



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

ANA RAQUEL DANTAS DE AZEVEDO

**OS IMPACTOS DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NOS PROCESSOS DE
TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL: UMA ANÁLISE SOBRE O TRABALHO
PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE SAÚDE**

**NATAL - RN
FEVEREIRO DE 2015**

ANA RAQUEL DANTAS DE AZEVEDO

**OS IMPACTOS DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NOS PROCESSOS DE
TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL: UMA ANÁLISE SOBRE O TRABALHO
PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Professora Mestre Alane Karine Dantas Pereira.

NATAL/RN
FEVEREIRO DE 2015

Catálogo da Publicação na Fonte.
UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Azevedo, Ana Raquel Dantas de.

Os impactos da reestruturação produtiva nos processos de trabalho do/a assistente social: uma análise sobre o trabalho profissional na política de saúde / Ana Raquel Dantas de Azevedo. - Natal, RN, 2015.
46 f.

Orientadora: Profa. Ma. Alane Karine Dantas Pereira.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço Social.

1. Serviço Social - Monografia. 2. Trabalho social - Monografia. 3. Política de saúde - Monografia. I. Pereira, Alane Karine Dantas. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 364.4:61

ANA RAQUEL DANTAS DE AZEVEDO

**OS IMPACTOS DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NOS PROCESSOS DE
TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL: UMA ANÁLISE SOBRE O TRABALHO
PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Professora Mestra Alane Karine Dantas Pereira.

Banca Examinadora:

Alane Karine Dantas Pereira – *UFRN*
(Orientadora)

Elza Maria Ferreira de Souza Baldez (CRESS/RN 0755)
(Membro Titular Externo)

Elizangela Cardoso de Araújo Silva -UFRN
(Membro Titular Interno)

NATAL/RN
FEVEREIRO DE 2015

Dedico este trabalho a meus pais, que sem saberem o Bê-a-bá, me presentearam com a vontade de sempre buscar o saber e andar sempre de cabeça erguida e com humildade, pois os maiores ensinamentos que aprendi vieram deles.

AGRADECIMENTOS.

AGRADECER é o ato de reconhecer o carinho recebido por aqueles que te fazem bem, que te dão o aconchego necessário nos dias nebulosos e o afago nos cabelos nas horas de alegria. Sim, sou uma pessoa muito grata a Deus por tudo àquilo que me proporcionou durante estes quatro anos de curso: por todos os amigos que conquistei e pelo afeto criado entre os professores e colegas. Enfim, resta somente a agradecer ao Pai Celeste pela força que ele me deu para conseguir suportar as tensões cotidianas.

Cansaço, desânimo e desespero foram sentimentos novos que pude experimentar ao longo da jornada universitária, mas, se não fossem as mãos de Deus estendidas para nos ajudar, provavelmente não teria alcançado o meu objetivo maior. Obrigada Papai do Céu, muito obrigada!

Agradeço de maneira mais que especial a meu pai, Joaquim, que nunca mediu esforços para nos dar subsídios a fim de alcançarmos uma educação de qualidade e como ele sempre fala: a que ele não pôde ter. Obrigada por ter sido sempre meu amigo e suportado minhas ausências e estresses. E assim como diz Roberto Carlos “Seu sorriso franco, me anima/ Seu conselho certo, me ensina/ Beijo suas mãos e lhe digo:/ Meu querido, meu velho, meu amigo!” Agradeço também a Mainha Dalva, que sempre foi a melhor mãe do mundo, a qual chorou minha ausência durante estes quatro anos e sempre se orgulha da família que construiu com meu pai. Mãe te amo e te admiro por ser essa guerreira e assim, dedico este trecho da música em que Fábio JR. Que diz tudo o que sinto por você: “Mãe, você parece às vezes que é mãe de todo mundo/ Mãe, agora aqui diante de você declaro/ Minha vida fica mais bonita/ Com você do lado, do meu lado...”

Agradeço também aos meus irmãos Ricardo, Titia Patrícia, Simone e Valerinha, que sempre me auxiliaram nas minhas decisões, que nunca me deixaram fraquejar nas horas difíceis (e como passamos momentos difíceis hein!?) e que me orgulho pela família que tenho: cheias de contrariedades, carinho e amizade. Amo vocês!

Agradeço aos amigos de infância e do colegial, que sempre me encorajavam a seguir sempre em rumo ao horizonte: Yasmin, Aparecida, Mércia, Madrinha

Daiana, Rosa e Aninha, Naná, Adolfo, Tulio, Gilson e Neilton, Beto e Lucas, pois sempre estivemos encorajando um aos outros para o enfrentamento dos nossos “leões” diários. Lembro saudosamente de nossos momentos juntos, cheios de risos e que hoje eles me abraçam e enxugam minhas lágrimas de alegria pela vitória que conquistamos juntos e também agradeço a força das amigas que encontrei aqui na UFRN que hoje somos mais que irmãs em Cristo, as quais sei que o elo criado entre nós não será rompido: Allyucha, Rosalina, Karina, Kívia, Taliana, Geovana, e Ozileia. Meus padrinhos, obrigada pelo afeto dedicado a mim!

Priscila, não posso esquecer de lhe agradecer por todos os momentos que me compreendeu, em todos os momentos que oferecestes o teu colo e todas as nossas aventuras vividas! Sentirei saudades suas! Ahhh, não posso esquecer da minha família adotiva, a família de Mãe Boneca e Pai Sales, que por muitas vezes me deu o carinho semelhante ao que recebo de meus pais.

Agradeço pela compreensão as minhas supervisoras Maristela, Sibebe, Silesia e Elza que compreenderam minha ausência em detrimento à conclusão do curso. Ainda aproveito para agradecer a Professora Alane, a qual tenho um carinho imensurável e que aceitou ir comigo na reta final desta árdua tarefa, que desde que entrou na UFRN me apoiou e incentivou para buscar o que está além do horizonte. Professora, obrigada, muito obrigada mesmo!

Com isso, finalizo me perguntando: O que dizer neste momento? Momento este que acontece agora dentro de mim com um turbilhão de sentimentos originados do medo e da esperança de torna-me uma profissional ética e comprometida com aquilo que aprendi na academia. Obrigada Deus por sempre estar ao meu lado, nas minhas quedas, nas minhas fraquezas, nas lutas e controvérsias, vitórias e derrotas. Sei que, principalmente agora, estais ao meu lado. Obrigado por este presente que agora me ofereces. Obrigado por tudo que vi, ouvi e aprendi. Obrigado pela graça. Obrigado pela Vida!"

*Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta.*

*Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta.*

*Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria.*

*Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida.*

*Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria.*

*Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida.*

(Milton Nascimento)

RESUMO

Com as mudanças advindas do processo de reestruturação produtiva, o trabalho do/da assistente social sofre rebatimentos, ganhando novos contornos a partir do dilúvio neoliberal dos anos 1990. Nos espaços sócio-ocupacionais, o/a assistente social necessita cada vez mais decifrar essa realidade de crise do capital, para compreender as demandas que surgem no seu cotidiano profissional e atuar de forma crítica, no sentido de potencializar sua autonomia relativa nos processos de trabalho. Na política de saúde, as repercussões do Neoliberalismo tornam-se mais tênues, pois se tem e se trata de uma política universal, mas que na realidade temos uma política burocratizada, sucateada e focalizada nos mais pobres. Na perspectiva de compreender esse contexto é que essa pesquisa foi construída. O trabalho resulta de inquietações vivenciadas no estágio supervisionado em uma policlínica no município do Natal e teve como objetivo geral analisar os limites e os desafios que perpassam o trabalho do (a) Assistente Social na Política de Saúde. E como objetivos específicos: compreender as novas configurações do mundo do trabalho a partir da reestruturação produtiva do capital; analisar a importância da Reforma Sanitária Brasileira para a Política de Saúde; identificar e analisar como se configura o trabalho do/a Assistente Social na Política de Saúde. Como metodologia, foi utilizada a observação participativa oriunda do estágio e revisão bibliográfica sobre as mudanças no mundo do trabalho e do trabalho do/da assistente social na contemporaneidade, fazendo um recorte da política saúde. A relevância deste trabalho está em mostrar a importância das atribuições privativas do/da assistente social dentro das novas formas de trabalho, além de contribuir com a discussão sobre os processos de trabalho em que o/a assistente social está inserido. Os resultados a que se chegou a essa pesquisa é que o/a Assistente social sofre os rebatimentos desse processo que vem afetando o mundo do trabalho e o trabalho desse profissional, com salários rebaixados e dupla função. Na política de saúde este contexto interfere na ação do/da assistente social o que inviabiliza muitas vezes a ação crítica do/da assistente social e de acordo com o que os Parâmetros regulamentam a sua atuação na área da saúde e para que isto seja enfrentado, é necessária a defesa das suas atribuições privativas e do Projeto Ético- Político do Serviço Social.

Palavras-chaves: Política de saúde, limites e desafios, reestruturação produtiva.

ABSTRACT

With the resulting changes from the productive restructuring process, the work of the social workers suffers repercussions and gain new shapes from the neoliberal flood in the 90's. At the socio-occupational areas, the social workers need, each time more clear up the reality of the capital crisis and understand the demands that emerge in their daily work activities and act in a critical way in order to increase the relative autonomy at the work process. In health policy, the implications of neoliberalism become more tenuous since it's a universal policy that actually is filled with beadedness, scrapped and focused on the poorest segment of the population. This research was built on order to understand this scenario. The term paper results of the concerns experienced during the mandatory internship in a polyclinic in Natal and its main objective is to analyze the limits and challenges which pervade the work of the social workers at the health policy. It also has as specifics objectives comprehend the new work display brought by the productive restructuring process, analyze the significance of the Brazilian Health Reform for the health policy and identify and analyze how the social workers' assignments are undertaken in the health policy. The methodology applied was the participative observation during the mandatory internship and bibliographic review about the changes in the working world and about the social workers' work in contemporary times, focusing on the health policy. The relevance of this paper is to show the importance the social workers' exclusive competences in the context of the new work shapes in addition to go along with the debate about the working process which the social workers are immersed in. The outcome result of this research is that the social workers receive the repercussion of the process which affects the working world and the work of the professional; these effects can be seen by the lowered salaries and dual function. At the health policy, it rebounds on social workers' actions and undermines the critical acting according to the parameters that rule the work at the health area. To overcome this reality, it need the defense of the exclusive competences and of the Social Work's Ethical- Political Project.

Key – words: health policy, limits and challenges and Productive restructuring process.

LISTA DE SIGLAS

CAP's: CAIXAS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

CFESS: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL

CF de 88: CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

CLT: CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS

IAP's: INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

RSB: REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

SMS/NATAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL.

SUS: SISTEMA ÚNICO BRASILEIRO

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2. AS MUTAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO NO CENÁRIO CONTEMPORÂNEO..... | 16 |
| 2.1 As repercussões da Restruturação Produtiva em que estão inseridos os/as Assistentes Sociais | 21 |
| 3. O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA..... | 27 |
| 3.1 Reforma Sanitária Brasileira e o Projeto Ético- Político do Serviço Social: algumas aproximações..... | 30 |
| 3.2 O trabalho do/da assistente social na Política de Saúde: desafios contemporâneos..... | 31 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| REFERÊNCIAS..... | 44 |

1. INTRODUÇÃO

Esta análise esboça uma atualização da discussão sobre o trabalho do/a Assistente Social na política de saúde. Resulta de inquietações vivenciadas durante o estágio acadêmico supervisionado, realizado em uma policlínica no município de Natal, no período de Fevereiro a Dezembro de 2014.

