas podem ser considerados neodesenvolvimentista em vez de neoliberais, no entanto, discordamos desta análise e reforçamos que o ideário que orienta a política econômica é de fato o neoliberal. Os defensores daquela tese argumentam que as políticas adotadas foram no sentido de buscar o crescimento econômico e social brasileiro e o fortalecimento do capitalismo no país, contando com programas de transferência de renda, em vez de romper radicalmente com a política neoliberal (SOUZA; HOFF, 2019). Não cabe aqui entrar em maiores debates sobre o assunto, mas o fato de ser mantida a orientação macroeconômica igual aos governos reconhecidamente neoliberais, indica sua posição a este respeito, mesmo que haja significativas diferenças entre um ou outro governo.

Não obstante, a era PT trouxe novos ares para as políticas sociais. Com a situação econômica internacional favorável e com uma política de conciliação de classes, o país passou a investir em programas e políticas para a garantia de direitos (Fome Zero, bolsa Família, PROUNI, REUNI, etc.). O Estado diminuiu a voracidade do neoliberalismo, por isso alguns analistas dizem que este período foi o único na história brasileira que mais nos aproximamos de um Estado de bem-estar social (pleno emprego e investimento em políticas sociais). Os governos do PT ampliaram os investimentos em todas as áreas. Os gastos com a área de saúde quase dobraram, foram criados programas como o Mais Médicos e Farmácia Popular, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

---

<sup>29</sup> A referida autora tomou por base os estudos de Ana Elizabete Mota na obra “Desenvolvimentismo e construção de hegemonia - crescimento econômico e reprodução da desigualdade”.

Os bons ventos começam a dar sinal de perda de intensidade quando explode a bolha imobiliária dos Estados Unidos da América (EUA) em 2007 (crise internacional 2008). Apesar da margem de segurança que o Brasil tinha naquele momento, os reflexos da crise iniciam um período de desaceleração da economia, puxado pela redução na demanda externa por *commodities* (principal item de exportação). Os ventos favoráveis passaram a soprar contra a partir de 2012. E em 2014 tornaram-se tempestade ao associar-se à crise política.

Ao que tudo indica, novamente os EUA influenciaram os acontecimentos internos em nosso país na tentativa de desestabilizar um governo que não estava alinhado diretamente a seus interesses, facilitando assim seu acesso aos nossos bens naturais (pré-sal, etc.).

Em meio à tempestade os “esqueletos guardados no armário” durante a última década são resgatados e expostos sem pudor algum: racismo, homofobia, preconceito de gênero, preconceito de classe, etc. Para Souza (2017), é justamente este preconceito de classe, o ódio ao pobre, que a classe média e alta tem, que derrubou o governo PT.

Em 2016 a presidenta Dilma Rousseff sofre um golpe jurídico-parlamentar, assumindo o governo seu vice Michel Temer. Este retira as amarras que retardavam o neoliberalismo e adota políticas de austeridade (PEC do Teto, etc.). Coincidentemente, no mesmo período o neoliberalismo avançou em outros países da América Latina. Neste mesmo ano nos EUA Donald Trump vence as eleições. Sua política adotou posições controversas, oscilando entre um nacionalismo e o conservadorismo.

Dois anos mais tarde ocorre a eleição presidencial brasileira, na qual o inexpressivo político Jair Messias Bolsonaro vence as eleições. Sua ascensão ao poder se dá pelo papel político que o judiciário prestou ao retirar o principal candidato do páreo e pela ausência de um candidato da direita qualificado capaz de vencer a disputa. Neste sentido, Bolsonaro soube surfar na onda conservadora e preconceituosa que havia sido retirado do armário (preconceito de classe, racismo, xenofobia, etc.), e pelo uso indiscriminado de *fake news* para manipular a opinião pública.

O governo Bolsonaro aprofundou a política neoliberal de Michel Temer e avançou sobre todos os direitos sociais pautando contrarreformas, a exemplo da previdência, da administrativa, de privatizações estatais. Ou seja, além de

contrarreformas, incide a desregulamentação da proteção social e ambiental, pauta a destruição de inúmeras políticas sociais, culturais, educacionais, de direitos humanos que representavam conquistas nos últimos anos. Seu declarado objetivo foi desregulamentar para deixar a “mão invisível do mercado” se autorregular, ou, nas palavras de um dos seus principais Ministros à época, à frente do Ministério do Meio Ambiente, Ricardo Salles, “deixar a boiada passar”.

As políticas sociais, em especial o sistema de saúde, sofreram forte revés no governo Bolsonaro. Ao lermos notícias sobre os cortes no financiamento da atenção básica (Saúde da Família) ou então manchetes de notícias como: “Ministro da Saúde de Bolsonaro é o primeiro a propor cobrança de atendimentos no SUS” (FIGUEIREDO, 2019) ou “Ministério suspende contratos para produção de 18 remédios e uma vacina” (CANCIAN, 2019), nesta última vale destacar que o governo havia suspenso contratos com laboratórios públicos para comprar os medicamentos de laboratórios privados. Ambas as notícias, anteriores a pandemia de Covid-19, evidenciam a orientação econômica do seu governo e a influência que o setor privado de saúde adquiriu com a mudança na gestão governamental. Diante disso, é possível dizer que o Governo Bolsonaro operou baseado em dois princípios: neoliberalismo na economia e o conservadorismo nos costumes, uma vez que foi eleito por uma classe média preconceituosa, se manteve no poder por causa dela e quase foi reeleito também por ela.

Como pudemos observar, o neoliberalismo representou (e ainda representa) um obstáculo à implementação plena das políticas sociais e aos direitos sociais inscritos na Constituição Federal de 1988, bem como, sua expressão sobre os governos tiveram relativa variação conforme a conjuntura política, econômica e social interna e externa ao país ao longo do tempo.

### **3 POLÍTICA DE SAÚDE COMO ESPAÇO SOCIO-OCUPACIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS**

Tendo abordado, no capítulo anterior, aspectos estruturais mais gerais sobre o trabalho e o capitalismo, os quais determinam a atuação profissional na realidade concreta, neste terceiro capítulo tratamos também de aspectos estruturais, mas agora focado na política pública de saúde e no serviço social nesta área de atuação. Desta forma, damos continuidade com o movimento de análise do particular para a totalidade social e da totalidade para o particular. Neste capítulo, especificamente, analisamos um ponto de mediação entre as dimensões macrossocial e microssocial. No primeiro subitem resgatamos esquematicamente a história da constituição da política de saúde no Brasil, partindo da década de 1930. No subitem seguinte destacamos aspectos do serviço social na área da saúde, e, finalmente, no terceiro subitem tratamos da relação do movimento de reforma sanitária e do serviço social.

#### **3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Não pretendemos aqui descrever detalhadamente os antecedentes históricos da política de saúde até os dias atuais. O objetivo é tão somente delinear traços gerais para melhor compreendermos o movimento de reforma sanitária.

Conforme vimos no capítulo 2, sob a égide do capitalismo industrial, a relação entre capital e trabalho é profundamente alterada nas primeiras décadas do século XX, inclusive no Brasil. Assim, aos problemas já existentes em nossas terras, por exemplo as questões sociorraciais oriundas do escravismo e a pauperização da população, associa-se uma profusão de questões sociais advindas da nova forma de exploração do trabalho. Bravo (2012) ressalta que as expressões da questão social neste período exigiam uma transformação na forma de intervenção, mudando do setor policial para o setor político.

No contexto de crise econômica internacional e nacional (crise da bolsa 1929) ocorre a revolução de 1930 (Revolução Tenentista). Esta Revolução marcou o rompimento com a estrutura de poder da Primeira República, iniciada em 1889 e controlada pelas oligarquias cafeeiras, e a modernização do Estado, em relação a política pública e administrativa. É apenas neste momento (Era Vargas 1930-1945) que surgem os primeiros esforços sistemáticos do Estado para a mitigação das

mazelas do capitalismo. Importante destacar que tais esforços são resultado de pelo menos dois fatores, o primeiro, diz respeito a organização dos trabalhadores urbanos que desde o começo do século vinham realizando greves por melhores condições de trabalho e de vida. Por exemplo, o primeiro grande movimento grevista brasileiro ocorreu em julho de 1917, em São Paulo, quando uma greve geral paralisou completamente a cidade. E o segundo fator foi a necessidade de congregar toda a nação entorno do projeto de desenvolvimento do país. Portanto, é da necessidade de controlar os trabalhadores e legitimar o novo Estado que são concedidos direitos sociais à população. Dentre as políticas elaboradas nesse período, temos, por exemplo, a legislação trabalhista, que concedeu alguns direitos básicos aos trabalhadores (proteção de menores, lei de férias, repouso remunerado, jornada de trabalho, trabalho feminino, etc.), a reformulação do sistema previdenciário e o sindicalismo de Estado. A intervenção do Estado buscava a desmobilização e a despolitização da classe trabalhadora.

Neste contexto, a política de saúde se estrutura em dois subsetores: o de saúde pública e o de saúde previdenciária (PAIM, 2009). A saúde pública predominou até os anos 1960 com ênfase em campanhas sanitárias e criação de serviços de combates a endemias e sua interiorização nas áreas rurais. Já a medicina previdenciária estava vinculada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) - estes, substitutos das Caixas de Aposentadorias e Pensões criadas em 1923, os quais eram restritos a determinadas categorias profissionais. Os excluídos do mercado de trabalho ou não pertencentes às categorias profissionais contribuintes dos IAP's dependiam das instituições de caridade, como as Santas Casas, ou custear por conta própria. Sobre a época, Amélia Cohn (2005) pontua:

Esse modelo do sistema brasileiro de proteção social funda, na área da saúde, a dicotomia entre assistência médica previdenciária e as ações de saúde de caráter coletivo. Enquanto aquela se desenvolvia no âmbito das instituições de previdência social e era financiada com os recursos advindos, na sua grande maioria, das contribuições previdenciárias, estas se desenvolviam no âmbito das instituições estatais, financiadas com recursos orçamentários sempre e por definição, escassos. Cria-se assim uma dupla fragmentação no setor: 'financeira', porque a assistência médica previdenciária conta com recursos contributivos calculados em termos da receita como uma função da massa salarial (crescente à medida que o país avança para as décadas de 1950 e 1960), tornando-se o segmento 'rico' na área da saúde, enquanto as ações de saúde pública ficam à mercê dos recursos orçamentários; e 'social', na medida em que o acesso dos segmentos assalariados aos serviços de assistência médica se dá via previdência social, o que lhes facultava o acesso via mercado (setor privado prestador de serviços de assistência médica) à assistência, e os pobres não

assalariados (à época denominados pelos especialistas no assunto como 'segmentos sociais marginais', dada sua inserção precária e temporária no mercado de trabalho) tendo acesso somente a serviços públicos estatais da rede de centros de saúde, tais como os programas materno-infantil e de controle de determinadas doenças, e ao setor filantrópico de assistência médica individual, sem excluir os parques hospitalares estatais. (COHN, 2005, p. 388).

Conforme Bravo (2012), a política de saúde implementada a partir de 1930 se consolidou entre 1945 e 1964. Neste período “houve um crescimento relativo dos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar” (BRAVO, 2012, p. 27). Quanto à política de saúde, houve a racionalização administrativa e o aprimoramento das campanhas sanitárias. A autora destaca ainda que só após o golpe civil-militar de 1964 é que a compra pelo Estado, de serviços médicos terceirizados será representativa, até aquele momento a maioria dos serviços eram prestados pela rede própria dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

Sob intervenção dos EUA, em um contexto externo de polarização mundial (Guerra Fria) e interno de efervescência política (Posse do João Goulart, reformas de base, movimentos sociais organizados) ocorreu o golpe civil-militar no Brasil<sup>30</sup> (1964), bem como, nos demais países da América Latina na mesma época: no Paraguai (1954), na Bolívia (1964), no Chile e no Uruguai em 1973, e na Argentina em 1976. O regime militar brasileiro burocratizou e modernizou a máquina estatal visando aumentar seu poder de controle sobre a sociedade. E, ao mesmo tempo ofertou políticas sociais, visando legitimar o sistema político-social junto à população, e reprimiu manifestações contrárias ao regime militar.

Na área da saúde, entre outras coisas, o governo militar unificou o sistema previdenciário, financiador da assistência médica, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967. E no final da década de 1970 transformou o INPS no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Estas mudanças geraram um crescimento vertiginoso de beneficiários e da arrecadação, já que todo trabalhador com carteira assinada estava automaticamente assegurado. Diante da expansão da demanda por atendimento de saúde, o regime militar optou por direcionar recursos públicos para instituições privadas. Esta tendência privatizante contribuiu para o desenvolvimento do complexo médico-industrial e priorizou o modelo

---

<sup>30</sup> Sobre o assunto recomendamos o documentário brasileiro *O Dia que Durou 21 Anos*, dirigido por Camilo Galli Tavares, lançado no ano de 2012.

médico “curativista/hospitalocêntrico” em detrimento da saúde pública e da construção de equipamentos de saúde próprios.

