

---

## O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: dilemas e perspectivas no município de Natal/RN

Edla Hoffmann<sup>1</sup>

Sheyla Priscila Souza de Oliveira<sup>2</sup>

Tatiana Reidel<sup>3</sup>

### 1. INTRODUÇÃO

As reflexões desenvolvidas nesta produção objetivam analisar o trabalho do/a assistente social na política de saúde, particularmente na Atenção Básica, considerando os rebatimentos das políticas neoliberais, no âmbito do trabalho e do Estado, que tem direcionado o Sistema Único de Saúde (SUS) para as populações mais empobrecidas. Enquanto a iniciativa privada avança na prestação de serviços de saúde, para aqueles que acessam via do mercado.

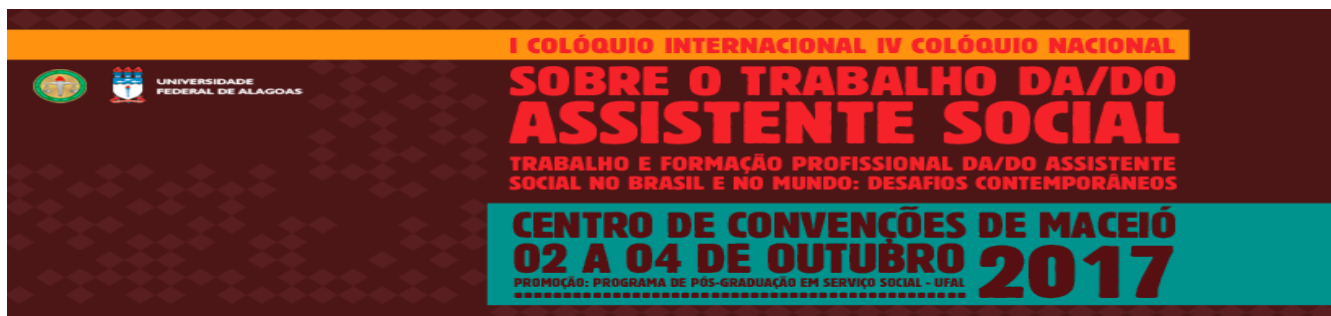
Foram inúmeros os avanços na política de saúde que a redimensionaram para a política de seguridade social, de responsabilidade pública e direito de cidadania, outorgada pela Constituição Federal de 1988. Porém, desde a regulamentação do SUS, através das Leis 8080/90 e 8.142/90, acompanha-se os desmontes que expressam a minimização do Estado e maximização do mercado, por meio de medidas restritivas orientadas pelos organismos internacionais como Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial. Visto que, indicam a privatização, a terceirização, a focalização do atendimento, a descentralização via desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil.

---

<sup>1</sup> Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação. Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social-GEP-QSPSSS da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Endereço Eletrônico: edlahoff@gmail.com

<sup>2</sup> Mestre em Serviço Social UFRN, conselheira do CRESS/RN, gestão 2017-2020. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Questão Social, Política Social e Serviço Social-GEP-QSPSSS da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Endereço eletrônico: Sheyla\_priscila@outlook.com

<sup>3</sup> Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, professora do Departamento de Serviço Social e vice-líder do Grupo de Pesquisa e Estudos sobre Formação e Exercício Profissional do Serviço Social – GEFESS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Endereço Eletrônico: tatyreidel@gmail.com



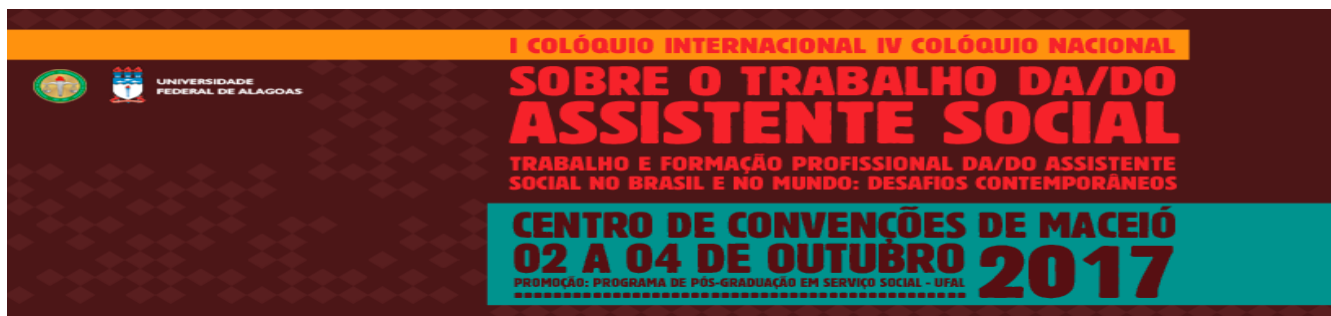
Esse contexto coloca em xeque a saúde como direito universal, integral e equânime, pois destrói o caráter de política pública e inviabiliza o atendimento das necessidades sociais da classe trabalhadora, tanto pelas precárias condições de vida e de trabalho, como pela desproteção social. Por sua vez, afeta não apenas os/as usuários/as dos serviços, mas também aos trabalhadores e trabalhadoras que cotidianamente convivem com a escassez de recursos financeiros, reflexo das drásticas reduções de investimentos e parte do sucateamento das políticas sociais.