Durante a experiência de estágio pude perceber que uma série de demandas que são colocadas para o/a Assistente Social, não se constitui em atribuição profissional, de acordo com os parâmetros que regulamentam a atuação do Serviço Social na área da saúde. Tais demandas se confundem com atividades administrativas, tendencialmente pragmáticas e rotineiras.

Esta experiência foi contribuinte no sentido de poder perceber as correlações de forças existentes neste espaço de trabalho, como as mudanças no mundo do trabalho alteram o cotidiano profissional, em que se desdobra em diversos fatores que precarizam o trabalho profissional, tais como os vínculos empregatícios fragilizados, jornada de trabalho acima do que é proposta, tive a oportunidade de analisar como estava a autonomia relativa do profissional de Serviço Social naquele espaço e quais as formas existentes para potencializa-la, o que isto torna-se um diferencial para a valorização do profissional do Serviço Social dentro de uma equipe multiprofissional de saúde.

Além da questão supracitada, outros fatores também me chamaram atenção, como o desconhecimento, por parte da equipe profissional, das reais atribuições do/a Serviço Social na Política de saúde, e a submissão do/a Assistente Social à realização de atividades que se distanciam de uma formação crítica-reflexiva.

Para compreender esses elementos, se fez necessário entender como se constitui a política de saúde no cenário contemporâneo, em consonância com o projeto de Reforma Sanitária e de que forma o/a Assistente Social se insere nas equipes multiprofissionais de saúde; quais as reais atribuições que são inerentes ao Serviço Social nesse âmbito, e como as novas configurações do mundo do trabalho repercutem na profissão de Serviço Social.

Para compreendermos os limites que perpassam o fazer profissional do/a Assistente Social, é imprescindível entender as transformações que atravessam o mundo do trabalho na atualidade, expressas e adensadas no processo de

reestruturação produtiva construída dentro de uma nova ordem do capital, face ao receituário neoliberal.

Visualizamos, nesse momento, novos padrões de bens e serviços, assim como novas características de qualificação profissional que se circunscrevem a partir de uma “(...) racionalidade mais intensa, geral e pluralizada da organização toyotista ou flexível do trabalho e produção”. (IANNI, 2007, p. 127).

Organizada pela ofensiva neoliberal, as ações inerentes ao processo de reestruturação produtiva, refletem diretamente na profissão de serviço social, uma vez que o (a) Assistente Social está inserido (a) na divisão social e técnica do trabalho e sofre igualmente as consequências das metamorfoses capitalistas.

Na política de saúde as repercussões desse processo são ainda mais tênues, tendo em vista que se trata de uma política universal e vêm sendo cotidianamente burocratizada, sucateada e focalizada nos mais pobres.

A inserção profissional do/a Assistente Social na política de saúde não é recente, e toma novos contornos a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RBS), e da criação do SUS. Após a regulamentação da política como direito de todos e dever do Estado, o CFESS¹ elaborou um documento que imprime novas atribuições profissionais para o Serviço Social na saúde, compreendendo a política em sua concepção ampla e estabelecendo as prerrogativas necessárias para viabilização do direito universal.

Com a normatização do SUS² na década de 1990, houve um redimensionamento organizacional, onde o controle social se tornou um ponto importante para amenizar a demanda reprimida e a exclusão ao acesso dos serviços de saúde. Costa (2000) ao analisar as atividades realizadas pelos assistentes sociais em Natal/RN constatou que houve uma ampliação e redimensionamento dos serviços, o que causou um alargamento considerável de suas competências e atribuições, cujas algumas estão em dissonância com o que a Lei 8.662/1993 coloca como atribuição privativa ou competência profissional.

Muitas das atividades que vem sendo realizadas pelos Assistentes sociais são de “ajustamento” às normas da instituição empregadora, de levantamento de dados, informação e comunicação em saúde e entre outras atividades de cunho administrativo. Com isso, podemos ver que demandas de natureza diversa nos é

¹ Conselho Federal de Serviço Social.

² Sistema Único de Saúde.

enviada e com isso é possível nos questionar: Este profissional tem seu trabalho reconhecido? Suas atribuições estão em consonância com a Lei 8.662/1993 ou são de acordo com o que a instituição demanda?

A partir da experiência de estágio, me deparei com algumas situações as quais ficam explícitos o desconhecimento e desrespeito ao profissional do Serviço Social, quanto às atribuições privativas e competências profissionais. Há um acúmulo de funções, e que muitas vezes as atribuições privativas são deixadas de lado para resolver assuntos que não são de competência do/a Assistente Social.

Em algumas instituições, o Serviço Social possui muitas atribuições de cunho institucional, que vão desde as marcações de consultas, emissão de declarações e atestado de residência, sendo que há muitas outras atribuições privativas em que o profissional, devido o contexto o qual se encontra inserido, fica impossibilitado de se mobilizar para resolvê-las, tais como a realização de entrevista e preenchimento das fichas sociais dos usuários e palestras informativas para a inclusão dos usuários nos benefícios sociais da Secretaria de Transportes Urbanos do Município de Natal, dentre outras demandas reprimidas³.

Também, não se pode deixar de considerar que estes profissionais estão inseridos em um contexto onde a precarização do trabalho é algo constante e notório, o que desmobiliza e fragmenta a organização da classe trabalhadora e da categoria, fazendo com que a concepção de classe também fique comprometida, mas que é necessário que estes profissionais ultrapassem este limite, onde se acredita que para que isto seja minimizado, é necessário que os/as Assistentes Sociais estejam em constante formação, atentando para os princípios do Código de Ética e da Lei de Regulamentação da Profissão e as referências normativas as quais trazem suas atribuições privativas e suas competências.

Frente a isto, esses tensionamentos que são colocados para o/a Assistente Social nas instituições empregadoras são marcadas pela sobrecarga de trabalho; a dupla jornada extensa; o rebaixamento dos salários; a precarização e a desvalorização profissional. Esses fatores que devem ser analisados numa dimensão de totalidade, pois estes espaços sofrem diretamente os rebatimentos do sucateamento das políticas sociais públicas no contexto contemporâneo de crise do capital.

³ São demandas trazidas pelos usuários que não foi possível dar resolutividade.

No entanto, o/a Assistente Social não pode se tornar um profissional pragmático, diante desse contexto é imprescindível potencializar a sua autonomia relativa e criar estratégias para decifrar essa realidade e atuar de forma crítica, para não considerarmos que persistam limites no processo de formação profissional que ainda dificultam fiscalizar as particularidades da atuação profissional e cair no fatalismo e se distanciar dos princípios do Projeto ético político e do projeto de Reforma Sanitária.

Acho importante que haja um debate mais profundo sobre os limites e desafios na prática profissional no contexto acadêmico, para que nós, enquanto estudantes estejamos mais preparados para quando nos inserimos nos espaços sócio-ocupacionais, e assim, sabermos lidar com estes entraves institucionais, onde o burocratismo institucional é um dos limites que engessam o desenvolvimento da prática profissional. Muitas vezes o/a Assistente Social torna-se um profissional limitado, sempre reproduzindo as normas institucionais, esquecendo-se do papel social da profissão constituído na sociedade. O significado social do trabalho do/da Assistente social é feito através de uma discussão de Yamamoto (2010) em que traz uma explicação de como ele se dá dentro dos processos de trabalho, pois não existe um processo de trabalho propriamente dito do Serviço Social, uma vez que a formação profissional é genérica, abrangendo diversas áreas do saber e do fazer profissional.

Acredita-se na pertinência desta investigação por evidenciar uma temática que envolve as condições de trabalho do/a Assistente Social, merecendo ser problematizada, socializada e discutida no âmbito do Serviço Social e na sociedade em geral. Especialmente por revelar tendências que estão presentes em vários espaços sócio-ocupacionais do/a Assistente Social, e isso resulta dos rebatimentos que sofre a classe trabalhadora – já que estamos inseridos na divisão sócio-técnica do trabalho - em um contexto de regressão de direitos e sucateamento das políticas sociais.

Na tentativa de responder a essas indagações, o objetivo geral dessa pesquisa consiste em analisar os limites e os desafios que perpassam o trabalho do (a) Assistente Social na Política de Saúde. Desse objetivo geral desdobram-se os seguintes objetivos específicos: compreender as novas configurações do mundo do trabalho a partir da reestruturação produtiva do capital; analisar a importância da

Reforma Sanitária Brasileira para a Política de Saúde; identificar e analisar como se configura o trabalho do/a Assistente Social na Política de Saúde.

Definida a natureza do objeto desse estudo, o percurso metodológico se baseará a partir da pesquisa bibliográfica, observação participativa e levantamento documental. Os documentos a serem analisados foram: os parâmetros de atuação do/a Assistente Social na saúde; e a Lei 8.662 que regulamenta a profissão, e as Leis Orgânicas da Saúde – 8.080 e 8.142.

A pesquisa bibliográfica possibilitou a compreensão dos conceitos e categorias teóricas do objeto de estudo. Esse tipo de pesquisa nos permitem analisar o contexto histórico para além do que a problemática nos apresenta. “A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. (GIL, 2002, p. 48)

Destaca-se também o período de observação participativa, realizada durante o estágio obrigatório realizado em uma policlínica do município de Natal. A pesquisa com base na observação participativa é no sentido de perceber e investigar situações e questões que não são facilmente perceptíveis ou que passem despercebidas, ou seja, a observação participativa pode ajudar a compreender questões que não são apresentadas teoricamente, mas sim na prática cotidiana.

A análise documental possibilitou obter informações precisas sobre as leis que foram usadas neste trabalho, bem como complementar as informações colhidas pelo processo de observação e pesquisa bibliográfica, além de ser uma fonte de informações estáveis, podendo ser consultados sempre quando surgir dúvidas em relação ao objeto. Assim, Gil (2002, pág. 46) trás que este tipo de pesquisa “vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”.

A relevância que este trabalho possui está em mostrar, de forma analítica, a importância do conhecimento das atribuições privativas do/da assistente social, além de fazer um apanhado de como as instituições empregadoras reconhecem estas atribuições, por terem sido conquistadas através de mobilizações coletivas da categoria, uma vez que o trabalho do/da assistente social na saúde se desenvolve com o pressuposto de intervir na crescente demanda da população por meios que assegurem a sua saúde, além de procurar meios que aumente a pouca oferta de

serviços, uma vez que o/a assistente social trabalha na viabilização do acesso ao direito, conforme a especificidade do local onde trabalha.