Ainda no contexto dos anos 1970 ocorre o aumento da dívida brasileira, cujo a qual está associado à crise internacional do sistema capitalista, que tem seu estopim no episódio do petróleo (1973-1974). Esta década marca a derrocada do Estado de Bem-Estar Social nos países centrais do capitalismo (EUA e Inglaterra). Conforme vimos no capítulo anterior, o Estado robusto, organizador da economia e agente da promoção social, passa a ser desmantelado sob a orientação do que viria a ser chamado de neoliberalismo.

Nos anos 1980 o neoliberalismo expande sua área de influência graças às agências financeiras internacionais, que exigem dos países devedores a adesão às diretrizes desta doutrina. No Brasil, o regime militar desgastado pelo aprofundamento da crise social e econômica, e pela crescente mobilização popular perde força e inicia o processo de transição política.

Diante destas circunstâncias, as instituições do setor privado de saúde, até então financiadas pelo setor público, se organizam visando garantir influência política, bem como o aumento do seu lucro através dos planos privados de saúde para a classe média e alta. Guardada as devidas medidas, pode-se dizer que a diferenciação entre sistema de saúde público e privado reforçam e são reforçados pelo pré-conceito de que as políticas públicas são para os pobres (trabalhador). Podemos dizer ainda que este preconceito tem suas raízes na sociabilidade engendrada pela escravidão, no qual as classes abastadas buscam reforçar a distinção social.

A redemocratização, que culminou na Constituição Federal de 1988, marca a reorganização política, social e econômica do Estado. A “Constituição Cidadã” universalizou e ampliou os direitos sociais. Entretanto, ela também expressa a disputa entre duas visões opostas: a privatista e a pública. O setor privado de saúde organizado (principalmente a partir do regime militar) influenciou os deputados constituintes deixando margem para sua atuação no mercado de saúde. Do outro lado, o Movimento de Reforma Sanitária fez pressão para a criação de um sistema descentralizado e único de saúde (vide 8ª Conferência Nacional de Saúde e o movimento de reforma sanitária - 1986). Assim, ambos os setores saem parcialmente vitoriosos: é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), mas também é viabilizado a atuação dos profissionais liberais no mercado e organizado o Sistema de Saúde Suplementar (planos de saúde). A disputa entre o setor público e o privado até os dias

de hoje marca todas as políticas públicas que de alguma maneira podem virar mercadoria, gerar lucro.

Nos anos 1990 o neoliberalismo finalmente ganhou força no Brasil. O Estado assumiu outro papel, deixou de ser desenvolvimentista/investidor<sup>31</sup> para assumir o de regulador. Podemos caracterizar os governos desta década por sua meta de estabilizar a economia, controlar a inflação, reduzir os investimentos públicos, privatizar empresas estatais e abrir o mercado nacional para empresas estrangeiras. Dito de outra forma, as políticas sociais pouco avançaram.

No âmbito da saúde, no contexto de disputa entre público e privado, o setor privado conseguiu adiar a regulamentação da sua atuação no mercado, o que veio a ocorrer apenas no final da década de 1990. Porém, os avanços que houveram no setor público são significativos e podem ser considerados como um movimento contrário a “contrarreforma neoliberal”. O grande exemplo disso é a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), o qual surge como uma estratégia para a consolidação do SUS e para a reorientação do modelo assistencial vigente no país (do curativismo / hospitalocêntrico para ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma integral e continuada).

Conforme apontado no capítulo anterior, na década de 2000 houve avanços significativos na política pública de saúde nos governos petistas, aumento dos gastos com saúde, criação de programas como o Mais Médicos e Farmácia Popular, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e avanços na regionalização e descentralização da saúde em todo o país. No entanto, a última década marca a retomada do neoliberalismo sem pudor e o desmantelamento da política de saúde, iniciado com o “Teto dos gastos” no governo do presidente Michael Temer e sendo aprofundado pelo presidente Jair Bolsonaro. Acreditamos na tese de que Jair Bolsonaro só não devastou o SUS por completo, porque a pandemia de COVID-19 demonstrou para a população brasileira a importância do sistema de saúde.

---

<sup>31</sup> O desenvolvimentismo refere-se, grosso modo, a política econômica que se baseia na meta de crescimento da produção industrial e da infraestrutura através da participação ativa do Estado como base da economia.

Antes de tratarmos sobre o movimento de reforma sanitária propriamente dito, responsável direto pela reorganização do modelo de saúde no país, necessitamos destacar duas questões sobre a política de saúde.

A primeira é sobre o modelo do sistema de seguridade social, por assim dizer. Dos anos 1930 até 1988, os direitos sociais (incluindo a saúde) estavam orientados pelo modelo Bismarckiano (alemão). Ou seja, possuía a lógica de seguro, não era universal, os seguros eram organizados por categoria profissional conforme contribuição (pelo menos até 1967, com a unificação dos Institutos), substituição da renda em momentos de risco (desemprego, etc.). A partir de 1988, com a Constituição Federal, o Brasil moldou o sistema de seguridade conjugando aquele modelo ao modelo de seguro social Beveridgiano (Inglês). Este tinha como característica fundamental direitos universais, garantia de mínimos sociais para cada cidadão, e financiado pelo Estado através de impostos fiscais, uniformização institucional e de benefícios. O Brasil manteve a inspiração Bismarkiana quanto à Previdência Social, e o modelo Beveridgiano para o Sistema de Saúde e Assistência Social.

A segunda questão refere-se ao modelo de atenção à saúde, privatista (hospitalocêntrico) e o modelo campanhista (preventista). Conforme já indicado anteriormente, no Brasil o modelo preventista/campanhista baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias, por exemplo, de febre amarela e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares entre outras medidas. O público alvo geralmente eram as camadas mais pauperizadas da classe trabalhadora. Esse modelo predominou nas políticas de saúde até o início da década de 1960. Já o modelo privatista teve seu início na década de 1920 sob a influência da medicina liberal e com a constituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Seu objetivo era oferecer assistência médico-hospitalar a trabalhadores urbanos, na forma de seguro-saúde e/ou previdência. Conforme Matta e Morosini (s/d),

Esse modelo é conhecido também por seu aspecto hospitalocêntrico, uma vez que, a partir da década de 1940, a rede hospitalar passou a receber um volume crescente de investimentos, e a 'atenção à saúde' foi-se tornando sinônimo de assistência hospitalar. Trata-se da maior expressão na história do setor saúde brasileiro da concepção médico-curativa, fundada no paradigma *flexneriano*, caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo. Tal paradigma que organizou o ensino e o trabalho médico foi um dos responsáveis pela

fragmentação e hierarquização do processo de trabalho em saúde e pela proliferação das especialidades médicas. (MATTA; MOROSINI, s/d).

Finalizado os apontamentos gerais sobre a política pública de saúde no Brasil, vamos apresentar resumidamente alguns aspectos da Reforma Sanitária e as conexões com o Serviço Social. Mas antes, faremos um brevíssimo apontamento sobre o serviço social na área da saúde.

### 3.2 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE

Ao analisar a emergência do Serviço Social como profissão, Netto (2007), destaca que foi na intercorrência do conjunto dos processos econômicos, sociais, políticos e teórico-culturais ocorridos no período monopolista do capitalismo que é instaurado o espaço histórico-social que permitiu o surgimento do Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho. Portanto, o Serviço Social emergiu da necessidade do capital em mediar o conflito entre as classes para manter as taxas de lucratividade ou aumentá-las.

Assim como a política pública de saúde sistematizada, o Serviço Social emerge no Brasil também a partir da década de 1930 com a instalação das primeiras escolas de Serviço Social no país. A primeira aproximação do serviço social com algum referencial filosófico foi com a perspectiva neotomista (europeia), de cunho humanista conservador. Isso se dava também porque havia uma forte relação entre Estado e Igreja na conjuntura que culminou no golpe de estado de 1930. Assim, a Igreja Católica era responsável pelos conteúdos ensinados aos primeiros assistentes sociais, haja vista o trato moral que era dado à questão social. Os primeiros assistentes sociais atuavam numa perspectiva educadora, moralizadora, punitivista e reformadora. O objetivo era fazer uma reforma intelectual e moral naqueles trabalhadores, principalmente os radicais que se rebelavam contra os patrões.

No entanto, a expansão do Serviço Social se dá a partir de 1945, pós Segunda Guerra Mundial, devido a necessidade de aprofundamento do capitalismo no Brasil e das mudanças advindas com o fim da Grande Guerra. Segundo Bravo (2012, p. 28), nesta década “a ação profissional na Saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais absorveu os assistentes sociais”. Além disso, o pós-guerra marcou o ingresso da influência positivista norte-americana no Serviço Social. Foi a partir de

intercâmbio realizado com as Assistentes Sociais brasileiras que esta teoria aportou no Brasil. A influência norte-americana de Mary Richmond e Mary Parker Follet iniciou-se no Serviço Social brasileiro com o processo de profissionalização, quando a partir da inserção do serviço social nas grandes empresas o conhecimento doutrinário, moralista e paroquial já não dava conta da necessidade do mercado e da complexidade da contradição capital x trabalho. Assim, houve o intercâmbio com os profissionais dos EUA na busca de “cientificizar” a profissão. Este aprendizado estava orientado no tecnicismo, na psicanálise e sociologia de base positivista e funcionalista/sistêmica. Com a supervalorização da técnica, considerada autônoma e com um fim em si mesma, e com a defesa da neutralidade científica, a profissão se desenvolveu através do “Serviço Social de Caso”, “Serviço Social de Grupo” e “Serviço Social de Comunidade”.

Conforme Bravo (2012), além das condições econômicas, sociais e políticas do pós-guerra, o estímulo que transformou a área da saúde como um dos que mais absorvem a mão de obra dos assistentes sociais foi o “novo” conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948. Tal conceito ampliou a compreensão de saúde e doença enfocando em aspectos biopsicossociais. A mesma autora ressalta que esta compreensão de saúde resultou, entre outras coisas, no enfoque multiprofissional como forma de suprir a falta de profissionais da saúde para atender as demandas, utilizando-se de auxiliares, ao mesmo em que introduziu conteúdo preventista e educativo, e criou programas específicos para segmentos da população. Assim, a assistente social passou a atuar na prática educativa com intervenção baseada no modo de vida da clientela, normatizador, e nos programas específicos para a população (BRAVO, 2012, p. 29). A consolidação da política nacional de saúde com a ampliação dos gastos pela previdência, é outro fator de aproximação do serviço social com a Saúde. Isto, porque a assistência de saúde não era universal, deixando grande parte da população desassistida. Desta forma, a assistente social atuava nos hospitais como mediadora entre a instituição e a população, viabilizando o acesso da população aos serviços e benefícios. De acordo com Bravo (2012, p. 29), “[...] o profissional utilizava-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios, e orientação previdenciária”.

A partir da década de 1960 o Serviço Social passa por significativas transformações que impactam o fazer profissional. Tais mudanças estão embebidas

no contexto social, político e econômico do golpe civil-militar de 1964 que tolheu a democracia popular de João Goulart. Para Netto (2017), houve três elementos para a erosão do serviço social tradicional, a insuficiência na formação da formação profissional, a subalternidade executiva, e a dissincronia com as solicitações contemporâneas. Deste modo, conforme Netto (2017), surgiram três vertentes de Reconceituação: a Modernização conservadora, impulsionada pelo Centro Brasileiro Intercâmbio de Serviços Sociais (CBISS), com o Documento de Araxá (1967) e Documento de Teresópolis (1971), cuja orientação teórica era o estrutural-funcionalismo norte americano que incentivava a adequação da profissão à tecnocracia ditatorial, alinhada ao capitalismo imperialista/monopolista; a Reatualização do Conservadorismo, que emerge na metade dos anos 1970 na escola carioca de Serviço Social, com base na Fenomenologia e no Existencialismo cristão; e a Intenção de Ruptura, que surge em 1972, com inspiração nas teorias marxistas sob o denominado Método Belo Horizonte.

De acordo com Bravo (2012), o serviço social na saúde sofreu influência da modernização conservadora e manteve-se sob sua égide até 1979, apesar do avanço teórico crítico da categoria. Assim, até a reabertura democrática o Serviço Social na saúde

[...] sedimentou sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. (BRAVO, 2012, p. 32).

### 3.3 REFORMA SANITÁRIA E O SERVIÇO SOCIAL

No bojo da efervescência política e da crise econômica que marcam as décadas de 1970 e 1980 no Brasil, houve a incorporação das discussões teóricas de cunho marxista em relação às políticas públicas nas universidades e nas bases de categorias profissionais. Tais discussões se expressam no Serviço Social e na Saúde Coletiva, principalmente.

Ainda na década de 1970, o movimento da Reforma Sanitária, formado por profissionais progressistas da saúde pública, passou a revisar criticamente o modelo de atenção à saúde em voga no país. Os críticos tinham por argumento que o

processo saúde-doença não deveria focar no indivíduo, simplesmente na cura hospitalar, mas sim, focar na coletividade e na distribuição demográfica da saúde e da doença. Nas palavras de Escorel et al (2005), “A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendia superar as visões biológicas e ecológicas” (ESCOREL, et al, 2005, p. 64). Como medidas de transformação do sistema de saúde, o movimento sanitário propunha a universalização da cobertura, o aumento do controle dos provedores privados de saúde, a extensão dos programas preventivos e de atenção básica às camadas da classe trabalhadora mais pauperizadas.

O movimento de reforma sanitária conseguiu agregar em seu entorno diferentes movimentos sociais, categorias profissionais e a população, todos em prol da transformação da saúde mediante a transformação da sociedade. Na década seguinte ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual teve como eixos de discussão a “saúde como direito de cidadania”, “reformulação do sistema nacional de saúde” e “financiamento setorial”. Segundo Escorel et al (2005), uma das questões fundamentais debatidas na Conferência, foi se o novo sistema de saúde deveria ser estatal ou não, e se a implantação seria imediata ou progressiva. A estatização foi derrotada, porém, decidiu-se pelo fortalecimento e expansão do setor público. No mais, a Conferência aprovou a criação de um sistema único de saúde, que se “constituísse num novo arcabouço institucional, com separação total da saúde em relação à Previdência” (Escorel et al, 2005, p. 78), entre outras medidas. O relatório da conferência serviu de base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte de 1987.

Bravo (2012, p. 34) destaca que apesar do Serviço Social estar inserido na política de saúde, portanto, próximo ao movimento de reforma sanitária, e estar sofrendo a influência da conjuntura político, social e econômica da época, não foi capaz de realizar um “nexo direto com outros debates”, isto, porque

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas, **por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexo direto com outros debates**, também relevantes, **que buscavam a construção de práticas democráticas**, como o movimento pela Reforma Sanitária. Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde. (BRAVO, 2012, p. 35. Grifos nossos).

No entanto, Bravo (2012) destaca que ainda na década de 1980 houve mudanças no Serviço Social, associadas ao movimento Intenção de Ruptura, porém, dado a sua configuração acadêmica até aquele momento, não conseguiu impactar na prática profissional de maneira a alterar substancialmente a forma de intervenção da categoria na política de saúde. Para Bravo (2012, p. 35), o “Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional” e continua desarticulado do movimento de reforma sanitária. Não obstante, a partir dos anos 1990 com a consolidação da hegemonia de cariz progressista (marxista) no Serviço Social, a configuração da intervenção e seu relacionamento com o movimento de Reforma Sanitária, com seus objetivos concretizados na Constituição Federal de 1988, tem se alterado e caminhado em sentido de relevantes contribuições na defesa dos direitos conquistados.

Por fim, cabe destacar que a disputa entre o setor privado - consolidado no período ditadura militar - e o setor público se mostrou intensa desde a Constituinte (e se mantém viva) conforme já discutido nos subitens anteriores. Tal disputa deixou sua marca na Constituição de 1988. Contudo, o reconhecimento de que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, art. 196) evidencia a vitória do movimento de reforma sanitária na batalha, os princípios norteadores do SUS reforçam esta compreensão. Vejamos quais são (BRASIL, s/d):

**UNIVERSALIZAÇÃO:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. **EQUIDADE:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. **INTEGRALIDADE:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, s/d).

Princípios organizativos:

**REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos

e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. **DESCENTRALIZAÇÃO E COMANDO ÚNICO:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. **PARTICIPAÇÃO POPULAR:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. (BRASIL, s/d).

Neste sentido, pode-se dizer que o atual papel do serviço social dentro do movimento de reforma repousa na defesa dos princípios do Sistema de Saúde e da concretização efetiva dele. Quanto ao usuário, especificamente, cabe ao serviço social atender não apenas às necessidades imediatas dos usuários, mas buscar alternativas para o desenvolvimento da autonomia do sujeito e do seu engajamento na defesa dos seus direitos.

## 4 O DIA A DIA NAS INSTITUIÇÕES E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Neste capítulo avançamos na análise sobre a atuação profissional das assistentes sociais considerando o conceito teórico de cotidiano e os recursos utilizados pelas profissionais para direcionar sua atuação, alinhada aos preceitos do projeto ético-político do serviço social. Aqui, a análise recai sobre a dimensão microsocial, sobre o cotidiano, dimensão em que de fato se realiza a prática profissional. No primeiro subitem discutimos o conceito de cotidiano, tomando como base Heller (2021) e Netto (2012b), e nos apoiamos nas discussões de Faleiros (1999; 2014) sobre as estratégias em serviço social. Destacamos que a partir deste primeiro subitem iniciamos a aproximação entre as categorias teóricas dos autores supracitados e os resultados da pesquisa de campo. No subitem posterior nos debruçamos sobre aspectos do dia a dia das profissionais vinculadas à política pública de saúde.

### 4.1 O COTIDIANO E AS ESTRATÉGIAS DO SERVIÇO SOCIAL

Para compreender o trabalho profissional percorremos ao longo deste texto diferentes aspectos macrossociais determinantes da atuação profissional, determinações econômicas, políticas e sociais. A partir deste capítulo voltamos novamente para a dimensão microsocial em que as assistentes sociais estão inseridas e na qual atuam em seu dia a dia. Compreender tal dimensão requer considerar não apenas os aspectos determinantes mais gerais, requer compreender como se estrutura o cotidiano e quais estratégias são mobilizadas pelas profissionais para atuar sob e/ou sobre ele. Afinal, o cotidiano é resultado de múltiplas determinações ao mesmo tempo em que há uma relativa autonomia do indivíduo, portanto, nele está contido o que há de mais geral na sociedade e o que há de mais singular dentro da realidade social posta. O cotidiano compõe a história como um dos seus níveis constitutivos, segundo Netto (2012b. p. 67), o nível de reprodução direta do indivíduo enquanto tal, no mesmo processo em que este reproduz indiretamente a sociedade.

Conforme Heller (2021), o cotidiano (ou a vida cotidiana, como a autora se refere) é a vida de todo ser humano, pois não há quem esteja fora dele. Não é possível se desligar por completo do cotidiano, assim como não é possível viver apenas no

cotidiano. Nele, os sujeitos participam com “todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade”. Ou seja, com “todos os seus sentidos, com todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias” (HELLER, 2021, p. 35). Dito de outra forma, o cotidiano é a própria vida do sujeito. E este sujeito é sempre particular e genérico, formando uma espécie de amálgama, uma unidade na diversidade. Por exemplo, o trabalho é a atividade imprescindível para a manutenção da vida humana, ele é fundante das sociedades e do ser social, ele é fundamental no modo de produção capitalista, e todos aqueles desprovidos dos meios de produção precisam trabalhar. Conforme vimos no capítulo dois, o trabalho em si é uma atividade do gênero humano. Mas esta atividade é realizada imbuída por motivações particulares em um determinado tempo histórico. Portanto, há uma conjugação entre a particularidade e a genericidade expressas nos sujeitos. Nas palavras de Heller (2021, p. 41), o “indivíduo (individualidade) contém tanto a particularidade quanto o humano-genérico que funciona consciente e inconsciente no homem”.

Ao tratar do tema, Netto (2012b) faz uma leitura da obra de Lukács sobre as determinações fundamentais da cotidianidade (componentes ontológicos estruturais da vida cotidiana), quais sejam: a heterogeneidade, a imediaticidade, e a superficialidade extensiva. Sobre o primeiro, o autor destaca que a vida cotidiana é um universo em que elementos, fenômenos e processos diversos se movimentam simultaneamente. A segunda determinação diz respeito a relação direta entre o pensamento e a ação como padrão de comportamento próprio da cotidianidade. A conduta no cotidiano é a imediata, “sem a qual, os automatismos e o espontaneísmo necessários à reprodução do indivíduo enquanto tal seriam inviáveis” (NETTO, 2012b, p. 68). A terceira determinação tem relação com a necessidade do indivíduo considerar o somatório dos fenômenos presentes em cada situação, sem se aprofundar sobre cada um deles, para responder às demandas circunstanciais. Neste sentido, todos os seres humanos em sociedade têm suas atenções e forças mobilizadas pelo cotidiano.

Também baseado em Lukács, Heller (2021) aprofunda a discussão sobre as determinações e elenca uma série de características fundamentais da vida cotidiana que a estruturam. A primeira é a mesma destacada por Netto, a heterogeneidade. No entanto, a autora ressalta que o cotidiano é heterogêneo e hierárquico. A configuração da hierarquia em uma dada sociedade é constituída pelo processo social e histórico.

Isto quer dizer que as atividades consideradas hierarquicamente mais significativas em uma sociedade, são produtos formados ao longo do tempo e passíveis de serem alteradas. A segunda característica do cotidiano é a espontaneidade. As ações ocorrem de forma automáticas e irrefletidas, ou com uma reflexão pragmática, de pouca profundidade e sem rigor científico. A terceira característica refere-se a atuação probabilística dos indivíduos de que suas ações atinjam determinadas consequências. Conforme Heller (2021), é impossível calcular com precisão científica as consequências de uma ação, isto é inviável dada a imediaticidade e a heterogeneidade do cotidiano. Esta probabilidade está orientada pelos conceitos de média, a qual indica a existência da possibilidade de atingir a consequência desejada, bem como, de ocorrer o oposto, e o conceito de segurança suficiente, o qual sinaliza a existência de um ponto de segurança para se atingir a consequência almejada. Acima deste ponto é a segurança científica, portanto, fora do cotidiano. E abaixo do ponto indica que as consequências desejadas não serão atingidas (HELLER, 2021, p. 54).

A quarta característica é o economicismo. A ação e o pensamento só se manifestam e funcionam quando forem indispensáveis para a continuação da cotidianidade. Em outras palavras, é como se houvesse uma economia de esforço quanto ao pensamento e a ação e só quando o conhecimento assimilado e incorporado pelo processo de socialização não dá conta de resolver um problema posto na realidade, é que o problema ascende ao nível de reflexão mais complexo. E, neste caso, transcende o cotidiano. Dada esta característica da cotidianidade, os pensamentos cotidianos jamais se elevam à elaboração teórica<sup>32</sup>. Para Heller (2021), a unidade imediata entre ação e pensamento implica na indiferenciação entre o “correto” e o “verdadeiro”. Com isto, a autora quer dizer que a vida cotidiana é essencialmente pragmática e que, nas palavras dela, “na manipulação das coisas ou de nossas objetivações coisificadas, a identificação espontânea do correto e do verdadeiro é a problemática”. E quando utilizamos o “correto” para resolver uma situação ou resolver uma demanda, encerramos a problemática. Neste caso, o

---

<sup>32</sup> Na realidade, a autora afirma que quando ocorre a elevação para o nível da reflexão mais complexo há “a dissolução da rígida ordem da cotidianidade”. Afirma ainda que o pensamento cotidiano está voltado para as atividades cotidianas e, neste sentido, há uma unidade imediata entre ação e pensamento (HELLER, 2021, p. 54-55).

“correto é verdade na medida em que podemos nos manter na cotidianidade sem maiores atritos” (HELLER, 2021, p. 55-56). No entanto a intelectual pontua:

Até mesmo os juízos e pensamentos objetivamente **menos verdadeiros podem resultar corretos na atividade social**, quando representarem os interesses da camada ou classe a que pertence o indivíduo e, desse modo, facilitarem a esse a orientação ou a ação correspondente às exigências cotidianas da classe ou camada em questão. (HELLER, 2021, p. 56. grifos nossos).

Desta forma, na ação cotidiana, irrefletida, reproduzimos e reforçamos comportamentos e preconceitos gerando efeitos indesejados (não calculados) na realidade concreta, mas ideologicamente estruturado para atender a objetivos dos grupos sociais que se beneficiam com aquela situação.