A luz do referencial teórico escolhido, consultamos as principais obras de diversos autores, como: Antunes (2004) na discussão sobre trabalho e suas mutações, Guerra (2001), Mota (2009) e Mota e Amaral (2010) que discutem as crises do sistema capitalista adentrando no sistema de reestruturação produtiva e ainda, autores como Yamamoto (2009, 2014), Yazbek (2009) e Costa (2000) que trazem a questão dos processos de trabalho que o/a assistente social se insere sendo afunilada estes processos na política de saúde, analisando este trabalho a partir do Reforma Sanitária Brasileira.

Este trabalho se estrutura em quatro partes: na introdução, onde apresentaremos uma síntese do trabalho a qual situará o leitor sobre a temática escolhida, expondo o objeto a ser problematizado, os objetivos que se quer investigar, o percurso metodológico e as categorias analisadas a partir do referencial teórico escolhido. No segundo capítulo, teremos uma análise sobre as repercussões da crise no mundo do trabalho, compreendendo o processo de reestruturação produtiva desencadeada a partir desse período. Ainda, teremos a oportunidade de analisar as repercussões da reestruturação produtiva nos processos de trabalho do/da assistente social e como isso se desdobra no seu cotidiano profissional.

No terceiro capítulo, abriremos uma discussão acerca do trabalho do/da assistente social na saúde a partir da Reforma Sanitária Brasileira, de uma forma geral enfocando no trabalho dos/as assistentes sociais na política de saúde na contemporaneidade. Com isso, é necessário ter uma compreensão dos limites e desafios postos a estes profissionais e como o conhecimento das atribuições privativas contribuem para o enfrentamento destes limites no seu fazer profissional. E como conclusão, trazemos as possibilidades para a superação dos limites e desafios e estratégias de luta da categoria para reverter estas situações de precarização do trabalho.

2. AS MUTAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO NO CENÁRIO CONTEMPORÂNEO

O capital pressupõe necessariamente o trabalho, conforme os autores que fundamentam essa discussão e ambos compõem uma relação dialética, uma vez que um se expressa, recria e nega o outro. Esses aspectos pontuados pressupõem outras contradições que lhe são inerentes, das quais se destaca, por um lado uma produção crescentemente coletiva; por outro, a apropriação privada dos meios de produção e da riqueza socialmente produzida. Essa discrepância provoca um confronto entre duas classes, a saber: o capital (a burguesia), detentor dos meios de produção e de subsistência; de outro, a classe dos trabalhadores (o trabalho) que, expropriados dos meios de produção, para sobreviver e vendem a sua força de trabalho, agora transformada em mercadoria. Nesse sentido, Marx analisou o capitalismo não como o fim da história, como a forma de sociedade correspondente à natureza humana, mas como um modo de produção historicamente transitório cujas contradições internas o levariam à queda.

Dessa forma, as crises fazem parte da sociabilidade capitalista e tendem a se (re) desenharem em diferentes contextos. Na atualidade estamos vivenciando um processo de crise estrutural do capital que vem atingindo todas as dimensões da vida em sociedade, dentre elas, o mundo do trabalho.

A partir dos anos 1970, o choque do petróleo e o aumento desenfreado da inflação, ocasionaram uma crise estrutural sem precedentes.

Foi a partir da crise da década de 1970 que as ideias liberais passaram a ganhar solo fértil, a prioridade mais imediata do neoliberalismo era de uma política que enfraquecesse o Estado e garantisse a acumulação, promovendo estabilidade monetária aos governos.

No mundo do trabalho, ocorreu um processo de reestruturação, onde as relações de produção e de sociabilidade tiveram outra configuração, de flexibilização e precarização e se modificaram de tal forma que os trabalhadores passaram a ser visto como meros apêndices de máquinas as quais substituíram a força humana para ter uma otimização de tempo na produção e diminuição de gastos com trabalhadores. Como objetivos da Reestruturação Produtiva, Melo *et all* (2010)

coloca que esta Reestruturação “assume a relevância da formação de um novo consenso fabril ou consenso de classes.” (pág. 200)

A reestruturação produtiva ocasionou metamorfoses no mundo do trabalho, as quais provocaram e provocam mudanças tanto na esfera da produção e circulação - com o aumento das taxas de lucro; novas formas de consumo da força de trabalho; mudanças no mercado consumidor; concorrência entre firmas; seletividade dos mercados.

Dentro da história das crises cíclicas do capital, a crise estrutural mundial iniciada em 1970 foi a que mais impactou o setor econômico e industrial, pois estagnou o consumo e assim, gerou um acúmulo de produção. No entanto, foi necessário fazer um redimensionamento das atividades produtivas, além de mudanças nas formas de organização na sociedade.

A partir desta crise, o capital começou a idealizar formas de enfrentá-la para que assim, sempre esteja forte e com mecanismos de combate para estar se reinventando frente ao desequilíbrio do processo de produção, compra e venda das mercadorias no sistema capitalista. Como expressões destas crises do capital, Mota (2009, p. 03) traz que essas expressões se desdobram em “reduções de operações comerciais, acúmulo de mercadorias estocadas, redução ou paralisação da produção, falências, queda de preços e salários, crescimento desmesurado do desemprego e empobrecimento generalizado dos trabalhadores”, e com isso, o principal impactado neste processo é o trabalhador, o qual é o produtor destas mercadorias do sistema capitalista, mas é o que tem o acesso de uso negado ou ainda, de modo extremo, são retirados dos seus postos de trabalho quando se tornam improdutivos ou já tem dado toda a sua contribuição.

No Brasil, podemos evidenciar os aspectos desta crise como o aumento da pobreza, uma vez que ficaram escassos as frentes de trabalho e conseqüentemente, há um aumento de desempregados, onde Guerra (2001, p.05) traz que isto é acarretado devido as “privatizações, desregulamentação e flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho”, onde o trabalhador nesse processo não possui mais controle sobre sua força de trabalho, ficando sob o controle do mercado, frentes de trabalho flexibilizadas, uma abertura maior para o trabalho informal e desprotegido, além do incentivo à procura de organizações sociais para o organização do mercado.

Neste período da crise, o importante era reverter este quadro como forma da economia voltar a ser o setor mais importante para o governo, pois como Guerra (2001, p.06) bem afirma, esta crise marca o fracasso do novo modelo de acumulação instaurado nesta década, cujo modelo de acumulação era da produção em massa para o consumo em massa, sendo que a população estava empobrecida e a economia estagnada.

Neste interim, podemos ver como o processo de produção de capital é contraditório, pois os trabalhadores produzem as riquezas de forma socializada, mas no consumo, temos uma apropriação privada, onde quem é detentor do capital tem o direito de acesso, a compra e a apropriação dos lucros gerados. Neste processo de produção, é constante a substituição de força humana por forças mecânicas, pois nessa força há uma otimização do tempo e uma redução de gastos, já que uma máquina pode trabalhar por vários homens.

A partir dos anos de 1980, há uma luta pelo reerguimento do capital, a qual conseguiu obter avanços significativos e voltar a tornar a política econômica forte e resistente a estas crises. O capitalismo, no entanto, começa a se reerguer adotando uma política que se apoia em um novo modelo de produção baseado na flexibilização dos processos de trabalho, caracterizado pelo investimento no capital financeiro, informatização e redução dos postos de trabalho, causando, assim, uma expansão do progresso econômico, aumento da pobreza, da desigualdade social, do desemprego e dos baixos salários.

Houve, conforme Mota (2009), uma expansão das forças produtivas e um avanço tecnológico considerável, o que potencializou o processo de produção e expropriação das riquezas produzidas. Com isso, ao tempo que a crise avança no terreno econômico e produtivo, há também uma expansão ao fomento das políticas sociais com o intuito de acalmar as massas de trabalhadores que reivindicam novos postos de trabalho formalizados com melhores salários. No entanto, estas políticas sociais também operam no sentido de aquecer o mercado consumidor que estava se formando.

Em uma escala temporal dessa expansão do capital, em 1980 essa crise é aprofundada, pois há uma superprodução para um mercado com poucos compradores. Neste momento, o trabalho se torna escasso, pois muitos trabalhadores se encontram fora do sistema de produção e os postos de trabalho

existentes são acometidos pela fragilidade de vínculos, precarização e subordinação ao empregador.

Dessa forma, houve a implementação de várias medidas de ajuste econômico para reverter este quadro de enfraquecimento que o país estava passando, onde isto repercutiu também nas políticas sociais – com uma massa trabalhadora desempregada, empobrecida e carente de políticas sociais e emprego para sobreviver. Diante desse fato, uma das estratégias utilizadas pelo capital para a superação desta crise está em racionalizar o trabalho vivo e os custos de produção e as atividades; as relações sociais, além de flexibilizar os direitos sociais, através da focalização dos seguros (GUERRA, 2001, pág. 07). Já na década de 1990, o processo de reestruturação produtiva consolida-se no Brasil e encontra a acumulação flexível⁴ a fonte para sua sustentação. A situação do trabalho tem ainda características de precarização, aumento da produção com redução de postos.

A partir dessa crise aumentaram-se consideravelmente as massas de trabalhadores fora do mercado de trabalho. Para se inserirem no mercado, estes trabalhadores vendem sua força de trabalho para os mercados informais, cujos vínculos empregatícios se constituíram de vínculos precarizado, terceirizados e desregulamentados. Melo *et all* (2010) traz que a terceirização foi um dos fenômenos mais visíveis e notáveis da Reestruturação Produtiva, que no Brasil, tornou-se mais palpável a partir dos anos de 1990, quando houve a Reforma do Estado e com isso, as intervenções neoliberais foram tomando campo e visibilidade.

Dessa forma, houve uma expansão do setor de serviços, onde os trabalhadores começaram a procurar as atividades deste setor para ter seu lugar no mercado. Com isso, estas atividades consideradas improdutivas passaram a ser consideradas como mais um setor rentável, havendo um “aumento dos níveis de sindicalização dos assalariados médios, ampliando o universo dos trabalhadores (as) assalariados (as), na nova e ampliada configuração da classe trabalhadora” (ANTUNES E ALVES, 2004, Pág. 339). Essa sindicalização gera também lucros ao mercado já que o trabalhador injeta no mercado aquilo que recebe por sua produção.

⁴Modelo de acumulação de origem japonesa em que a produção e fabricação passaram a não prezar mais pela quantidade e sim pela eficiência: produz-se dentro dos padrões para atender ao mercado consumidor, ou seja, a produção varia de acordo com a demanda.

Dessa forma, numa estrutura de crise, o capital se reinventa para se reerguer e tem como resposta econômica, a partir de 1970, a reestruturação produtiva, a qual aparece como uma forma de equilibrar o sistema econômico como também equilibrar as relações sociais, principalmente as que envolvem os trabalhadores o quais são os sujeitos mais afetados. Destarte, os processos de trabalho que estes trabalhadores participavam passam por transformações as quais exigem novas formas de organização do trabalho coletivo, em que se pede que o trabalhador se adeque as exigências impostas, o que os torna funcionais a estas transformações, já que estes trabalhadores, no sistema produtivo, são trabalhadores assalariados, sujeitos aos rebatimentos desta reestruturação.