Ainda sobre o pragmatismo do pensamento cotidiano, Heller (2021) destaca que as atividades cotidianas carregam consigo uma dose dos afetos, “fé” e “confiança” por parte do agente da ação. Isto ocorre dado a impossibilidade do indivíduo avaliar todas as variáveis de uma determinada situação, de compreender a totalidade imediatamente. Assim, o agente da ação confia nos conhecimentos científicos, nos resultados de outras pessoas, etc., e toma isso como verdade/correto para sua ação. Por exemplo, um engenheiro ao projetar um elevador não pode se basear na fé de que ele vá funcionar, ele precisa mobilizar o conhecimento teórico-científico. Por outro lado, qualquer indivíduo que precise do elevador para chegar em seu apartamento, irá utilizá-lo baseado na fé de seu bom funcionamento.

A quinta característica fundamental está referida às ultrageneralizações, as quais são baseadas na tradição ou na experiência, e são inevitáveis na vida cotidiana. Podemos resumir esta característica como sendo a forma de identificação ou classificação de uma determinada situação de tal maneira que o indivíduo pode responder imediatamente a demanda. Segundo Heller (2021), “os juízos ultrageneralizadores são todos eles juízos provisórios que a prática confirma ou pelo menos não refuta, durante o tempo em que, baseados neles, fomos capazes de atuar e de nos orientar” (HELLER, 2021, p. 58). Os juízos provisórios são formados por vários tipos de ultrageneralizações, como, a analogia, a imitação e o precedente. Aquele diz respeito a uma classificação assentada em experiência anterior. Nas situações cotidianas os indivíduos procedem irrefletidamente a estas classificações e criam juízos capazes de lhe orientarem. Já a imitação é a reprodução de um

comportamento apreendido com o processo de assimilação (socialização). E a última refere-se ao uso de precedentes como indicador para o comportamento. Tais precedentes podem ser baseados na experiência de terceiros.

Sobre as ultrageneralizações Heller (2021, p. 60) chama atenção para o fato de que elas podem se “cristalizar, se fossilizar” em um preconceito (pré-conceito), nestes casos, as classificações orientadas pelo juízo provisório não são demovidas, não passam pela reclassificação com base em conhecimento obtido pela interação com o fenômeno/ interlocutor, e podem causar danos morais ou “tragédias da vida cotidiana”.

Segundo Heller (2021, p. 83-84), os preconceitos têm a função de consolidar e manter a estabilidade e a coesão de integrações sociais, principalmente das classes sociais. Sendo assim, a maioria dos preconceitos são produtos das classes dominantes, pois, são elas que buscam manter a coesão de uma estrutura social e mobilizar indivíduos de diferentes grupos sociais em defesa dos benefícios dos dominantes. Tal mobilização leva grupos sociais e classes inteiras a agirem contra os interesses de sua própria classe e contra a práxis.

O efeito das ultrageneralizações e a possível consequência de cristalização pode levar a atuações profissionais problemáticas, com pouca efetividade sobre a expressão da questão social que aflige o usuário ou sem organização suficiente que vise o estímulo a autonomia dos sujeitos. Neste mesmo sentido, o domínio do cotidiano sobre as práticas profissionais pode ser acometido pela alienação.

Para Heller (2021), a alienação ocorre quando as estruturas da vida cotidiana, a qual possuem certa maleabilidade e margem de liberdade individual, tornam-se rígidas. Se “absolutizam”, “se cristalizam em absoluto” (HELLER, 2021, p. 62). Assim, o indivíduo que realiza o trabalho que lhe cabe produz e reproduz as condições de existência da sociedade e perde de vista a dimensão “humano-genérica”, perde de vista as condições de sua objetividade. Torna-se um indivíduo parcial, preso à tendência espontânea de orientar-se pelo seu “eu” particular. A autora destaca que “alienação é sempre alienação em relação a alguma coisa”, especificamente, “em face das possibilidades concretas de desenvolvimento genérico da humanidade” (HELLER, 2021, p. 62). Ainda sobre a alienação, a autora afirma que

A vida cotidiana não é alienada necessariamente em consequência de sua estrutura, mas apenas em determinadas circunstâncias sociais. Em todas as épocas, existiram personalidades representativas que viveram numa

cotidianidade não alienada; e, dado que a estruturação científica da sociedade possibilita o final da alienação, essa possibilidade encontra-se aberta a qualquer ser humano. (HELLER, 2021, p. 66).

No entanto, Heller (2021) enfatiza que mesmo havendo a possibilidade, não significa que todo e qualquer ser humano de fato consiga superar a alienação. Para a autora, em cada época há uma hierarquia determinada pela produção, pela sociedade, pela posição de classe do indivíduo. A superação está relacionada a relações e situações concretas que podem facilitar ou dificultar para que o indivíduo construa “para si uma hierarquia consciente, ditada por sua própria personalidade, no interior da hierarquia espontânea” (HELLER, 2021, p. 66). Ou seja, que o indivíduo conduza conscientemente sua vida a despeito da estrutura da cotidianidade, aproprie-se da realidade e imponha sua personalidade. Porém, entre as dificuldades para a superação da alienação está a assimilação e o uso dos papéis sociais. Isto porque o ingresso do indivíduo na sociedade requer que ele assimile sistemas consuetudinários por meio da imitação. Para Heller (2021),

A sociedade não poderia funcionar se não contasse com sistemas consuetudinários de certo modo estereotipados. Esses sistemas constituem o fundamento do sistema de “reflexos condicionados” do homem, sistema que permite aos membros de uma sociedade mecanizar a maior parte de suas ações, [...] Por tudo isso, torna-se necessário, na convivência social, um determinado plano de reações mecânicas fornecidas pelo “papel”. (HELLER, 2021, p. 126-127).

Por um lado, a assimilação implica na fragmentação do indivíduo em seus papéis, e, por outro, implica na absorção das normas dominantes. Desta forma, a individualidade do sujeito é limitada, a particularidade prevalece sobre a individualidade<sup>33</sup>, levando-o ao conformismo.

A superação parcial da particularidade (portanto, da alienação) como tendência dominante da vida cotidiana pode ser obtida com a homogeneização, definido por Heller (2021, p. 48) como: a concentração de toda a atenção do indivíduo sobre uma única questão e a suspensão de qualquer outra atividade durante a execução dessa tarefa; o uso da inteira individualidade humana na resolução da

---

<sup>33</sup> A autora entende a individualidade como sendo a conjugação da particularidade com a genericidade (humano-genérico) de tal modo que viabiliza a explicitação da liberdade (mesmo que relativa), de fazer escolhas moralmente orientadas, de conduzir a vida. Para se referir a condição oposta, adota o termo particularidade.

tarefa; e, por fim, o processo é realizado conscientemente, de forma não arbitrária, dissipando nossa particularidade (nosso “eu”) na atividade humano-genérico que escolhemos consciente e autonomamente, isto é, enquanto individualidades. Conclui Heller (2021, p. 49), “Apenas quando esses três fatores se verificam conjuntamente é que podemos falar de uma homogeneização que se eleva totalmente acima da cotidianidade”.

Contudo, Netto (2012b) destaca que o procedimento de homogeneização não elimina o cotidiano, apenas o suspende temporariamente. Pois o procedimento não pode ser contínuo, sendo assim, há o retorno compulsório à cotidianidade. Afirma Netto, “a vida cotidiana permanece ineliminável e inultrapassável, mas o sujeito que a ela regressa está modificado. A dialética cotidianidade/suspensão é a dialética da processualidade da constituição e do desenvolvimento do ser social” (NETTO, 2012b).

Conforme vimos até aqui, compreender a complexidade da estrutura e funcionamento do cotidiano requer um referencial teórico que não seja reducionista, que não tome os fenômenos sociais como imediatamente e objetivamente dado, portanto, que considere as determinações estruturais e ontológicas do cotidiano. A discussão sobre a vida cotidiana nos impõem a reflexão de como as assistentes sociais lidam com as determinações estruturais, ontológicas e circunstanciais no seu dia a dia, e quais são as estratégias para “controlar” as ultrageneralizações (analogia, imitação, precedente e o pré-conceito) por meio do procedimento de homogeneização, consideradas aqui como uma necessidade fundamental na atuação profissional. Dito de outra forma, quais são as estratégias adotadas para suspender o cotidiano permitindo uma atuação consciente e orientada pelos preceitos do projeto ético político do serviço social. Sobre este assunto, Vicente de Paula Faleiros (1999; 2014) faz significativas considerações.

A atuação profissional está inserida em um contexto de exigências burocráticas, de precarização das relações de trabalho e de poucos recursos para as políticas públicas, sendo pressionada pela “cultura de crise” instaurada pelas ações ideológicas de agentes do neoliberalismo e pela pauperização da população diante da piora da situação econômica do país. Neste contexto, é necessário às profissionais considerarem não apenas as demandas imediatas da população, mas sim, o amplo leque de determinações que incidem sobre as expressões da questão social. Para Faleiros (2014), esta situação exige a adoção de uma diversidade de intervenções e

ações com estratégias complexas capazes de influir na correlação de forças, na relação capital e trabalho, e suas insolúveis (no capitalismo) mazelas.

Segundo Faleiros (2014, p.717), a intervenção profissional não diz respeito tão somente a uma relação interindividual (usuário - profissional), mas sim, a uma relação de poder hegemônico e contra-hegemônico. A prática profissional é

um enfrentamento enquanto relação complexa e contraditória de poder, recursos, valores, linguagem, dispositivos, estratégias, operações, visões de mundo, situações sociais de desigualdade, sofrimento, exclusão. Enfrentamento relacional de determinações econômicas, políticas, sociais, culturais, entre outras, com dinâmica histórica e política da contestação e da expressão de si e da própria sociedade. (FALEIROS, 2014, p.717).

Sendo assim, Faleiros (2014) considera que o Serviço Social (as assistentes sociais) deve colocar sua atuação na totalidade das configurações do problema, ou seja, não se restringindo às determinações mais gerais e nem aos imediatismos do cotidiano. Pois, as expressões da questão social são multidimensionais, são objetivas e subjetivas concomitantemente, o que implica “níveis de profundidade em sua abordagem histórica e institucional/profissional” (FALEIROS, 2014, p. 718). Segundo o mesmo autor, o compromisso ético é uma dimensão fundamental na ação profissional para superar as alienações de si mesmo em relação ao contexto capitalista das instituições em que as assistentes sociais atuam. Estas instituições têm cada vez mais se orientado por valores de produtividade, redução de tempo e custo, controle das atividades profissionais pelos gestores do equipamento/serviço, incluindo o controle do uso dos computadores por meio de bloqueio automático que restringe o acesso a determinadas ferramentas e *sites* - este tipo de controle informático nos foi relatado em duas situações em municípios diferentes do litoral paranaense. O autor (2014, p. 719) ainda destaca que o institucional tem predominado em detrimento da relação em favor do usuário, pois, “o medo da demissão ronda profissionais e funcionários”. Com relação a nossas entrevistadas, este tipo de receio se aplica apenas àquelas vinculadas a prefeituras. E nestes casos, com exceção de três de nossas entrevistadas, este tipo de receio não se aplica nos termos postos pelo autor. O receio comum está na transferência para outro equipamento ou mesmo outra secretaria da prefeitura. Esta prática tem por objetivo silenciar profissionais que constantemente questionam determinações ou tarefas postas pelos gestores de forma vertical. Faleiros complementa:

[...] é preciso **enfrentar a burocracia como forma de enfrentar o poder dominante**, colocar os meios a serviço dos fins, os resultados para o público em vez dos resultados para o olhar do gestor. As relações com o público demandante dos serviços sociais estão demarcadas por critérios, informes, relatórios, quesitações, exigências cada vez mais detalhistas e normas cada vez mais rígidas. Essa contradição entre as normas ou prescrições e o exercício do trabalho criativo leva ao sofrimento no trabalho. (FALEIROS, 2014, p. 719. Grifos nossos).

De acordo com Faleiros (1999), as assistentes sociais podem desenvolver diferentes estratégias profissionais de atuação. Estas estratégias devem almejar a transformação da correlação de forças institucionais através de aliança entre os profissionais e os usuários dos serviços e equipamentos. O autor aponta que é possível concretizar tal aliança partindo da análise institucional para identificar os aliados e construir frentes de trabalho coletivas. Destaca também que esse processo depende das reais condições objetivas em que se encontra a assistente social dentro das instituições. Com base nessas reflexões, Faleiros (1999) apresenta sua compreensão sobre estratégia,

**As estratégias são sempre relacionais e situacionais, oriundas do confronto aberto ou fechado de forças, dos recursos disponíveis, da organização, do *timing* de enfrentamentos.** Não se pode separar a visão estrutural da conjuntural, a dinâmica das relações das próprias condições em que ela se produz como se fossem dois mundos à parte. A reprodução das condições está posta para as classes sociais dominantes que dela usufruem, mas não sem resistência mais ou menos forte dos subalternos, que na própria resistência vão construindo sua representação, sua identidade, sua força, seu capital, sua trajetória, podendo, é claro, de acordo com as forças do bloco dominante e sua divisão, alcançar vitórias, avanços ou sofrer reveses e recuos. A **articulação das mediações particulares, individuais ou coletivas**, exigidas pelo trabalho cotidiano, **com as exigências do contexto econômico, político, imaginário, ideológico é que vai permitir a construção de estratégias** no tempo social, familiar e específico colocado pelos usuários **na relação com a intervenção profissional/institucional.** (FALEIROS, 1999, p. 30-31. Grifos nossos).

Cabe destacar sobre o excerto acima, que a estratégia é resultado das forças presentes em determinadas situações, dos recursos disponíveis e dos objetivos a serem atingidos, entre outros. Ou seja, tem como característica a maleabilidade ou a fluidez, não cabendo instituir parâmetros objetivos e rígidos para a atuação nos diferentes contextos sociais. Em sentido oposto, quatro de nossas entrevistadas, as quais compõem o grupo de assistentes sociais graduadas nos últimos dez anos, fizeram menção direta ao fato de não existir orientações específicas para a atuação na política pública de saúde. As críticas consideraram os Parâmetros para a Atuação

de Assistentes Sociais na Política de Saúde, do CFESS (2010), por demais genérica, com pouca clareza, pouca objetividade e especificidade para os diferentes equipamentos e serviços onde atuam as profissionais. Considerando a justeza da crítica feita pelas profissionais e a proposição de Faleiros (1999), entendemos que a dificuldade em objetivar um rol de orientações específicas para cada equipamento se dá justamente pela complexidade das relações de poder e regramentos legais presentes nos diferentes contextos sociais.

Conforme sinalizado anteriormente, para Faleiros (1999; 2014) as relações de poder perpassam o cotidiano dos indivíduos e as instituições, as quais produzem e reproduzem as estruturais sociais, por isso, a intervenção profissional das assistentes sociais deve trabalhar o fortalecimento do poder de seus usuários que se encontram, geralmente, fragilizados. Desta forma, a intervenção envolve a “construção de estratégias para dispor de recursos, poder, agilidade, acesso, organização, informação e comunicação” (FALEIROS, 1999, p. 41). O mesmo autor ressalta que o “saber” (sobre políticas públicas, direitos sociais, caminhos da burocracia, etc.) e o “poder da informação” são os primeiros passos para o “empoderamento” dos usuários.

Entendemos, com a leitura de Faleiros (1999), que o “empoderamento” do usuário é uma das estratégias possíveis para fortalecer a autonomia e a compreensão crítica da realidade pelos usuários. Favorecendo, desta maneira, a organização e a luta por seus direitos sociais, o que pode levar o usuário a conduzir sua própria vida de tal modo a conquistar seus objetivos imediatos e a transformar as estruturas da sociedade. Para tanto, o planejamento do trabalho, pautado não apenas no reconhecimento institucional, mas principalmente orientado pelo “arsenal crítico da teoria de Marx” e o “complexo categorial que este elaborou, para dar conta do modo de ser e reproduzir-se do ser social” (NETTO, 2012b, p.65), é parte fundamental das atividades profissionais, ou pelo menos deveria ser.

Neste sentido, é através do planejamento que as assistentes sociais articulam suas ações com sua intencionalidade. Principalmente quando expresso por planos, programas e projetos, os quais ajudam a organizar o trabalho profissional ao fomentar o processo reflexivo – “suspensão do cotidiano”, possibilitando refinar as ações necessárias para alcançar seus objetivos.

Vejamos no próximo subitem como as assistentes sociais lidam com as determinações e com as múltiplas demandas diárias que incidem sobre sua atuação, e mobilizam os recursos disponíveis a favor de seus objetivos.

## 4.2 O TRABALHO PROFISSIONAL NO COTIDIANO

Antes de abordarmos de forma objetiva os pontos que consideramos mais relevantes das entrevistas a respeito do trabalho cotidiano e das estratégias empregadas pelas assistentes sociais, cabe destacar que o trabalho profissional implica processos que devem ser compreendidos através da articulação das categorias: teórica (dimensão explicativa do homem enquanto sujeito histórico), ético e política (o homem como ser moral), e prática (o homem como ser que cria, produz e reproduz suas necessidades e demandas). Sarmiento (2017, p. 111) relaciona estas categorias às dimensões constitutivas do trabalho profissional no serviço social, são elas: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. As três dimensões, segundo o que apregoam os teóricos do serviço social, devem ser mobilizadas de forma articulada, formando uma unidade apesar das suas especificidades.

A grosso modo podemos compreender a dimensão teórico-metodológica como aquela que contém as diferentes teorias que informam a prática-crítica (práxis) profissional somado à forma de intervir na realidade social. Esta dimensão permite a leitura da realidade e a formulação da melhor maneira de intervenção.

Já a dimensão ético-política diz respeito a projetar a ação em função dos valores e finalidades do profissional, da instituição e da população. O componente ético refere-se à reflexão crítica a respeito dos valores morais existentes na sociedade. Ela expressa que as assistentes sociais, enquanto profissionais, se posicionam amparadas teoricamente a favor dos direitos humanos, da democracia, e de outros princípios. E justamente pela defesa intransigente desses valores éticos é que a dimensão política se faz presente. Este componente expressa a intencionalidade das ações profissionais.

E a dimensão técnico-operativa remete às competências instrumentais pelas quais a profissão é reconhecida. Yolanda Guerra afirma que a instrumentalidade é o modo de “aparecer da profissão, pela qual ela é conhecida e reconhecida socialmente. É a dimensão que dá visibilidade social à profissão, já que dela depende a resolubilidade” das demandas (GUERRA, 2017a, p. 50). Esta dimensão inclui:

[...] o conjunto de ações e procedimentos adotados pelo profissional, visando à consecução de uma determinada finalidade, bem como a avaliação sistemática sobre o alcance dessas finalidades e dos objetivos da ação. Aí se encontram, portanto, estratégias, táticas, instrumentos e técnicas, conhecimentos específicos, procedimentos, ética, cultura profissional e

institucional, particularidades dos contextos organizacionais". (SANTOS, C. M.; FILHO, R. S.; BACKX, S., 2017, p. 30).

Após termos retomados estes pontos que já havíamos tangenciado anteriormente, passamos para uma análise agregada e objetiva das principais questões abordadas pelas assistentes sociais entrevistadas.

Quanto aos programas, projetos, serviços e/ou atividades realizadas pelas assistentes sociais, ressaltamos que há uma enorme diferença entre os locais em que as entrevistadas trabalham, principalmente entre as vinculadas ao Estado e as vinculadas às Prefeituras. Entretanto, há semelhanças entre a atuação em equipamentos e serviços análogos. Por exemplo, as assistentes sociais que atuam no CAPS (5 estão lotadas nos diferentes municípios) geralmente realizam o acolhimento inicial (orientações sobre o funcionamento do serviço e tentativa de criar vínculo, e levantamento de demandas para além da questão de saúde, etc.), o atendimento social (atende demandas específicas do serviço social e busca fortalecer o vínculo do usuário com o equipamento), grupos (há aquelas que realizam atividades de integração visando manter o vínculo usuário-equipamento, outras se aproximam da terapia em grupo, ao realizam a atividade em conjunto com a psicóloga, e outras que entendem que devem atuar focadas em atividades relacionadas a demandas específicas do serviço social, como, direitos sociais, BPC, etc.), e visitas domiciliares (busca ativa dos usuários que abandonaram as atividades no CAPS).

Em concordância com o apontado no subitem anterior, a falta de orientações específicas, fornecidas pelo Conselho Federal de Serviço Social, sobre a atuação nos diferentes equipamentos e serviços incorre em incertezas e dúvidas sobre as atividades que devem ser realizadas, levando as assistentes sociais a aderirem prioritariamente às demandas institucionais (institucionalizadas) ou espontâneas.

[...] quando eu entrei estas atividades [acolhimento inicial, grupo e visitas domiciliares] já existiam no CAPS, né. Eu apenas dei continuidade ao que a assistente social anterior já fazia. Desde que eu entrei no CAPS eu não tive oportunidade de elaborar nenhuma atividade [...] da minha vontade, um pouco falta de tempo e um pouco por falta de espaço. Porque é um espaço pequeno, a gente não tem condições de desenvolver muitas coisas por causa deste espaço aqui do CAPS. E também por falta de tempo, porque a nossa demanda é muito grande, a demanda de acolhimento, grupoterapia e as visitas...então acaba que na correria do dia a dia a gente não desenvolve muita coisa, né. Aqui no CAPS nós temos ativos quinhentos e poucos pacientes. (ENTREVISTADA 5).

A fala da entrevistada acima evidencia que a possibilidade de formular seu próprio plano de trabalho e colocá-lo em prática - como uma das formas de estabelecer sua estratégia de atuação, depende das possibilidades concretas de cada local de trabalho. Ou, como Faleiros (1999) indicou, depende da relação de forças, dos recursos disponíveis, da organização, do *timing* de enfrentamentos. A constituição e instituição de atividades formuladas por profissionais que atuaram anteriormente no equipamento e o intenso fluxo de usuários, demandas e demais precarizações das condições de trabalho, restringem a autonomia laboral.

Confirmando esta tendência de incertezas, mas apontando para a condução ativa das atividades profissionais, possibilitada pelas condições concretas, a entrevistada 3 comenta:

Como eu falei, no meu ponto de vista, já tinha assistentes sociais que trabalhavam lá antes, né, mas se a equipe entende... tinha uma visão do serviço social um pouco equivocada. Então, eu estou dando uma cara para o serviço social. A gente tem que ter uma especificidade dentro de qualquer trabalho. Então, não é porque que é tudo multiprofissional que a gente vai fazer tudo. Não, a gente não faz, né. Então, eu estou estruturando agora dois grupos que eu montei, meus especificamente, que um grupo é de fortalecimento de vínculos. Que é um grupo que eu trabalho direitos sociais, todos os direitos sociais, e eu mostro para os pacientes, sejam eles transtorno mental, dependência química, etc. e tal, que que é o direito a educação e como eles acessam no município. Então, esse é meu grupo, eu faço esse grupo. E o outro grupo, que eu trabalho com a família e o paciente. Porque as vezes você trabalha o paciente mas a família não entende a patologia. E daí é um grupo bem difícil de trabalhar porque envolve muito conflito. É um grupo meu, mas eu sempre tenho o apoio de algum outro técnico, principalmente da psicologia e da arteterapia, que são os colegas que trabalham comigo. (ENTREVISTADA 3).

As profissionais vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde dos pequenos municípios, geralmente acabam atendendo todos os equipamentos de saúde com exceção do CAPS. A entrevistada 6 comenta que “Eu fico lotada na gestão, mas atendo a maternidade, a UPA, as unidades básicas de saúde, a demanda da gestão, Conselho Tutelar”. Sobre as atividades diárias ela destaca que responde pelo Tratamento Fora de Domicílio (TFD), pelo Programas de Prestação de Serviços à Comunidade (Apenados, diálogo com o Fórum), pelo fornecimento de cilindro de oxigênio do município, pelo Programa Estadual de Oxigenoterapia (diálogo com a Regional de Saúde), Hiperbárica (diálogo com a Regional de Saúde), atua como representante nos conselhos municipais (Conselho da Mulher, Criança e Adolescente, Étnico Racial), realiza visitas domiciliares quando solicitado pelas UBSs, atende na

UPA e Maternidade, conforme solicitação das instituições e atua no Programa de Laqueadura (Planejamento Familiar). Questionada se havia formulado alguma das atividades em que atuava, a profissional disse que elas já existiam antes dela chegar, portanto, deu continuidade ao trabalho desenvolvido e retomou atividades que estavam paradas.

No município de grande porte, apesar de ter um maior fluxo de usuários e atuar em atividades semelhantes às assistentes sociais de município pequeno, a abrangência das atividades das profissionais lotadas na Secretaria Municipal é relativamente menor, ou, pelo menos é subdividida com outras profissionais lotadas em diferentes equipamentos de saúde. Isto, aprimora o atendimento ao usuário e dá relativa liberdade à profissional para desenvolver atividades próprias e estabelecer seu plano de trabalho.

Eu vou te fornecer o plano de trabalho do serviço social aqui do meu setor. Este é um instrumento que o próprio CRESS orienta pra gente ter quando vai ocupar um local de trabalho, pra gente construir a identidade do setor e também definir o que que cabe e o que que a gente faz. (ENTREVISTADA 9).