Como fruto destas mutações nas novas formas de trabalho, há um aumento da rotatividade dos trabalhadores, o que pode se configurar como uma das consequências. Desta forma, com essa rotatividade dos trabalhadores podemos apontar o enfraquecimento da capacidade organizativa e também das reivindicações por melhorias de condições de trabalho, salários, entre outros fatores que contribuem positivamente para o desenvolvimento das atividades laborais. As outras consequências trazidas pela mutação do trabalho além da rotatividade são os vínculos precarizados, são os baixos salários, a não valorização profissional, o que faz com que estes trabalhadores se desmotivem a trabalhar, o que acaba por vezes deles mesmos deixarem seus trabalhos. Outra expressão de mutação do mundo do trabalho se dá na exclusão dos jovens no mercado de trabalho formal, os quais são atraídos pelos modelos flexibilizados e diferenciados de contratos de trabalho, o que acaba por não se firmarem em empregos fixos, e assim, gera um crescimento do exército industrial de reserva.

Antunes e Alves (2004) trazem que uma das mutações ocorridas no mundo do trabalho contemporâneo é o aumento considerável do Terceiro Setor, cujo setor se conforma em o Estado entregar as responsabilidades para a sociedade civil gerilas e assim, criar um pensamento de solidariedade humana, o que resultou que esta esfera conseguiu ganhar reconhecimento e valorização pela sociedade capitalista e se consolidar como mais uma esfera econômica, juntamente com a esfera estatal e a esfera privada. Assim, estes autores ainda explicitam que as frentes de trabalho que esta esfera traz são “de uma alternativa extremamente limitada para compensar o desemprego estrutural, não se constituindo, em nosso entendimento, numa

alternativa efetiva e duradoura ao mercado de trabalho capitalista” (IBDEM, Pág. 340).

Deste modo, com as mutações ocorridas no mundo do trabalho afetam diretamente os processos de trabalho em que o trabalhador encontra-se inserido, seja como trabalhador formal com vínculos fragilizados ou como trabalhador informal. Estes processos de trabalho requer que o trabalhador seja polivalente e se sujeite as normas e regras que o empregador propõe.

Assim, com estas novas formas de produção, os processos de trabalho sofrem alterações, as quais vão desde a renovação de velhas práticas – como o trabalho em domicílio - E também a criação de processos de ajustamento desses trabalhadores aos novos moldes de processos de trabalho instaurados pela reestruturação produtiva do capital – como o acúmulo de jornada; a dupla função; a desqualificação profissional; o cumprimento de metas no setor de serviços e comércio, dentre outras exigências. Com isso, há uma precarização das formas e relações de trabalho que acaba gerando uma

Progressiva expansão do exército industrial de reserva, cuja formação seja consubstanciada por desempregados temporários ou permanentes engrossa as fileiras da força de trabalho disponível e disposta a assumir qualquer tipo de emprego, o que favorece o rebaixamento salarial e possibilidades inimagináveis de precarização. (MOTA, 2009, Pág.15)

Este cenário de reestruturação trouxe consigo um processo de precarização das formas de trabalho, onde as repercussões mais visíveis e agressivas foram os vínculos empregatícios temporários ou contratuais, a separação dos trabalhadores em dois grupos: aqueles que possuem vínculos formais e estabilidade trabalhista, o qual possui autonomia para reivindicar seus direitos perante seu empregador e o grupo dos trabalhadores que pertencem ao trabalho informal, sem registro e flexibilizado, o qual ainda está invisível para o capital. Esta última categoria de trabalhador é uma nova forma de trabalho que o sujeito encontra para se manter no processo de reprodução material, pois ele não se encontra “preso” as normas que o mercado propõe para que ele seja reconhecido como trabalhador formal, porém, estando submetido a diversas inseguranças, tais como não encontrar em sua forma de trabalho, uma fonte de renda segura para se manter.

2.1 As repercussões da Reestruturação Produtiva em que estão inseridos os/as Assistentes Sociais.

Como toda e qualquer profissão que participa da divisão social do trabalho, sua utilidade social é reconhecida pela capacidade de responder as necessidades sociais de quem o demanda. Dessa forma, temos que a divisão social e técnica do trabalho é típica do modo de produção capitalista, pois este modelo refere-se ao processo de fragmentação do trabalho em especialidades que geram numerosas operações, de modo que o produto gerado é resultado de uma grande quantidade de operações executadas por trabalhadores especializados em cada tarefa, o que permite um aumento da produtividade como também hierarquiza as atividades.

As exigências da reestruturação produtiva afetam os processos de trabalho no momento em que o trabalhador se adequa e adequa suas práticas as novas exigências do mercado de trabalho, pois ele participa de uma relação de compra e venda, recebendo o salário que expressa o sentido desta relação. Com isso, procura-se “construir um *novo trabalho/trabalhador coletivo* à base de uma nova divisão internacional e sociotécnica do trabalho” (MOTA, 2009, P.11, grifos do autor).

Com isso, essa imbricação que o processo de reestruturação produtiva ocasiona também afetou os campos de trabalho do profissional do Serviço Social, em que na condição de trabalhador assalariado, envolve relações de incorporação dos parâmetros institucionais e trabalhistas que ajustam as relações trabalhistas, consubstanciadas no contrato de trabalho (IAMAMOTO, 2009), uma vez que quando o empregador compra sua força de trabalho é porque vê que esta especialização do trabalho é necessária em sua equipe. Dessa forma, vemos que o

O Assistente Social, como tantas outras profissões, está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras (COSTA, 2000, Pág.03)

Atualmente, estas novas condições de trabalho que perpassam o cotidiano profissional do/da assistente social, a partir da reestruturação e especialização da força de trabalho, proporcionam um alto grau de insegurança frente à profissão, uma vez que mesmo sendo legalmente e socialmente reconhecidas, estas expressões são cotidianas

insegurança e vulnerabilidade do trabalho e a penalização dos trabalhadores, o desemprego, o achatamento salarial, o aumento da exploração do trabalho feminino, a desregulamentação geral dos mercados e outras tantas questões com as quais os assistentes sociais convivem cotidianamente (YAZBEK, 2009, Pág. 17)

Assim, para contornar estas formas de precarização em que o/a assistente social como trabalhador assalariado está submetido, cabe ao profissional potencializar suas formas de intervir, principalmente a autonomia relativa, como forma de ser reconhecido dentro da equipe que participa como também por seus usuários e empregadores.

Mota e Amaral (2010) trazem que ao passo que o mercado de trabalho acompanha as reformulações trazidas pela reestruturação produtiva, o/a assistente social também reformula suas práticas e o modo de operar, pois estas alterações no mundo do trabalho afetam diretamente o exercício profissional. Estes profissionais são chamados cada vez mais a atuarem na formulação, implementação e fiscalização de políticas sociais, sempre atentando os contornos dados às políticas sociais em nosso país, os quais por muitas vezes limitam ou potencializam as ações do (a) Assistente Social, uma vez que, este profissional passa a lidar com políticas sociais focalistas, burocratizadas, imediatistas, repetitivas, exigindo assim, pouca qualificação para responder as demandas imediatas. Assim, normalmente temos nossa utilidade social expressa na capacidade de solucionar de modo imediato, pontual, focal, emergencial, as questões mais urgentes e que põe em risco a ordem vigente (GUERRA, 2011).

Na divisão sócio-técnica do trabalho, o Serviço Social está entre as profissões que compõe o corpo técnico das instituições empregadoras, sejam elas de natureza pública, privada ou dirigidas pelas organizações da sociedade civil. Nas políticas sociais, a política que mais emprega assistentes sociais é a política de saúde, e isto se deu pelo fato de que nos anos 1990, segundo Costa (2000) houve um reordenamento do corpo tecnológico e operacional o qual requisitava um aumento de assistentes sociais na política de saúde, a qual passou a se operacionalizar de forma integralizada as demais políticas sociais para contemplar a concepção ampliada de saúde além de ter ampliado as unidades e serviços que compõe os espaços sócios ocupacionais para o/a assistente social na saúde. Dentro dos espaços sócio-ocupacionais o que mais emprega os assistentes sociais está o espaço público, onde o mesmo atua na formulação, implementação e execução das políticas sociais.

Iamamoto (2009) traz dados de uma pesquisa realizada pelo CFESS no ano de 2004 como forma de saber como estão distribuídos os assistentes sociais e as

questões que envolvem sua prática. Sobre alguns dos apontamentos dessa pesquisa, mostrou a natureza das instituições que estes profissionais trabalham, onde 40,97% atuam no âmbito municipal, 24%, estaduais e 13,19%, federais, portanto, temos que em sua maioria, as instituições que empregam os assistentes sociais são o âmbito público, logo depois na esfera privada e por ultimo, o “Terceiro Setor”. O principal tipo de vínculo de trabalho é o de estatutário (55,68%), seguido por vínculos regidos pela CLT⁵ e, logo depois, por contratos temporários. No que se refere à jornada de trabalho, a maioria desses assistentes sociais não atuam no regime de 30 horas semanais, onde foi predominante o regime de 40 horas, abrangendo 50,70% dos assistentes sociais, seguida da jornada de 30 horas (28,65%). Ainda temos uma grande prevalência de assistentes sociais do sexo feminino (97%) com a presença de apenas 3% de homens; o que ratifica a visão errônea que se tem sobre o Serviço Social, a qual por muito tempo foi tida como uma profissão eminentemente feminina, cujas trabalhadoras estão preocupadas com o bem de todos, mas que esse estereótipo vem sendo duramente combatido, pois há inserção do gênero masculino na profissão.

Esse rápido panorama trazido pela autora citada mostra como é contraditório o mundo do trabalho que o/a assistente social está inserido, onde a maioria desses profissionais estando inseridos no âmbito público o seu trabalho é precarizado quer seja por jornadas intensas de trabalho quer seja pelos vínculos empregatícios com baixas remunerações. Dessa forma, é necessário que este profissional se reconheça como participante ativo no processo de compra-e-venda da sua força de trabalho, sempre buscando articulações dentro da categoria como forma de superação desses limites.

O mercado de trabalho que hoje se apresenta ao Assistente Social está radicalmente modificado, exigindo profissionais adaptáveis a ele, onde contribuam para que os próprios assistentes sociais e os outros profissionais se adequem a suas necessidades e não as necessidades dos usuários, uma vez que o mercado está a cada vez mais competitivo e seletivo. Iamamoto (2014) apresenta a constante troca de profissionais de cargo abordando este assunto com uma crítica, porque muito se fala que as possibilidades se ampliaram mas não veem a essência desta

⁵ Consolidação das Leis do Trabalho; Criada no ano de 1943. Esta lei se constitui como o principal instrumento de regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho, a qual observa dentro do seu corpo, as necessidades de proteção do trabalhador e defesa dos seus direitos.

ampliação, cujo discurso acrítico se desenvolve sobre o argumento de “se os assistentes sociais não o fizerem, outros farão, absorvendo os espaços ocupacionais até então a eles reservados” (pág. 480).