A Entrevistada 9, ao falar do seu plano de trabalho e sobre a construção e execução das atividades de formulação própria, destaca que foram de sua autoria/colaboração a

[...] construção dos protocolos. Por exemplo, o protocolo de óculos que a gente tem no município. Existem alguns outros protocolos que não estão mais aqui na Secretaria, porque a gente entende que são questões que não necessitam do assistente social, como o protocolo de fraldas, o paciente vai direto na Unidade retirar. Tem a dieta especial. Não cabe ao assistente social liberar a dieta, mas quando as outras profissionais percebem que tem alguma questão... violência, negligência, questão de abandono. O protocolo de atendimento fora do domicílio também, porque não tínhamos. Então, o município não pagava direito os auxílios, foi montado uma lei, um protocolo e foi regularizado o fornecimento do auxílio. Então, eu participo desta comissão também. (ENTREVISTADA 9).

Sobre as atividades realizadas no cotidiano dos Hospitais, temos expressivas diferenças. Pois, um é o Hospital de referência dos municípios de todo o litoral, de gestão estadual e o outro é um Hospital que atende especificamente o município onde está localizado, de gestão municipal. No primeiro, na época das entrevistas, haviam sete assistentes sociais distribuídas por turnos, todas concursadas. No segundo, apenas uma. Sendo esta, vinculada à prefeitura através de contrato por hora.

A respeito das atividades no Hospital de referência uma das assistentes sociais relata:

O que a gente trabalha ali, é mais com questões de orientações. Notificações de todos os tipos de violência, tanto criança e adolescente, como mulher. A gente faz encaminhamento para os equipamentos dos municípios. [...] Mas a gente acaba facilitando muito o contato entre a família, o médico e o paciente, acabamos trabalhando muito a informação. Busca ativa de familiares para acompanhar estes pacientes. Diversas pessoas em situação de rua, antes de encaminhar para outros equipamentos tentamos os contatos com familiares. Muitas situações de fragilidade social, vínculos fragmentados com relação às famílias. (ENTREVISTADA 7).

Sobre as atividades com que trabalha, a Entrevistada 7 afirma ainda que no Hospital elas atuam com a rede. Mas têm bastante dificuldade porque existe relação de força entre os equipamentos, questões políticas envolvidas e constante mudanças das assistentes dos equipamentos municipais, o que dificulta o diálogo e o avanço nos atendimentos em rede. Segundo a entrevistada 7, nos municípios as profissionais trocam ou são trocas de secretarias e equipamentos, ou então não são concursadas. E, por isso, tem seus contratos encerrados em pouco tempo. Como podemos observar, a precarização das relações de trabalho não impacta apenas a profissional com vínculos frágeis em seu espaço socio-ocupacional, no âmbito individual ou particular. Mas interfere no funcionamento do trabalho da região, na articulação entre as profissionais, equipamentos e serviços e, conseqüentemente, na qualidade da prestação do serviço, especialmente quanto à confiança dos usuários/pacientes no trabalho e a possibilidade de continuidade do processo em níveis mais complexos. Inclusive, esta situação precária dos vínculos empregatícios atua na redução do poder das profissionais ao desarticular sua capacidade de mobilização enquanto categoria profissional voltada para a defesa dos direitos da população. Isto, pode vir a prejudicar a atuação das assistentes sociais.

No excerto abaixo podemos observar novamente a crítica ao CFESS e ao CRESS pela ausência de orientações específicas para a atuação profissional na área de saúde. Além disso, destaca-se as relações de poder internas nos equipamentos e a necessidade de convencer outras categorias profissionais de qual é o espaço do serviço social.

[...] Com o tempo a gente conseguiu ir encaminhando para outros setores, principalmente, os de cunho administrativo parte das atividades. Nós já conseguimos nos desvencilhar de muitas coisas. Porque o serviço social, por

ser uma profissão que cada vez mais tem tentado se configurar dentro da área da saúde, e, também, porque existe poucas orientações do CFESS e do CRESS sobre a atuação na área da saúde, então ele foi historicamente aderindo a demandas que não eram dele. Uma grande luta que a gente tem é conseguir direcionar estas demandas para a gente fazer realmente o que é nosso. (ENTREVISTADA 7).

Em sentido semelhante, a Entrevistada 2 destaca que ao assumir a função em seu local de trabalho construiu o Protocolo de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para delimitar suas atribuições e demonstrar para as demais categorias profissionais a importância do serviço social e obter o devido reconhecimento. Segundo ela, “as outras categorias não sabem direito o que o serviço social faz. E por isso, acham que fazemos qualquer coisa”. Esta mesma profissional está vinculada ao Hospital municipal e atua prioritariamente nas demandas dele (semelhante as atividades do HRL), mas invariavelmente precisa atender demandas da secretaria municipal de saúde (semelhante às atividades das profissionais lotadas nas Secretarias de Saúde), UBS, etc. Mais uma vez demonstrando a precarização do trabalho, uma vez que precisa atuar por duas, possui um contrato fragilizado de trabalho (sem estabilidade e demais direitos) e a remuneração recebida está na faixa mais baixa da classificação apresentada no capítulo 1, subitem 1.6. Evidenciando mais uma vez o desconhecimento das atividades que cabem ao serviço social, mas agora na UPA, e a necessidade de formalizar em documento as atividades, a Entrevistada 17 destaca:

A gente tá conseguindo instituir o POP. Não tinha Assistente Social aqui, nunca teve. [...] Então, acontece uma dificuldade de entendimento do que a gente faz. É uma dificuldade bem grande. Tanto é que a gente está aqui na frente pra apagar fogo, de mediação [entre a população e] de coisas que acontecem lá dentro. Estamos tentando estabelecer programas, projetos, grupos, orientação. Mas é muito difícil. É um entra e sai, a gente não tem um período com a pessoa. Lá dentro com as pessoas internadas é diferente. Lá dentro, a gente faz visitas no leito, não fazemos visitas domiciliares, se for preciso a gente encaminha para a UBS e para o CRAS. As demandas são mais espontâneas. As vezes chegam casos de vínculo familiar, os usuários não sabem a diferença entre a Assistência Social enquanto Secretaria e serviço social da saúde. Aí vem aqui é quer tudo o que têm na Secretaria de Assistência, aí a gente explica. (ENTREVISTADA 17).

A Entrevistada 8 atua no Consultório na Rua e nos relata sobre a recente descaracterização do programa apontando para a precarização das políticas públicas:

A gente montou o projeto na cidade, no começo a gente tinha emprestado uma Van do Governo, da Prefeitura Itinerante, e a gente trabalhava nesta

Van. Hoje eu trabalho no Consultório na Rua dentro do Centro POP porque a gente não tem mais a Van para trabalhar. E isto é complicado. Porque descaracterizou o programa. E gera um certo desacordo com as técnicas do Centro POP, já que nossas atribuições são as mesmas e apenas elas estão oficialmente vinculadas no “Centro”. Minha atuação é mais de orientação para a população em situação de rua, sobre documentação, questão familiar, escolaridade, área médica. (ENTREVISTADA 8).

Em relação as profissionais vinculadas ao HEMEPAR, Secretaria Estadual de Saúde/1ª Regional de Saúde e Farmácia Paraná (farmácia especial), ressaltamos que as atividades estão restritas a um menor número de programas e serviços, o que possibilita a focalização em demandas específicas. Especificamente, no HEMEPAR as atividades giram entorno da gestão do programa de coleta de sangue, a técnica da Secretaria Estadual presta assessoria para os municípios do litoral nos programas saúde mental e da saúde da pessoa idosa. E a técnica da Farmácia Especial realiza atendimento ao usuário que necessita de auxílio para acessar medicamentos de alto custo, realiza orientações e acolhimento referentes ao uso dos medicamentos. Destaca-se que nestes espaços a estrutura física e condições de trabalho são notadamente diferentes em relação aos municípios. Há boa estrutura física, remunerações mais altas, e acesso adequado a materiais para realizarem seus trabalhos.

Sobre a organização do trabalho, com exceção das profissionais que não atendem ao público usuário diretamente, todas afirmaram que fazem os registros em prontuários eletrônicos, arquivos físicos e outras formas de controle dos atendimentos realizados. Porém, ressaltam que é difícil separar um dia ou horário específico para isso, pois, a demanda espontânea e institucional suprime quase todo o tempo disponível. Em mesmo sentido, ao falarem sobre o tempo específico para fazer o planejamento futuro das atividades e estudar casos passados, todas afirmaram que não possuem condições em seus locais de trabalho para isso. Exceção para as profissionais vinculadas ao CAPS de seu município, os quais geralmente possuem um dia na semana para planejamento multiprofissional. Algumas ainda destacam o incômodo que certos gestores têm ao perceberem horários livres nas atividades cotidianas das profissionais.

Sobre o registro dos atendimentos a Entrevistada 3 afirma:

Tem que ter. Porque no CAPS nós não temos equipamento de informática para fazer o registro no prontuário eletrônico. Nosso prontuário é manual. Isso faz parte do meu trabalho. É um tempo em demasia, mas meus colegas que

vierem depois de mim têm que saber o que que foi anotado, qual foi o encaminhamento né. (ENTREVISTADA 3).

A mesma assistente social ao falar sobre o tempo para planejamento das atividades futuras e avaliações das atividades passadas relata:

[...] No meu horário de trabalho não tenho tempo para planejamento. E eu preciso de um ambiente tranquilo para planejar. Então, eu até fiz em casa alguns planejamentos e estou estruturando meu plano de trabalho. Porque eu precisava esquematizar o trabalho, mas isso foi fora do horário de expediente. Coisa que eu não costumo fazer. (ENTREVISTADA 3).

Algumas assistentes sociais chamam atenção para o fato de trabalharem em um equipamento composto por equipe multiprofissional mas que não tem planejamento coletivo:

Uma coisa que eu pontuo bastante aqui, de uma instituição, é de ter reuniões em equipe. E a gente não tem. Acaba que algumas ações que a gente acaba fazendo são individuais. Não consegue pensar no coletivo, porque geralmente, assim, a enfermeira que é a responsável técnica vem duas vezes por semana. Já não é algo que a gente possa ter contato direto. Um profissional de fisioterapia que atende uma clínica inteira. Já não dá tanto suporte para a área hospitalar. É bem defasado, sabe. Então, planejar em si só se realmente eu planejar por mim mesmo. Não é nada no coletivo e, sim, algumas pontuações individuais. (ENTREVISTADA 2).

Ao serem questionadas sobre os instrumentos e técnicas que utilizam no seu cotidiano, as profissionais que atuam com atendimento direto à população, afirmam que entrevista social e a visita domiciliar são os instrumentos preferenciais, das quais geram relatórios que podem servir para encaminhamentos ou como registro para ações futuras. Sobre este assunto destacamos que os instrumentos e técnicas são os componentes relevantes do instrumental técnico-operativo, são eles que permitem a operacionalização da ação profissional. Os instrumentos são ferramentas que medeiam a “concretização das ações e estão presentes na execução dos procedimentos”. E as técnicas dizem respeito às diferentes formas de se utilizar estes instrumentos (TRINDADE, 2017, p. 79). A definição pela categoria profissional de quais seriam os instrumentos utilizados pelas assistentes sociais não é consensual. No entanto, adotamos a identificação feita por Sarmiento (2017). Este autor reconhece como instrumentos o relacionamento, a observação, a informação, a abordagem, a entrevista, a reunião, e a visita domiciliar.

Ao serem perguntadas sobre as condições de trabalho em seus respectivos locais de atuação, a maioria das assistentes sociais vinculadas aos municípios relatam precarização. As precarizações giram entorno falta de sala apropriada para os atendimentos, falta de arquivos com cadeado ou computador exclusivo de acesso restrito para guardar sigilo dos documentos, falta de espaço para desenvolver atividades de grupos, dificuldade em acessar veículos para visitas domiciliares, até mesmo disputa por cadeira para sentar. Mais uma vez, para os equipamentos do município de grande porte e equipamentos, serviços e instituições Estaduais a caracterização é relativamente diferente. Há maior disponibilidade de recursos e reconhecimento institucional da importância do serviço social. Contudo, para além das questões materiais (no sentido físico), há outras dificuldades que incidem sobre o cotidiano, a entrevistada 7 ressalta:

A gente tem uma grande dificuldade que são as relações de forças, as relações políticas são muito difíceis, a gente fica à mercê da nova gestão. Nós tivemos no prazo de seis meses quatro gestores. Então assim, quando vem alguém novo lá vai você mostrar todos os POPs pra mostrar o que o serviço social faz. E você começa a implementar um projeto novo e lá vem uma nova gestão e muda o projeto porque acha que tem que ser ao contrário [...] isso tudo é muito difícil. Nós estamos sempre ao lado do usuário, a instituição está sempre ao lado da instituição, da gestão. Aí tem uma grande encrenca. Nem sempre é possível manter uma política de boa vizinhança. Porque as vezes pra eles o mais importante são os dados, e pra nós o mais importante é que aquele usuário tenha tido acesso ao que ela realmente necessita. (ENTREVISTADA 7).

Conforme pudemos perceber por meio das entrevistas e nos excertos apresentados acima, a maioria das assistentes sociais (12) não possuem um plano de trabalho formalizado ou um Protocolo de Procedimento Padrão (documento este comumente adotado pelas profissionais da área da saúde para delimitar suas funções e indicar o procedimento de trabalho). No entanto, todas reconhecem sua importância. Foi notório o desconhecimento por parte dos colegas de trabalho de outras áreas e por usuários sobre o papel do serviço social na política pública de saúde. Foi possível perceber também que parte considerável das atividades desempenhadas são resultados das demandas espontâneas ou institucionais. Com raras exceções, temos algumas profissionais propondo atividades específicas em seu espaço socio-ocupacional.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho nos valemos do método de pesquisa inspirado na tradição marxista, portanto, partimos do trabalho em sua dimensão singular: o trabalho das assistentes sociais vinculadas à política pública de saúde e percorremos a trama do real visando capturar os elementos estruturais e circunstanciais significativos ao nosso objeto, para a seguir retornarmos ao concreto, mas agora como concreto pensado. O percurso de ida a campo nos aproximou do reconhecimento da dimensão singular das condições de trabalho, tanto pelos relatos quanto pela presença nos espaços socio-ocupacionais. À medida que organizamos o trabalho final, fizemos o processo expositivo voltando a elementos estruturais e da organização da política pública de saúde. Desta maneira, transitamos pela caracterização da 1ª Regional de Saúde, caracterização dos Espaços Socio-ocupacionais e caracterização do Perfil das Assistentes sociais. Em seguida buscamos compreender aspectos ontológicos do trabalho e suas transformações ao longo da história até os dias atuais. No terceiro capítulo abordamos a política pública de saúde como espaço de atuação da assistente social. Por fim, nos voltamos novamente para o trabalho e o cotidiano mas agora compreendendo as determinações estruturais e, na medida do possível, perscrutando a realidade visando compreendê-la em um nível de maior profundidade, sob mediações reflexivas.

Após esta análise pudemos perceber que o processo de trabalho das assistentes sociais na política pública é regido pelas determinações estruturais do capitalismo e circunstanciais (do cotidiano). Ou seja, o Serviço Social é resultado, enquanto área profissional, da necessidade de resposta das classes dominantes às expressões da questão social. As profissionais são da classe trabalhadora, precisam vender sua força de trabalho e, em certa medida, estão submetidas aos mandos e desmandos do capital, o qual mantém a hegemonia sobre a estrutura política, a organização das políticas públicas e centralmente a disputa do fundo público. Nos últimos anos a população do país sofreu com uma política econômica que restringiu o orçamento para as políticas públicas e houve o aumento do desemprego formal e crescimento do subemprego. As determinações do cotidiano, também incidem sobre a prática profissional de tal maneira que torna difícil trilhar caminhos alternativos aos estabelecidos pelas instituições. Isto, porque as instituições estão permeadas por relações de poder que geralmente não favorecem uma atuação profissional livre e

progressista, ou que questione os empecilhos postos pela burocracia institucional para atender as demandas dos usuários. A falta de recursos na maioria dos municípios do litoral e até mesmo a falta de uma gestão focada em projetos de médio e longo prazo, são outros elementos que pesam sobre o cotidiano e restringem a atuação profissional.

Neste contexto, “suspender o cotidiano” e voltar toda “energia individual” para a constituição de “estratégias” de atuação profissional, é fundamental para a conquista dos objetivos imediatos dos usuários, bem como, para abrir a possibilidade de mudanças estruturais na sociedade. No entanto, o fluxo de trabalho intenso do dia a dia e as dificuldades apontadas nas linhas acima, tornam igualmente difíceis de serem executadas a contento. No bojo destas dificuldades estruturais e conjunturais, temos ainda o não reconhecimento do papel do serviço social na política pública de saúde pelas instituições e o desconhecimento por parte da população e dos colegas de outras áreas profissionais do que fazemos e do que podemos fazer de fato.

Por fim, cabe destacar que devido as limitações e objetivos deste TCC o material coletado com as entrevistas não foi totalmente utilizado. Porém, ele nos forneceu indicativos para aprofundarmos o estudo sobre trabalho profissional em uma próxima etapa de pesquisa. Como temas, por exemplo, podemos nos debruçar sobre a participação/mobilização da categoria em eventos, conselhos, movimentos sociais, atividades dos Conselhos Regional e Nacional, como forma de superar as limitações impostas pela realidade concreta, e, nos dedicar ao estudo dos parâmetros para atuação das assistentes sociais na área da saúde, entre outras possibilidades.

## REFERÊNCIAS

- ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de serviço social**. Rio de Janeiro: ABESS, 1996. Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento\\_201603311138166377210.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf) Acesso em: 11/10/2022.
- ABEPSS. **Diretrizes Curriculares da ABEPSS**. 2023. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/diretrizes-curriculares-da-abepss-10#:~:text=As%20diretrizes%20s%C3%A3o%20aprovadas%20em,em%20especial%20a%20educa%C3%A7%C3%A3o%20superior>. Acessado em: 29/01/2023.
- ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo : Editora Jandaíra, 2020.
- ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1995.
- AUGUSTO, O. Corte no Orçamento fica mais duro e deve afetar Saúde e Educação. **Metrópoles**. Brasília. 25 de jul. de 2022. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/economia-br/corte-no-orcamento-fica-mais-duro-e-deve-afetar-saude-e-educacao>. Acesso em: 11/11/2022.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo : Cortez, 2011.
- BERTELLI, E. **Os não ditos e os vividos: trajetórias masculinas numa “profissão feminina”**. In Congresso Mundos de Mulheres, 13º, & Seminário Internacional Fazendo Gênero 11, 2017, Florianópolis. Anais Eletrônico. Disponível em: [http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/fg7/artigos/E/Edilane\\_Bertelli\\_09.pdf](http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/fg7/artigos/E/Edilane_Bertelli_09.pdf) Acesso em: 20/12/2022.
- BRAGA, J. Secretários estaduais alertam para falta de médicos com fim de decreto da pandemia. **Folha de São Paulo**. 18 de abr. de 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2022/04/secretarios-estaduais-alertam-para-falta-de-medicos-com-fim-de-decreto-da-pandemia.shtml>. Acesso em: 14/11/2022.
- BRASIL. **Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del0200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm) Acesso em: 01/02/2023.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988**. Sabatovski, E.; Fontoura, I. P. (Org.). 4ª edição. Curitiba : Juruá, 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 27/01/2023.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 8 de jul. de 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm#:~:text=LEI%20No%208.662%2C%20DE,\(Mensagem%20de%20veto\).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%20C3%9ABLICA%20Fa%C3%A7o,as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20nesta%20lei](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm#:~:text=LEI%20No%208.662%2C%20DE,(Mensagem%20de%20veto).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%20C3%9ABLICA%20Fa%C3%A7o,as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20nesta%20lei). Acesso em: 07/8/2022.

BRASIL. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html). Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Disponível em: [https://anmlegis.datalegis.inf.br/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&link=S&tipo=POR&numeroAto=00001742&seqAto=000&valorAno=1996&orgao=MS&cod\\_modulo=351&cod\\_menu=6676](https://anmlegis.datalegis.inf.br/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&link=S&tipo=POR&numeroAto=00001742&seqAto=000&valorAno=1996&orgao=MS&cod_modulo=351&cod_menu=6676). Acesso em: 15/11/2022.

BRASIL. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001a.** Norma operacional da assistência à saúde / sus noas-sus 01/2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html). Acesso em: 03/01/2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001b.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 25/01/2023.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 23/01/2023.

BRASIL, **Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm) Acesso em: 25/01/2023.

BRASIL, 2011b. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088n**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)  
Acesso em: 23/01/2023.

BRASIL. **Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012**. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm). Acesso em: 13/01/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. [site eletrônico]. s/d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus> . Acesso em: 18/02/2023.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In BRAVO, M. I. S., et al (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo : Cortez, 2012.

CANCIAN, N. **Ministério suspende contratos para produção de 18 remédios e uma vacina**. Folha de São Paulo, 16.jul.2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/07/ministerio-suspende-contratos-para-producao-de-19-remedios-e-vacina.shtml> . Acesso em: 06/09/19.

CASTELANI, C. Brasil tem 4ª maior inflação entre principais economias, veja ranking. **Folha de São Paulo**. 10 ago. 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2022/08/inflacao-no-brasil-esta-entre-as-mais-altas-do-mundo.shtml> Acesso em: 14/11/2022.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1993. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 04/05/2022.

CFESS (org.). **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. Colaboradores Rosa Prêdes et al. Brasília. Ed. CFESS, 2005. Versão eletrônica disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/perfilas\\_edicaovirtual2006.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/perfilas_edicaovirtual2006.pdf) Acesso em: 10/01/2023.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 08/10/2022.

CFESS. **Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: Formação, Condições de Trabalho e Exercício Profissional (2022)**. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>  
Acesso em: 23/12/2022.

COHN, A. **O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde**. In LIMA, N. T. (org.). Saúde e Democracia - História e Perspectivas do SUS, Rio de Janeiro : Fiocruz, 2005.

CONASS. **Fundação pública do direito privado**. 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/fundacao-publica/> Acesso em: 08/01/2023.

CUNICO, C. (Org.). **Zoneamento Ecológico Econômico do Estado do Paraná – Litoral**. Curitiba: ITCG, 2016.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo : Boitempo, 2016.

DIEESE. **Pesquisa nacional da Cesta Básica de Alimentos**. 2023. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html> Acesso em: 27/01/2023.

ESCOREL, S.; NASCIEMNTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In LIMA, N. T. (org.). Saúde e Democracia - História e Perspectivas do SUS, Rio de Janeiro : Fiocruz, 2005.

EXAME. Verba do programa Farmácia Popular cai a 33% do que era em 2018. **Exame/O Globo**. 16 de set. de 2022. Disponível em: <https://exame.com/economia/verba-do-programa-farmacia-popular-cai-a-33-do-que-era-em-2018/>. Acesso em: 14/11/2022.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo : Cortez, 1999.

FALEIROS, V. P. **O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 120, p. 706-722, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/XrdJnS7BXrFDxY4V3mG6yqj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01/02/2023.

FIGUEIREDO, C. Ministro da Saúde de Bolsonaro é o primeiro a propor cobrança de atendimentos no SUS. **Brasil de Fato**. São Paulo, 29 de Maio de 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/05/29/ministro-da-saude-de-bolsonaro-e-o-primeiro-a-propor-cobranca-de-atendimentos-no-sus/> . Acesso em: 05/09/19.

FLORESTAN, F. **O negro no mundo dos brancos**. São Paulo, Editora Global, 2007.

FLORESTAN, F. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo : Ed. Globo, 2008.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

GOMES, R. **A análise de dados em pesquisa qualitativa**. In Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 24ª ed. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GRESPLAN, J. **Marx: uma introdução**. 1. ed. - São Paulo : Boitempo, 2021.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa do exercício profissional**. In SANTOS, C. M. dos; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs.). *A dimensão técnico-operativa no serviço social: desafios contemporâneos*. São Paulo : Cortez, 2017a.

GUERRA, Yolanda. **Racionalidades e Serviço Social: o acervo técnico-instrumental em questão**. In SANTOS, C. M. dos; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs.). *A dimensão técnico-operativa no serviço social: desafios contemporâneos*. São Paulo : Cortez, 2017b.

G1. Número de pessoas em situação de pobreza no Brasil bate recorde, mostra pesquisa. **Jornal Nacional/G1**. 29 de jun. de 2022a. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/06/29/numero-de-pessoas-em-situacao-de-pobreza-no-brasil-bate-recorde-mostra-pesquisa.ghtml>. Acesso em: 10/11/2022.

G1. Hospitais e farmácias do Brasil registram falta de remédios. **Bom dia Brasil/G1**. 11 de ago. de 2022b. Disponível em: <https://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2022/08/11/hospitais-e-farmacias-do-brasil-registram-falta-de-medicamentos.ghtml>. Acesso em: 11/11/2022.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1992.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 21 ed. São Paulo, Cortez; Celats, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2015.

IBGE. **Estimativa populacional por município**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em: 20/01/2023.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral. 3º Trimestre de 2022**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#resultado>. Acesso em: 01/02/2023.