Na divisão sócio- técnica do trabalho na política de saúde, o CFESS (2010) analisa um desafio para a atuação dos assistentes sociais trabalharem a política de saúde a procura pelo rompimento das ideias de atuação do possibilismo, do fatalismo ou do messianismo⁶ e sempre enfatizando a busca pela defesa da democratização do acesso, defesa do sistema de saúde público e a articulação desta política com as demais políticas sociais para que se tenha um atendimento articulado e integral. Neste processo de trabalho, é necessário que o/a Assistente Social imprima uma direção teórico-metodológica crítica para que desse modo, os objetivos da intervenção sejam alcançados. Seu reconhecimento profissional se dará a partir da mediação que o/a assistente social realiza no processo de prestação de serviços como também na tentativa de garantir o acesso aos mínimos sociais sempre fazendo a interlocução entre as necessidades sociais dos usuários com as condições que a instituição coloca.

O trabalho do/a assistente social para contemplar da concepção ampliada de saúde ocorreu pelo fato de que este profissional consegue articular seu objetivo profissional com os objetivos da Reforma Sanitária, que são de “buscar estratégias de ampliação nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde” (CFESS, pág. 29, 2010), além de estar articulados aos movimentos sociais dos trabalhadores do SUS; facilitar o acesso para os usuários aos serviços de saúde; estimular a intersectorialidade e integralidade da política de saúde com as demais políticas entre outros objetivos.

Nessa divisão social, o trabalho do/a assistente social costuma a ser constantemente modificado e nisto, as competências e atribuições deste profissional também estão passíveis a reformulações, pois ao passo que surgem novas demandas e necessidades sociais, as instituições e empregadores fazem determinações a estes trabalhadores para que eles incorporem estas atribuições institucionais para que assim, a instituição fique reconhecida perante a sociedade,

⁶A atuação pautada no possibilismo se desdobra em o profissional só atender o usuário com aquilo que está o seu alcance, não indo além das estratégias e possibilidades concretas. A atuação pautada no fatalismo esta em culpabilizar o usuário ou acreditar que nada irá mudar a situação a qual o usuário encontra-se imergido. E a atuação messiânica se revela em acreditar que o/a assistente social será o profissional que possui o poder de resolver todas as contradições e problemas que o usuário/instituição demandar

bem como o usuário tenha no assistente social aquele profissional que atendeu sua requisição de forma imediata.

Com esta reestruturação do trabalho, o fazer profissional do/a assistente social vai se modificando conforme as atualizações contemporâneas das demandas, sendo que “a principal tarefa posta para o Serviço Social, na atual conjuntura, é a de identificar o conjunto das necessidades (políticas sociais, materiais e culturais), quer do capital, quer do trabalho, que estão subjacentes às exigências de sua refuncionalização” (Mota e Amaral, 2010, pág. 26) para que assim, o profissional possa atuar de forma imediata nas expressões da Questão Social⁷.

O trabalho do/a assistente social, dentro destas especializações que os processos de trabalho exigem, se conforma como uma atividade profissional inserida no reino do valor da sociedade capitalista, estando o profissional exposto aos dilemas da alienação e das determinações sociais que afetam a coletividade dos trabalhadores (IAMAMOTO, 2010). Comumente, e de forma errônea, o processo de trabalho do/a assistente social é visto de forma reduzida a sua prática profissional, sem levar em consideração o meio em que o/a assistente social está inserido e seus usuários com suas necessidades sociais e demandas.

Dessa forma, compreendemos que a reestruturação produtiva afetou diretamente os modelos de gestão da força de trabalho como também os processos de trabalho em que o/a assistente social se insere, pois no momento em que se alteram os campos de trabalho, também se altera a forma de atuação e as relações entre profissional, empregador e usuário, em que este profissional se vê na necessidade de atender tanto as requisições que lhe são socialmente dirigidas, como também atender as requisições que o seu campo de trabalho oferece. Como um dos aspectos mais marcantes da reestruturação produtiva está em criar perfis de trabalhador para que este se enquadre nos requisitos que as empresas pedem, para que dessa forma, os chamados colaboradores- não mais trabalhadores- contribuam para o crescimento e expansão do seu local de trabalho, além de incorporar os requisitos pedidos pelas empresas.

⁷Iamamoto (2014) compreende a Questão Social como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social cada vez mais coletiva, onde o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

A transformação do cotidiano num espaço de exercício de ações políticas encontra sérios impedimentos em um contexto de precarização das relações de trabalho, como o instituído pela terceirização: trabalhadores em permanente substituição, desqualificados, cujo vínculo empregatício tem como característica a fragilidade, submetidos a riscos e cargas de diferentes naturezas, obsessivamente ocupados com a garantia da renda mínima necessária à sobrevivência e permanentemente assaltados pelo medo do desemprego estrutural (MELO, ALMEIDA E MATTOS, P.200-201, 2010)

Por hora, estas alterações se conformam como uma flexibilização do trabalho, juntamente com fatores precarizantes, como jornadas de trabalho acima do estabelecido em lei⁸, falta de condições materiais e estruturais para atendimento, desconhecimento de suas atribuições e que para se contornar estes fatores, é necessário que o profissional faça a defesa de suas atribuições, tendo consciência dos objetivos da profissão para contribuir com a construção de uma ordem social, política e econômica menos desigual que a atual, sempre reconhecendo nos determinantes estruturais da sociedade atual e as dificuldades da realidade social, os limites e as possibilidades do trabalho profissional.

⁸Lei N° 12.317, de 26 de agosto de 2010, que acrescenta no art. 5º da 8.662/93 a duração da jornada de trabalho do assistente social para 30 horas semanais sem redução salarial, o que se pode considerar um grande avanço da categoria.

3. O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE A PARTIR DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Privilegiamos, nesse capítulo, a discussão sobre a política de saúde e o trabalho profissional nessa área, por compreendermos que não há como discutir o trabalho do/a Assistente Social na saúde sem o entendimento da política em si. As reflexões feitas até agora – sobre o contexto de crise do capital e as repercussões no mundo do trabalho, especificamente no trabalho do/a Assistente Social – foram de fundamental importância para entendermos em que cenário econômico o SUS foi construído e quais as novas demandas que surgiram para o Serviço Social nesse contexto. Inicialmente iremos problematizar o conceito amplo de saúde a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), compreendendo as afinidades que se estabelecem entre nosso projeto profissional com a RSB; discutiremos brevemente sobre os níveis de complexidade da política e finalizaremos este capítulo com a problematização sobre a atuação profissional do serviço social na saúde.

Ocorrendo antes da promulgação da Constituição de 1988, a VIII Conferência Nacional de Saúde, colocou que a política de saúde necessitava ser construída enquanto responsabilidade do Estado. Além de delimitar o conceito amplo de saúde, a partir daí a saúde passa a ser "resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio- ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde." (BRASIL, 1986). Com isto, foi possível ver o novo desenho que a política de saúde ganhou o que pode ser considerado um avanço, pois antes a concepção do processo saúde- doença estava pautada somente na ausência do agente etiológico (agente causador da doença), sem considerar as condições socioeconômicas e culturais do sujeito.

Desde a VIII Conferência que a universalidade é tema de debate e luta entre as categorias profissionais que buscam o fim da exclusão social dos brasileiros invisíveis na sociedade. Paim (2009) coloca que para entender esse acesso igualitário a saúde é necessário compreender o direito a ter um corpo saudável como também o direito ao acesso às ações e serviços de saúde, para que o usuário tenha de fato uma vida saudável em todos os aspectos, segundo os determinantes sociais e culturais.

Até o ano de 1988, ano da promulgação da Constituição Federal, a saúde pública não tinha um reconhecimento constitucional que amparasse o direito dos usuários, onde o Estado atendia os indivíduos que possuísem carteira de trabalho assinada, com seus deveres trabalhistas junto à Previdência Social, através dos sistemas das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), que recolhiam as contribuições dos trabalhadores assalariados. Os direitos de acesso à saúde por aqueles que não faziam parte destas CAP's ficava entregue aos poucos postos de saúde pública que existia e a filantropia, responsabilizando a sociedade civil por sua prevenção e cura.

A partir da Constituição Federal de 1988, a área da saúde ganhou uma nova configuração, onde foi reconhecida como política pública de Estado, passando a ter responsabilidade estatal, ganhando uma configuração no formato de sistema, sendo este de caráter universal, a qual é colocada em seu Artigo 196 que a saúde é “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), sendo também integral e equânime. Esta inserção se deu em uma conjuntura política de redemocratização do Brasil, em que períodos históricos anteriores a este, os direitos sociais da população foram duramente violados e viu nesta nova constituição uma luz para que os direitos fossem reafirmados e respeitados.

Este artigo da Constituição coloca como obrigação do Estado a formular e implementar políticas econômicas e sociais com a finalidade de proporcionar melhorias nas condições de vida para os usuários do sistema público de saúde. Vemos também que esta universalidade colocada constitucionalmente é constantemente ameaçada quando a mesma não é materializada nos serviços de saúde, pois com a contrarreforma instaurada nos anos 1990 através da consolidação da política Neoliberal no Brasil, temos uma universalidade focalizada nos mais pobres, com filas objetivas e informacionais, gerando um grande entrave institucional para o desenvolvimento dos serviços.

A partir de meados da década de 1970, começa-se um movimento que buscava uma reforma, a Reforma Sanitária, que iria interferir não só no sistema de saúde da época e sim, buscava-se reformar a conjuntura política, econômica e social que o Brasil estava vivendo. Nesta década, o país estava saindo de um modelo de gestão militarista, sendo que o país necessitava reergue-se socialmente, pois no governo militar, o qual antecederia a esta década, a esfera do social sofreu muitos impactos e esquecimentos, onde o que estava em jogo era o crescimento

econômico. A Reforma Sanitária se desenvolve em um período de redemocratização do Brasil, com o intuito de provocar o Estado para que ele se responsabilize pela gestão e atenção à saúde, como também dos condicionantes, para que o indivíduo possa ter uma vida saudável e com acesso ao que o conceito ampliado de saúde traz.

Com a Reforma Sanitária pretendia-se “atender principalmente as necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que em que se fere os interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área da saúde.” (GALLO E NASCIMENTO, 2011, pág.93), transcendendo o espírito corporativista criado em tempos antes desta reforma. Com tudo, é necessário que se redesenhe o modelo de Estado para que esta reforma aconteça como foi idealizada, é necessário um Estado que seja de fato democrático comprometido com as políticas sociais e com os direitos dos cidadãos.

Ainda nesta discussão, as demandas e necessidade sociais no campo da saúde se traduzem de formas distintas, seja nas relações que permeiam os serviços públicos com os privados, seja em disputas de saber interprofissionais e entre profissionais e usuários ou ainda, na falta de percepção das necessidades de saúde expressas pelos usuários, a qual é “preciso entender a política de saúde em seus vários níveis de complexidade como um processo de contradições e de relações entre grupos que disputam o poder de forma distinta.” (CORD. 1997, pág.21), já que as políticas sociais, em sua totalidade, se expressão como um espaço dialético de projetos em confronto.

Desse modo, para ter uma efetividade da participação dos usuários no planejamento e implementação dos serviços de saúde, foi criada a Lei 8.142/90, a qual delibera a participação da sociedade civil na gestão da política de saúde. Isto foi um dos grandes avanços que esta política obteve, já que esta política sempre foi pensada de “cima para baixo”. Como principal mecanismo de participação da sociedade temos os Conselhos, que compõe esta instancia deliberativa de forma paritária com representantes do governo, profissionais de saúde e usuários.

Os espaços dos conselhos de saúde são essenciais para que as necessidades de saúde dos usuários sejam debatidas e analisadas, pois há a representação deste segmento neste espaço, como também dos trabalhadores e gestores. Com isso, estes Conselhos são espaços de prática da participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde e do exercício do controle

social, mas que também podem se configurar como espaços de legitimação do poder burguês no momento em que o governo toma suas decisões nos gabinetes e já enviam para esta instância com a decisão para ser somente homologado, sem uma discussão aprofundada sobre seu teor. Por isso, que é necessário que o debate sobre o controle social continue sendo forte e enfatizado, ainda é pouco a participação dos segmentos populares, onde o planejamento em saúde é feito de modo verticalizado, planejado segundo o Estado, sem ver a realidade em saúde destes usuários, e com isto, há traços de práticas médicas individualistas e curativas, sem preconizar o coletivo.

Ainda, a participação dos sujeitos no sistema nacional de saúde é de extrema importância e inovador, pois trazer os segmentos populares para pensar e organizar a saúde de acordo com suas necessidades é contrastante com a ideia de gerir saúde tida antes da RSB, em que organizava a saúde numa lógica de “cima para baixo” (GALLO E NASCIMENTO, 2011).

Com isso, o CFESS (2010) nos Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na saúde, indica que a inserção do usuário nos conselhos é de extrema importância, pois é neste espaço que eles terão vez, colocando suas reivindicações, mesmo reconhecendo que este espaço possui tensões entre os interesses que vão desde os usuários chegando a quem gere a política; limites e impasses e nisto, o/a Assistente Social terá como “objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde” (Idem, 2010).

3.1 Reforma Sanitária Brasileira e o Projeto Ético- Político do Serviço Social: algumas aproximações

Partindo dessas análises preliminares sobre os novos rumos da política de saúde após a Reforma Sanitária, é de fundamental importância pontuar o que há em comum entre a nova concepção de saúde com o nosso projeto profissional, para assim compreendermos como o Serviço Social incorpora essa concepção ampla de saúde traçada em fins da década de 1980, sendo necessário um rápido resgate sobre a concepção de saúde tida anteriormente sobre a Reforma.

Fazendo esta retrospectiva histórica sobre a concepção de saúde anteriormente à Reforma Sanitária, Paim (2006) trás que na época da República Velha o Estado só intervia em algumas situações, sendo que o governo contratava alguns profissionais para desenvolver ações pontuais já que o individuo não podia responder sozinho ou através da iniciativa privada por suas necessidades de saúde. Como não tinham um sistema ou uma política de saúde, a saúde era tida como caso de polícia, pois quando o individuo não aceitava o tratamento, o Estado podia acionar a polícia como forma de obrigá-lo.

No período em que a Ditadura Militar houve uma evolução acentuada do quadro de desigualdade social com a presença do Estado autoritário. A concepção de saúde pública neste período ficou centrada nas práticas curativas individuais em detrimento de práticas de saúde coletivas, cuja universalidade no atendimento não era direito de todos, somente daqueles que podiam pagar e havia poucos hospitais públicos os quais não possuíam boas condições infraestruturais.

Sendo assim, com esse esboço da concepção de saúde pública nestes dois períodos marcantes da história do Brasil, vemos que a Saúde Pública, em períodos anteriores ao da Reforma Sanitária, não era vista como algo que merecia intervenção estatal nem tampouco o Estado se responsabiliza por ela, somente realizava ações pontuais para aqueles que não estavam inseridos no mercado de trabalho e para os mendigos e desvalidos.

A partir da década de 1970, o Brasil não estava satisfeito com os serviços públicos de saúde que o Estado ofertava. Dessa forma, varias categorias de trabalhadores da área e estudantes começaram a se articular com associações de bairro para reivindicar melhorias na saúde. Dessa maneira, a Reforma Sanitária foi nascendo, com reivindicações trazidas de quem usa a saúde pública e quem sentia na pele seu esquecimento por parte do governo, sendo que somente no ano de 1980 esta Reforma ganhou força e reconhecimento o que trouxe ganhos, não só para a criação de um sistema público e sólido de saúde, mas para a sistematização e melhor distribuição dos serviços e ações de saúde, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários.

Dessa forma, apesar do Movimento da Reforma sanitária ter ocorrido na década de 1980, na qual a saúde passou a ter outro significado além da ausência da doença e do seu causador etiológico, passando também a ter uma “dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2007), cujo objetivo estava em aprofundar o debate da saúde como uma política pública, social e universal, mas na década seguinte-1990- a saúde virou objeto de mercado, fonte de lucro para empresas que comercializam este produto, tomando conta desta política, criando uma ideologia que os serviços de saúde privados são melhores em detrimento dos serviços públicos.

Dessa maneira, ao analisar os princípios norteadores da Reforma Sanitária com os princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social, vemos que muito se assemelham, pois há sempre a busca por uma sociedade mais justa e igualitária, sem dominação/exploração, em que todos tenham acesso as oportunidades que o Estado democrático coloca para os indivíduos. Como diz Matos (2013) ao analisarmos os princípios do projeto de Reforma Sanitária com o projeto Ético-Político do Serviço Social, vemos que o primeiro é mais amplo, pois reúne diversas categorias profissionais na busca da defesa da qualidade dos serviços prestados por uma política e o Projeto Ético-Político do Serviço Social está centrado na função social da profissão, o qual a partir do conhecimento próprio e da legislação específica da política de saúde, procura estar contribuindo para a superação das desigualdades, aliando-se a emancipação da classe trabalhadora e a superação da ordem capitalista.

Desse modo, vemos que os princípios do Projeto Ético-Político coadunam com os da RSB- que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS. A partir dos anos de 1990 é consolidada a conjuntura neoliberal no país, em que se torna um momento favorável e de luta dos assistentes sociais para tomar espaço nos serviços de saúde e tornar-se reconhecidos

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários. (Bravo e Matos, 2006, Pág. 17).

Com isso, podemos concluir que com a Reforma Sanitária, foi possível chegar ao objetivo pretendido neste movimento: mostrar ao Estado que era

necessário a sua mobilização e responsabilidade para garantia de uma saúde pública. Logo após este movimento, tivemos o reconhecimento pela CF de 88 da saúde como direito social inerente ao ser humano, que podemos considerar um dos maiores ganhos para esta política.

Contudo, mesmo a CF reconhecendo a saúde como direito social, abriu canais para que a iniciativa privada usurpe esta conquista, deixando-a margeada juntamente com outras políticas sociais e elevando as políticas ligadas aos setores econômicos. Assim, a política de saúde pública brasileira vai perdendo cada vez mais o financiamento comparando o investimento realizado por parte do governo nos convênios com empresas vendedoras de serviços de saúde e assim, a disputa por projetos fica cada vez mais nítida e acirrada.

3.2 O trabalho do/da assistente social na Política de Saúde: desafios contemporâneos

A Lei 8.080/90 traz desde as formas de promoção à saúde como também as formas de organização e o funcionamento dos serviços. Com isso, estabelece que estes serviços devem acontecer de forma hierarquizada- níveis de atenção - e regionalizadas, os municípios devem ter parcelas de responsabilidade tanto quando o Estado e a União. No nível de organização do município, este ficou com a responsabilidade principal de gerir a Atenção Básica e em alguns casos, a Média Complexidade.

De acordo com o Artigo 18 da Lei 8.080/1990, que diz as competências do município na organização dos serviços de saúde, ele possui a competência organizar e planejar a oferta e garantia dos serviços de saúde sendo que estes são distribuídos de acordo com o grau de complexidade do procedimento. Com essa configuração na distribuição dos serviços da estrutura da saúde pública brasileira, existem três níveis de atenção à saúde: a Atenção Básica, a Média Complexidade e Alta Complexidade.

A Atenção Básica tem por objetivo desenvolver de forma integral, uma atenção à saúde que traga impactos e melhorias na situação de saúde, na autonomia das pessoas, abrangendo os determinantes e condicionantes de saúde de forma coletiva, retirando o caráter de saúde curativa e individual, e empregando o

cuidado preventivo e coletivo. Os espaços de cuidados são realizados através das Unidades Básicas de Saúde.

A Média Complexidade no SUS acontece através de ações e serviços de saúde os quais visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, sendo que estes acontecem nos ambientes de ambulatórios ou em hospitais, que exigem a utilização de equipamentos e profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. A Média Complexidade está integrada à Atenção Básica, pois é usada quando este último nível de atenção não consegue dar resolutividade, sendo também usado no sistema de referência e contrareferência, e nisto, as unidades responsáveis por este sistema de referência e contra-referência são as policlínicas, Centro de Assistência Psicossocial, ambulatórios especializados. A Alta Complexidade se configura como um nível de cuidado em que oferta procedimentos os quais são de alta tecnologia e possui um alto custo, cujos procedimentos estão centrados nas especialidades médicas da oncologia, nefrologia, ortopedia, entre outros procedimentos que nem a Atenção Básica nem a Média Complexidade abarcariam. Este nível, porém, é o que mais recebe demanda e com isso, é frequente o uso de convênios com a iniciativa privada. Os equipamentos que desenvolvem os procedimentos da Alta Complexidade são os hospitais de grande porte. (BRASIL, 2007)

Iamamoto (2009) fala que os espaços sócio-ocupacionais do/da assistente social são frutos dos processos sociais, que de acordo com que a sociedade vai evoluindo e que as faces da Questão Social vão se agudizando, vê a necessidade de abertura de espaços de trabalho onde o/a assistente social tem a competência de atuação, sendo que muitas vezes, essas frentes de trabalho vêm para evidenciar ainda mais o poder do Estado para com a classe trabalhadora. Muitos destes locais de trabalho estão com sua organização e gerência pautadas na privatização e descentralização, características do processo de Reestruturação produtiva, que acaba imbricando o fazer profissional, tornando-os funcionais a instituição. Para que isto seja combatido, é necessário que estes profissionais estejam em constante formação para acompanhar, como já foi dito, a evolução da agudização das expressões da Questão Social.

As expressões da Questão Social estão se agudizando e na saúde, são expressas através das demandas e necessidades sociais dos usuários, de forma bruta e imediata. Estas necessidades sociais estão emergindo constantemente e é

necessário que o/a assistente social como também as outras categorias profissionais que estão juntos na mesma divisão técnica, tenha o conhecimento dessas demandas e necessidades, pautando seu atendimento nos princípios do SUS, principalmente na lógica do princípio da integralidade, para que a concepção ampliada de saúde seja de fato executada, sempre buscando articulação entre os serviços da rede de saúde e das demais redes de políticas sociais, para que o usuário tenha sua demanda atendida.

Com o processo da Reestruturação Produtiva, a divisão do trabalho está se fragmentando cada vez mais, fazendo com que o trabalho do/a Assistente social também se fragmente. Na divisão técnica, as policlínicas estão na Média Complexidade do SUS, onde se trabalham com especialidades médicas, o que se podem levantar questões de como o processo de trabalho destes profissionais; se possuem tempo para fazer reuniões entre si para debater seu cotidiano profissional; se tem tempo para dar continuidade à formação, entre outras questões que agregam conhecimento ao assistente social.