JORNAL DE BRASÍLIA. Quase 90% dos empreendedores não têm funcionários e metade ganha só um salário mínimo. **Jornal de Brasília**. 14 de ago. 2022. Disponível em: <https://jornaldebrasil.com.br/noticias/economia/quase-90-dos-empreendedores-nao-tem-funcionarios/>. Acesso em: 13/11/2022.

KOZINETES, R. V. **Netnography 2.0**. In Handbook of Qualitative Research Methods in Marketing. Edward Elgar Publishing, 2006, p. 129-142. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/283626067\\_Netnography\\_20](https://www.researchgate.net/publication/283626067_Netnography_20). Acesso em: 02/11/2022.

KOZINETES, R. V. **Netnografia: realizando pesquisa etnográfica online**. Porto Alegre: Penso, 2014.

LESSA, S. **Trabalho e Reprodução**. In Serviço Social e trabalho: porque o serviço social não é trabalho. Maceió: Coletivo Veredas, 2016, p. 35-58.

LIMA, N. T.; GERCHMAN, S; EDLER, F.C. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Cortez, 1999.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MARX, K. **O 18 de brumário de Luís Bonaparte**. [versão digital], São Paulo : Boitempo, 2011.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção à saúde**. In Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fiocruz, s/d. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em 22/02/2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo : Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33ª ed. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

MOLLER, D. **Brasil, um país de todos? O projeto neodesenvolvimentista e a tônica dos Programas de inserção social na agenda do Governo federal (2003-2013)**. 2013. f. 274. Dissertação (Pós-Graduação em Serviço Social) – Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

MOTTA, A. Alimentos da cesta básica sobem até 67% em 12 meses. **UOL - Economia**. São Paulo. 09 de jun. 2022. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2022/06/09/inflacao-produtos-da-cesta-basica-maio-2022.htm>. Acesso em 11/11/2022.

MONTAÑO, C. **A natureza do Serviço Social: Um Ensaio Sobre sua Gênese, a especificidade e sua reprodução**. São Paulo, Cortez, 2007.

NAIME, L. Lucro das grandes empresas cresceu 349% no governo lula. **G1**. 23 de out. 2006. Economia e negócios. Disponível em: [https://g1.globo.com/Noticias/Economia\\_Negocios/0,,AA1321579-9356,00-LUCRO+DAS+GRANDES+EMPRESAS+CRESCER+NO+GOVERNO+LULA.html](https://g1.globo.com/Noticias/Economia_Negocios/0,,AA1321579-9356,00-LUCRO+DAS+GRANDES+EMPRESAS+CRESCER+NO+GOVERNO+LULA.html). Acesso em: 10/11/2022.

NETTO, J.P. **O Movimento de Reconceituação 40 anos depois**. Ver. Serviço Social & Sociedade, nº 84, Ano XXVI, nov. 2005.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2007.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2012a.

NETTO, J. P. **Para a Crítica da Vida Cotidiana**. In NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. B. Cotidiano: conhecimento e crítica. - 10. ed. - São Paulo: Cortez, 2012b.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 17. Ed. - São Paulo: Cortez, 2017.

NITAHARA, A. Pela primeira vez, negros são maioria no ensino superior público. **Agência Brasil - EBC**. 13 de nov. de 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-11/pela-primeira-vez-negros-sao-maioria-no-ensino-superior-publico>. Acesso em: 07/01/2023.

OSTOS, N. S. C. **A questão feminina: importância estratégica das mulheres para a regulação da população brasileira (1930-1945)**. Cadernos Pagu, nº 39. Dez 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/TDrLqsgZ78XxyrcLm5yCxVv/?lang=pt> Acesso em: 07/01/2023.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PARANÁ. **Secretaria de Saúde/Farmácia Paraná**. s/d. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/servicos/Cidadania/Assistencia-social/Solicitar-medicamentos-a-Farmacia-do-Parana-pA3LwNbm>. Acesso em: 22/01/2023.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - Sistema Único de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização (2015)**. Curitiba: SESA, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023**. Curitiba: SESA, 2020.

PEREIRA, P. **Perspectivas teóricas sobre a questão social no Serviço Social**. Revista Temporalis, nº 7, Brasília, 2003.

RIBEIRO, A. F. **Taylorismo, Fordismo e Toyotismo**. Lutas Sociais, São Paulo, vol.19 n.35, p.65-79, jul./dez. 2015.

SANTOS, L. **Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, 22[94]0, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7M3PKSBdctVSpkvJTYy5Rdz/abstract/?lang=pt> Acesso em: 20/12/2022.

SANTOS, C. M.; FILHO, R. S.; BACKX, S. **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão**. In SANTOS, C. M. dos; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs.). A dimensão técnico-operativa no serviço social: desafios contemporâneos. São Paulo : Cortez, 2017.

SARMENTO, H. B. de M. **Instrumental técnico e o Serviço Social**. In SANTOS, C. M. dos; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs.). A dimensão técnico-operativa no serviço social: desafios contemporâneos. São Paulo : Cortez, 2017.

SCHEFFER, M. et al., **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020.

SILVEIRA, D.; NAIME, L. Desemprego recua para 9,3% em junho, mas número de informais é recorde, aponta IBGE. **G1**. Economia. 29 de jul. de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/07/29/desemprego-recua-para-93percent-em-junho-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 12/11/2022.

SOUZA, M. B.; HOFF, T. S. R. **Governo Temer e a volta do neoliberalismo no Brasil: possíveis consequências para a habitação popular**. Urbe - Revista Brasileira de Gestão Urbana, n 11, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193157941056>. Acesso em: 17/10/2022.

SOUZA, J. **A elite do atraso: da escravidão à lava a jato**. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

TRINDADE, R. L. P. **Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas públicas**. In SANTOS, C. M. dos; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs.). A dimensão técnico-operativa no serviço social: desafios contemporâneos. São Paulo : Cortez, 2017.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2007.

TUROLLO, R. J. Fome avança e deixa 33 milhões expostos a chaga que envergonha o Brasil. **Veja**. 8 de jul. de 2022. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/fome-avanca-e-deixa-33-milhoes-expostos-a-chaga-que-envergonha-o-brasil/>. Acesso em: 12/11/2022.

## ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

Pesquisa: “O trabalho profissional de assistentes sociais na política pública de saúde (sistema único de saúde - SUS) nos municípios do litoral paranaense”.

Pesquisador: Juliano Bagatin.

Vínculo: Graduando em Serviço Social na UFPR.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Marta Tumelero.

### IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

Município de entrevista: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_\_\_

Hora de término: \_\_\_\_\_

### CARACTERÍSTICAS E PERFIL SOCIOECONÔMICO

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Em relação a raça, você se reconhece ou se identifica com qual?

( ) Branca/o ( ) Negra/o ( ) Amarela/o ( ) Indígena

( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

4. Você se reconhece ou se identifica com qual gênero?

\_\_\_\_\_

5. Possui filhos(as)? Quantos?

( ) Sim ( ) Não. Quantos? \_\_\_\_\_

6. Quantas pessoas residem em sua moradia? \_\_\_\_\_

7. Se mais de uma, quantos são adultos, adolescentes e crianças?

Adultos (a partir de 18 anos): \_\_\_\_\_

Adolescentes (de 12 até 18 anos incompletos): \_\_\_\_\_

Crianças (até 12 anos incompletos): \_\_\_\_\_

8. Qual a **renda familiar** (em quantidade de salários-mínimos nacional: 1,212 reais)?

1-3 salários  4-6 salários  7-10 salários  11- 14 salários

Acima de 15 salários

9. Qual sua **renda individual**? \_\_\_\_\_

10. Reside em casa própria?

Sim  Não

11. Caso não, qual o valor do aluguel? \_\_\_\_\_

### **FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

12. Em que ano se graduou? \_\_\_\_\_

13. Em qual instituição se formou (universidade, faculdade, etc)?

\_\_\_\_\_

14. Fez pós-graduação?  Sim  Não

Caso sim, qual modalidade?

*Lato Sensu* (Especialização)  *Stricto Sensu* (Mestrado, doutorado, etc.)

15. Caso sim na pergunta anterior, em qual programa/Instituição fez a pós-graduação?

\_\_\_\_\_

16. Caso não na pergunta 14, **pensa em fazer uma pós-graduação**?

Sim  Não

17. Qual vínculo empregatício possui com o Município/Estado?

Estatutário  Processo seletivo/Temporário  CLT/ Emprego público

Terceirizado (com vínculo a empresa prestadora de serviço ao município)

Prestador de serviço (Pessoa física ou com via empresa própria com CNPJ)

- Cargo Comissionado
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

18. Em seu atual vínculo de trabalho, **ocupa ou ocupou cargo de chefia?**

- Sim  Não

Caso sim, qual e quando? \_\_\_\_\_

19. Seu vínculo no Município/Estado é no cargo de assistente social?

- Sim  Não. Se não, qual é? \_\_\_\_\_

20. Caso sim na pergunta anterior, **há quanto tempo exerce o trabalho de assistente social na área da saúde?**

21. Qual foi o último curso/evento promovido pelo CRESS ou CFESS que você participou?

22. Qual foi o último **evento/curso de atualização** que você participou?

23. Para participar destes eventos de atualização **você recebeu algum auxílio** por parte da instituição?

- Liberação de horas de trabalho
- Auxílio alimentação/transporte
- Pagamento de taxas de inscrição e/ou mensalidades (em caso de cursos pagos)
- Não recebi auxílio

### **INSTITUIÇÃO/ EQUIPAMENTO**

24. Em qual secretaria está lotada(o)?

25. Em que equipamento e/ou serviço você desempenha o trabalho profissional? (pode marcar mais de um)

- Unidade Básica de Saúde - UBS
- Unidade Saúde da Família – USF
- Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF
- Unidade de Pronto Atendimento - UPA
- Hospital Municipal
- Maternidade Municipal
- Secretaria Municipal de Saúde
- 1ª Regional de Saúde
- Hospital Regional do Litoral
- Outros: \_\_\_\_\_

26. Quais programas, projetos, serviços e/ou atividades são realizadas por este equipamento?

27. Em quais programas, projetos, serviços e/ou atividades há atuação de assistentes sociais?

28. **Com quais** programas, projetos, serviços e/ou atividades **você trabalha?**
29. Destes programas, projetos, serviços e/ou atividades **algum foi formulado por você?**
- ( ) Sim ( ) Não.
- Caso sim, quais?
30. Trabalha com outras(os) assistentes sociais?
- ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quantas? \_\_\_\_\_
31. Caso sim na pergunta anterior, **como se dá a organização do trabalho entre vocês?**
32. **Trabalha com profissionais de outras áreas** (psicóloga, terapeuta ocupacional, enfermeira, médica, etc)?
- ( ) Sim ( ) Não
- Caso sim, quais?
33. Qual o apoio a instituição dá ao seu exercício profissional?
34. Você possui sala própria e demais materiais necessários para sua atuação?
35. **Gostaria de acrescentar algum comentário**, que você considera relevante, **sobre os serviços ofertados ou sobre a instituição em que trabalha?**

### **COTIDIANO PROFISSIONAL**

36. Quais as demandas diárias no equipamento?
37. Dessas, **você saberia me dizer quais são demandas institucionais e quais são demandas espontâneas** (de usuários/as dos serviços)?
38. Você possui tempo para realizar o registro dos atendimentos?
39. Durante sua semana há algum período destinado ao estudo e planejamento das ações passadas e futuras?
40. Você possui plano/projeto de trabalho?
- ( ) Sim ( ) Não
41. Quais das suas atividades diárias foram proposições suas?
42. Quais os instrumentais você utiliza no seu cotidiano?
43. Você participa ou já participou do Conselho Municipal de Saúde ou Estadual de Saúde?

44. Caso sim na questão anterior, você representa ou representou qual segmento (usuário, sindicato, Secretaria de Saúde, etc) ?
45. Qual sua percepção sobre a relevância do Conselho de Saúde na construção da política pública deste setor?
46. Em que medida na sua atuação profissional você tem tido contato com movimentos sociais? (articulação com movimentos sociais)
47. Considerando o Projeto Ético Político do Serviço Social, quais os valores e princípios você considera relevantes para a atuação na política pública de saúde?
48. Quais competências e atribuições são requisitadas para a execução do seu trabalho profissional?
49. Qual sua percepção sobre o conhecimento acadêmico e a prática profissional?
50. Qual sua percepção sobre as condições que as assistentes sociais possuem no seu local de trabalho para executar suas atividades diárias?
51. Gostaria de acrescentar algum comentário, que você considera relevante, sobre seu cotidiano profissional?