A área da saúde e a esfera estatal são historicamente os que mais empregam assistentes sociais, sendo que a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) as inserções destes profissionais se tornaram mais visíveis e urgentes, dado que esta Reforma trouxe uma nova concepção de saúde, trazendo que para o sujeito ter saúde é necessário que ele goze dos direitos sociais, além de ter acesso aos meios de transporte, lazer, emprego e renda, alimentação de qualidade e moradia, entre outros meios que tornam o sujeito de fato inserido no sistema em que vivemos, pois antes a concepção de saúde era somente estar livres de agentes etiológicos causadores de doença. Dessa forma, a justificativa colocada para a inserção destes profissionais em diferentes processos de trabalho está no “crescimento das instituições públicas geridas ou subsidiadas pelo Estado” (YAZBEK, 2009, P.12), pois a partir da CF de 88, o Estado ficou com a responsabilidade de prover a política de saúde e com isso, os assistentes sociais trabalhariam nas expressões que da Questão Social.

Neste nível de atenção à saúde, o trabalho destes profissionais consistirá em viabilizar direitos por meio de encaminhamentos, tanto dentro da rede de saúde como das demais políticas sociais, para que dessa forma, seja dada ênfase na integralidade da política de saúde e também das políticas sociais. A prática do/da assistente social nesta policlínica se pauta em ações socioeducativas e

assistenciais, além deste profissional realizar o acolhimento ao usuário, contribuindo para que os princípios do SUS sejam efetivados na realidade, sempre buscando ampliar os horizontes de atuação

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. (CFESS, 2010)

O trabalho do/da assistente social de um modo geral e especificadamente na área da saúde, se coloca em intervir na crescente demanda da população por meios que assegurem a sua saúde e na pouca oferta de serviços, configurado no não-acesso a estes serviços, uma vez que o/a assistente social trabalha na viabilização do acesso ao direito, conforme a especificidade do local onde trabalha. Iamamoto (2009) já coloca em seu texto e a partir suas pesquisas, que se constatou que o maior empregador do/a assistente social é o Estado, e que as atividades desenvolvidas por este são de formulação, planejamento e execução de políticas sociais.

Segundo Costa (2000) o aumento da inserção dos assistentes sociais na política de saúde se dá pelo fato da ampliação significativa de subunidades de serviço de saúde e conseqüentemente, há um aumento de atendimento aos usuários, fazendo com que aumentasse a contratação de novos profissionais. Mas nesse aumento significativo de contratação há um grande impasse: não são concedidas condições objetivas de trabalho para os assistentes sociais desenvolverem seus trabalhos, pois reduz sua prática à somente realização de entrevistas e visitas sociais, ou ainda, não oferecem recursos materiais e humanos necessários para a realização de suas atividades. Dessa forma, é necessário o/a assistente social mostre, através de suas atribuições, como sua prática possui um significado importante nesses processos de trabalho, buscando potencializar estas atribuições.

No processo de trabalho da saúde, o assistente social se insere como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar — pelos caminhos os mais tortuosos — a integralidade das ações. (COSTA, 2000).

A integralidade, como um dos princípios doutrinários do SUS, é desenvolvida em um conjunto de práticas de promoção, prevenção e assistência aos usuários para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

Neste sentido, o trabalho do/a assistente social como agente integralizador das ações de saúde é necessário que se tenha um entendimento sobre a ação do princípio da integralidade, o qual age conjuntamente com o da universalidade e com o da equidade, pois assim, se traduz o que a Reforma Sanitária pregou para garantir o acesso pleno à saúde. Nesta integralidade das ações, Cecílio (2009) fala que no sistema de saúde há dois tipos de política, os quais necessitam estar em sintonia para que a integralidade dos serviços e ações aconteça: a “micropolítica” que nela estão os serviços, suas articulações, fluxos e circuitos, que se desenvolve de forma focalizada e a “macropolítica” que o é o sistema de saúde propriamente dito, ou seja, a rede de saúde, com seus níveis de complexidade, agindo de forma ampliada.

Cecílio (2009) enfatiza que há necessidade de se trabalhar a integralidade em todas as dimensões da rede de saúde para que o atendimento ao usuário se realize por completo, sendo esta integralidade realizada desde a relação dos profissionais da equipe que realiza o atendimento até o encaminhamento na rede de saúde e para as demais redes das políticas sociais, pois o usuário além de trazer a demanda de saúde traz muitas outras necessidades e com isso, deve “prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou “travestidas” em alguma(s) demanda(s) específica(s)” (Cecílio, p. 04, 2009).

Com isso, vemos que a integralidade não pode somente acontecer somente entre os serviços, é necessário que esta integralidade aconteça em rede, pois o cuidado em saúde é de responsabilidade do Sistema e não de ações isoladas que acontecem nos serviços.

O/a assistente social é o profissional vai interagir com as demais políticas sociais através de seus conhecimentos técnico-operativos, teórico-metodológicos e ético-políticos, de modo que o usuário tenha não só a resposta para a demanda que o mesmo trouxe, mas também sejam respondidas suas necessidades sociais. Assim, Cecílio (2009) traz que a integralidade, em sua forma ampliada, consegue abarcar esta articulação entre os serviços de saúde, as equipes multiprofissionais e os usuários, dando uma resolutividade às demandas trazidas pelos usuários, procurando sempre buscar em suas intervenções, a melhoria da saúde e das condições de vida deste usuário.

Ainda, este processo de atendimento ou de referência para o profissional-usuário está pautado (muitas vezes) na seletividade do usuário, onde para ter acesso a um determinado serviço, é necessário que este seja o “necessitado do necessitado”, e que o Estado transfere suas responsabilidades para a sociedade civil, a qual incorpora o espírito da “solidariedade social” e isto ocasiona a deturpação do princípio da Universalidade que a Lei 8.080/1990^{9a} qual traz que

Art2, § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990)

Costa (2000) trás uma discussão sobre o trabalho produzido pelos assistentes sociais na política de saúde, o qual é de uso de terceiros, neste caso, os usuários, pois são para eles que as ações são direcionadas como forma de garantir um direito- o acesso à saúde- já constitucionalmente alcançado e também que se cria uma ligação entre quem produzem, os assistentes sociais, com quem consome os serviços, os usuários.

Bravo e Matos (2006) abrem uma discussão interessante em que pode se constituir como um ponto compreender o processo de trabalho do/a Assistente Social na saúde em tempos de reestruturação do capital, no momento em que o profissional acaba por não mais se reconhecer pertencente à categoria dos assistentes sociais e sim, reconhecer-se como um profissional que tem formação em Serviço Social, mas que desenvolve suas práticas a partir de indicações e abordagens médicas, além de realizar atividades que são de competência de outro profissional.

Isto acaba por destituir a formação original do Serviço Social, a qual possui suas bases teóricas ligadas ao Marxismo, buscando compreender de maneira crítica a essência dos fenômenos e os determinantes do problema que levaram o usuário procurar o Serviço Social na saúde, além de abrir brechas a atender somente os requisitos propostos pela instituição a qual presta serviço, tornando-se um profissional engessado e distanciado dos objetivos da profissão e da busca do enfrentamento das expressões da Questão Social que permeiam a vida dos usuários do sistema público de saúde.

⁹8.080/1990- Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Na saúde, o CFESS (2010) elaborou um documento o qual estabeleceu parâmetros de atuação para os assistentes sociais na saúde, que dispõe desde os direitos dos assistentes sociais bem como seus deveres e o compromisso com a prestação de serviços com os usuários, além de exigir uma compreensão do contexto sócio-histórico e cultural em que o usuário encontra-se, considerando também sua realidade social e condições objetivas de vida.

Neste documento, ainda traz explicações sobre as atribuições deste profissional nesta área específica e com o reconhecimento destas atribuições é necessário para que o profissional tenha uma apreensão melhor da realidade a qual se encontra inserido, bem como a formação das correlações de forças, tanto para somar forças como também construindo e reafirmando competências ética, teórica e metodológicas¹⁰ como formas de enfrentamento destas correlações que tendem a burocratização das atividades do fazer profissional do/a assistente social, para que dessa forma possa se qualificar o atendimento dado ao usuário. Com isso, é essencial que na área da saúde tenha a superação do modelo médico hegemônico, com vistas à efetivação do projeto da reforma sanitária, é essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde.

No entanto, para compreender as atribuições privativas do Serviço Social é necessário compreender como a profissão se revestiu de novas roupagens em sua história e quais as tensões que a sociabilidade capitalista provocou e provoca no fazer profissional.

Torres (2007) ao discutir as atribuições privativas do/a assistente social aplicadas sejam qual for o campo de atuação, coloca que este exercício profissional não ocorre de maneira linear pois acontecem conflitos dentro da própria categoria e entre outras categorias profissionais que estão em constante contato com o/a assistente social. Esta discussão sobre as atribuições privativas têm ocorrido devido à confusão feita entre as atribuições com as competências profissionais. Na Lei

¹⁰ Para superar os impasses que se apresentam para o Serviço Social, Iamamoto (2014) aponta a importância de três dimensões: a **teórico-metodológicas, ético-político e técnico-operativa no exercício profissional**: 1) Mediação teórico-metodológica - a exigência de rigorosa formação teórico-metodológica que permita explicar o atual processo de desenvolvimento capitalista sob a hegemonia das finanças e o reconhecimento das formas particulares pelas quais ele vem se realizando no Brasil, assim como suas implicações na órbita das políticas públicas e consequentes refrações no exercício profissional; 2) Mediação ético-política - a articulação com entidades, forças políticas e movimentos dos trabalhadores no campo e na cidade em defesa do trabalho e dos direitos civis, políticos e sociais; 3) Mediação técnico-operativa - o cultivo de uma atitude crítica e ofensiva na defesa das condições de trabalho e da qualidade dos atendimentos, potenciando a nossa autonomia profissional.

8.662/1993 trás claramente em seu artigo 5º, as atribuições privativas do/a assistente social

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. (BRASIL, 1993)

Assim, Torres (2007) traz esta discussão das atribuições privativas como forma de mostrar que isso foi fruto de reivindicações e lutas da categoria, pois dessa maneira, os assistentes sociais teriam respaldo jurídico para se impor a execução de certas atividades que não estavam no rol das atribuições acima qualificadas e ainda, serve como forma de mostrar suas atribuições e entrar em consensos com outros profissionais que atuam diretamente com o/a assistente social. Esta lei acompanha os novos percursos tomados pela profissão nestes últimos tempos, pois o Serviço Social se renova a cada mudança conjuntural e o reconhecimento e apreensão da Lei é o que norteia a ação profissional do/a Assistente Social, bem como estabelecer as balizas profissionais dentro da divisão social do trabalho. Dessa maneira, o conhecimento da legislação própria do/a assistente social é necessário já que pode ser configurar como “uma das possibilidades para o fortalecimento da dimensão interventiva e investigativa presentes na profissão.” (TORRES, P.54, 2007).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo do trabalho sempre esteve passível a mudanças e estas sempre estão à procura de adequá-lo aos moldes neoliberais capitalistas, além de adequar também a sociedade, causando diversas repercussões desde a privatização, descentralização, rearranjos políticos e econômicos, os alcançaram até as políticas sociais, tornando-as compensatórias e focalistas. Com o processo de reestruturação, onde as relações de produção e de sociabilidade tiveram outra configuração, de flexibilização e precarização também se modificaram de tal forma que os trabalhadores são visto como meros apêndices de máquinas, ocasionando metamorfoses no mundo do trabalho e potencializando o processo de produção coletiva e expropriação privada das riquezas produzidas.

Como fruto destas mutações nas novas formas de trabalho, há um aumento da rotatividade dos trabalhadores e conseqüentemente, o enfraquecimento da capacidade organizativa, além dos vínculos precarizados, e baixos salários, atingindo até os processos de trabalho em que os assistentes sociais se inserem.

Neste trabalho, pretendeu-se mostrar como se dá a atuação do/a assistente social na política de saúde. Diante do contexto de precarização explícito, não podemos pormenorizar o duplo caráter das ações efetivadas pelos assistentes sociais, pois quando este profissional está inserido na reprodução da própria vida social, este tem as possibilidades de definir estratégias no sentido de reforçar os interesses e bandeiras de luta da classe trabalhadora a qual está vinculada, pois este profissional participa de processos de trabalho em que se submete a relações de compra e venda de trabalho, sendo estas definidas através de relações contratuais, com limites e especificidades, dependendo da área de atuação.

Como forma de criar estratégias para superar as formas de precarização do trabalho do/a assistente social é necessário que este profissional esteja em constante formação, potencializando suas formas de intervir, principalmente a autonomia relativa, como forma de ser reconhecido dentro da equipe que participa, como também por seus usuários e empregadores, pois o atual mercado de trabalho requisita profissionais tecnocráticos, adaptáveis e mutáveis, conforme institucionalmente seja solicitado.

É a relação entre as condições objetivas e subjetivas do trabalho que possibilita ao Assistente Social superar o atendimento da demanda institucionalizada, burocratizada e pragmática, criando novas formas de mediação com vistas a um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos.

A partir do resgate sobre a essência do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ficou perceptível como este Movimento conseguiu atrair segmentos societários para lutar na busca de uma saúde pública e de qualidade. Assim, com a promulgação da CF de 1988, a saúde passou a ser concebida como uma política social, de acesso igualitário além de tornar o Estado como principal gestor desta política. Com a Constituição de 88, foi apresentada a saúde como um direito social, abrangendo assim, os determinantes sociais que permeiam a vida dos usuários da saúde pública.

A inserção do/a assistente social na saúde se tornou mais palpável e reconhecida a partir da Reforma Sanitária, onde foram ampliadas suas formas de intervenção e podemos ver que os princípios do Projeto Ético- Político profissional estão em consonâncias com os princípios dessa reforma, pois esta não só pedia uma reforma de uma política, e sim lutava por uma reforma da estrutura do Estado e de seus setores, para que todos os indivíduos tivessem direitos e interesses iguais.

Ao compararmos os princípios da RSB com os princípios do projeto Ético- Político do Serviço Social vemos que estes se complementam pois os seus princípios se assemelham e buscam trabalhar na perspectiva do fortalecimento e melhoria desta política pública onde constantemente “os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios” (BRAVO E MATOS, 2006, Pág. 19)

O projeto Ético- Político da profissão foi um projeto construído pelos assistentes sociais, o qual teve origem na busca de ruptura com o Serviço Social tradicional o qual vigorava no país. Este projeto tem como objetivo de construir uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade como valor ético central, entendida como possibilidade de escolher entre alternativas concretas, com o compromisso de viabilizar formas para a emancipação humana, buscando uma nova ordem societária a qual não possua discriminação de gênero, raça, orientação sexual e étnica.

“O projeto profissional beneficia-se tanto da socialização da política conquistada pelas classes trabalhadoras quanto dos avanços de ordem teórico-metodológica, ética e política acumulados no universo do Serviço Social a partir dos anos de 1980”. (IAMAMOTO, pág 11, 2009)

Assim, podemos concluir que o/a Assistente Social ao encarar estes processos de trabalho com atividades que descaracterizem ou precarizem sua ação se torna primordial que este profissional tenha firmeza em seus princípios e que faça a defesa incessante do nosso Projeto Ético- Político, o qual continua sendo construído cotidianamente, sendo que este projeto profissional do Serviço Social possui uma

A dimensão política a favor da equidade e da justiça social [...] com ênfase numa formação acadêmica qualificada, fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social [...] instituindo novas formas de se relacionar com os usuários dos serviços estabelecendo compromisso e qualidade dos serviços prestados à população”. (NETTO, Pág. 16, 1999)

Este trabalho nos convida a pensar sobre os desafios que atravessam o trabalho do/a Assistente Social nesses tempos de reestruturação do capital, especialmente na política de saúde, por se constituir como um direito universal. São exigidas do/a Assistente Social, ações que se distanciam do seu projeto ético político profissional, tais como: a realização de atividades de cunho administrativo; processos de triagem; marcação de consultas, dentre outras tarefas que não são de sua atribuição.

Concordamos com Iamamoto (2009) quando esta afirma que a conversão da possibilidade em realidade dependerá da capacidade de resposta profissional do Serviço Social àquela demanda e do seu posicionamento político que vier a se afirmar. Se o profissional não for capaz de elaborar respostas qualificadas, o seu exercício poderá tornar-se meramente residual.

Os limites que foram apontados ao longo desse estudo não podem ser naturalizados, precisamos resistir a esses movimentos e lutar pela concretização de projetos de luta pela universalização e ampliação dos direitos sociais. É válido mencionar algumas estratégias de resistência a esses processos de precarização do trabalho do/a Assistente Social na política de saúde, quais sejam:

- Lutas pela efetivação dos princípios estruturantes do movimento de Reforma Sanitária, entendendo que a luta política não pode cessar enquanto o direito de acesso universal à saúde for negado;

- Reafirmar a importância do segmento dos usuários nos espaços de participação e controle social da política de saúde;
- Lutar pela defesa do Projeto Ético-Político do Serviço Social na política de saúde, reafirmando a nossa aproximação com a Reforma Sanitária Brasileira e o compromisso com a viabilização dos direitos sociais dos usuários;
- Potencializar a nossa autonomia relativa nos espaços sócio-ocupacionais, reafirmando o nosso posicionamento político em defesa dos direitos e a negação da realização de práticas que não são de nossa atribuição;

Entendemos os desafios que atravessam os espaços sócio-ocupacionais em que estão inseridos os/as Assistentes Sociais, sabemos o quanto é difícil enfrentar a correlação de forças nesses espaços – como já foi pontuado ao longo desse trabalho – mas não podemos nos curvar diante dessas dificuldades.

Esse contexto nos desafia a compreender essa realidade para que o profissional possa intervir de forma crítica, pois é a relação entre as condições objetivas e subjetivas que possibilita ao Assistente Social superar o atendimento da demanda institucionalizada, burocratizada e pragmática, criando novas formas de mediação com vistas a um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. **As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital**. Educação e Sociedade, Campinas, v. 25, n.87, p. 335-351, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf> acesso em 05 de fevereiro de 2015.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil**. *IN*: MOTA, Ana Elizabete [et al]. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio de Castro. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006, v. p. 001-408.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988**. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. São Paulo: Atual (Coleção Saraiva de legislação). “Atualizada pelas Emendas Constitucionais em 2007.

_____. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso em 06 de fevereiro de 2015.

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 06 de fevereiro de 2015.

_____. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em 06 de fevereiro de 2015.

_____. **Lei Nº 12.317, de 26 de agosto de 2010**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm> Acesso em 06 de Fevereiro de 2015

_____. **Relatório 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS - Março de 1986.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção**. *In*: PINHEIRO, Roseni (Org); MATTOS, Rubem Araújo de (Org). Os sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. 8 ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política pública de saúde**. Série: Trabalho e Projeto

Profissional nas Políticas Sociais. Brasília- DF: 2010. Parâmetros para atuação na saúde.

COSTA, Maria. Dalva Horácio. **O Trabalho em Saúde e as particularidades do trabalho do Assistente Social nos serviços públicos de saúde nos anos 90**. In. Serviço Social & Sociedade, nº 62, São Paulo: Cortez, Março, 2000

Cordeiro, Hésio de Albuquerque. **O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias**. *IN*: Saúde, trabalho e formação profissional./Organizado por Antenor Amâncio Filho e M. Cecília G. B. Moreira - Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo Cesar. **Hegemonia, Bloco Sanitário e Movimento Sanitário**. *IN*: Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. (org) Sonia Fleury Teixeira- 4.ed- São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

GUERRA, Yolanda. **Crise contemporânea, luta de classes e suas expressões na cultura profissional do Serviço Social**. In: XVII Seminário Latinoamericano del escuelas de trabajo social., 2001, Lima- Peru. Anais do XVII Seminário latinoamericano del escuelas de trabajo social, 2001. p. 23-24. Disponível em <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-081.pdf>> acesso em 05 de fevereiro de 2015.

_____. **As dimensões da prática profissional e a possibilidade de reconstrução crítica das demandas contemporâneas**. Disponível em: http://www.ufjf.br/revistalibertas/files/2011/02/artigo01_4.pdf. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

GIL, Antônio Carlos, 1946- **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002

IAMAMOTO, Marilda Vilella. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social**. 4ª ed.- São Paulo: Cortez, 2010.

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

_____. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. *In*: CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, 2009

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

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

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. - São Paulo: Cortez, 2013

MELO, Ana Inês Simões Cardoso de; ALMEIDA, Gláucia Elaine Silva de; MATTOS, Ubirajara Aloízio de Oliveira. **Na corda Bamba do Trabalho Precarizado: a terceirização e a saúde dos trabalhadores**. *In*: ANA ELIZABETE MOTA. (Org.). A

NOVA FABRICA DE CONSENSOS. 5ªed. SÃO PAULO: CORTEZ EDITORA, 2010, v. 00, p. 195-2015

MOTA, Ana Elisabete. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista**. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, 2009.

MOTA, Ana Elisabete; AMARAL, Ângela Santana do. **Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social**. In: ANA ELIZABETE MOTA. (Org.). A NOVA FABRICA DE CONSENSOS. 5ªed. SÃO PAULO: CORTEZ EDITORA, 2010, v. 00, p. 23-44.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético político do serviço social frente à crise contemporânea**. Programa de capacitação continuada para assistentes sociais. Mód. 1, 1999.

OCTAVIO, Ianni. **A era do globalismo**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. –Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009

Secretaria Municipal de Saúde de Natal. **(Re) desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal**. Natal, RN, 2007.

TORRES, Mabel Mascarenhas. **Atribuições privativas presentes no exercício profissional do assistente social: uma contribuição para o debate**. Libertas (UFJF. Online), v. 1, p. 39-63, 2007. Disponível em <<http://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1759/1235>> Acesso em 02 de fevereiro de 2015.

YAZBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão**. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social. Direitos Sociais e Competências Profissionais. 1ªed. Brasília - DF: CFESS / ABEPSS, 2009, v. v. 1, p. 125-141