Ao mesmo tempo, testemunham diversas formas de adoecimento e o impacto da doença na vida daqueles/as que recorrem aos serviços e não conseguem alcançar a travessia na rede de serviços e a satisfação de suas necessidades de saúde, ao contrário, experimentam a negligência de um Estado omissivo.

Esta degradação da vida humana e a precarização das ações e serviços de saúde, perpassa desde a carência de profissionais, a intensificação das demandas e a sobrecarga de trabalho, além da ausência de condições objetivas satisfatórias (infraestrutura física, material, recursos humanos, mobilidade urbana), somadas aos baixos salários e a falta de incentivo à carreira, entre outros, até o comprometimento da saúde daqueles que são responsáveis via Estado, pela promoção, prevenção e recuperação da saúde e da melhoria da qualidade de vida.

Assim, o presente trabalho apresenta inicialmente, uma breve análise sobre os desmontes vivenciados na política de saúde brasileira considerando os impactos e os direcionamentos políticos que o Estado brasileiro tem adotado em meio às transformações no mundo do trabalho, que incidem diretamente na vida dos trabalhadores e das trabalhadoras, dentre estes/as, os/as trabalhadores/as da saúde. No segundo tópico, propõe-se a reflexão sobre o trabalho do/a assistente social face aos processos de precarização vivenciados no Sistema Único de Saúde, com ênfase na atenção básica.

Para tanto, apresentam-se resultados de pesquisa qualitativa, realizada com assistentes sociais lotados/as na atenção básica de saúde do município do Natal/RN, no ano de 2016. O universo desta pesquisa corresponde a 27 (vinte e sete) profissionais, distribuídas em 14 (catorze) Unidades Básicas de Saúde, e a amostra foi definida como não probabilística intencional contemplando 12 (doze) assistentes sociais, um representante por unidade. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, com



questões abertas e fechadas, gravadas com autorização dos sujeitos, a fim de conhecer a realidade vivenciada por estes. Os dados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, orientados pelo método dialético-crítico. Por fim, apresenta-se a conclusão, oriunda da sistematização exposta, articulada com as fontes que subsidiaram a construção deste artigo.

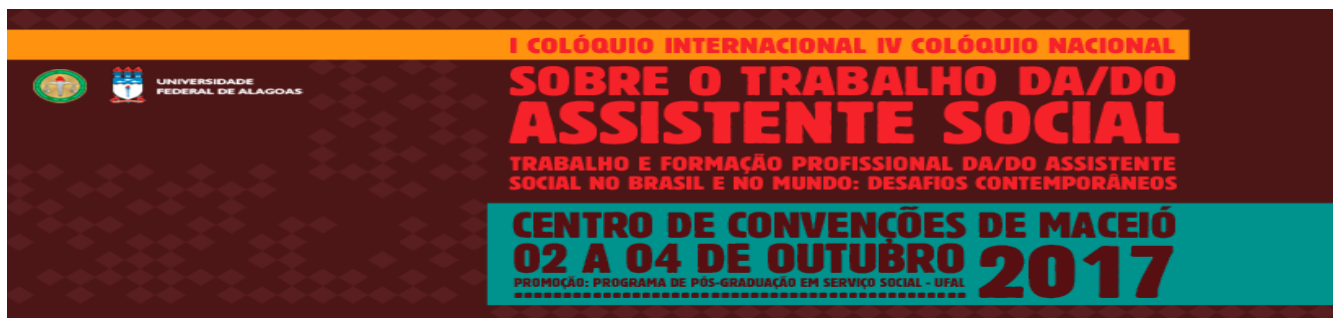
## **2. DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE SOB HEGEMONIA DO PROJETO NEOLIBERAL**

A saúde pública legitimada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo uma série de desmontes desde a sua criação até os dias atuais. Isso se deve as “novas” mudanças incorporadas pelo capitalismo após a crise estrutural dos anos de 1970, que teve como principal característica a reformulação do Estado frente a prestação das políticas sociais e sua atuação para beneficiamento do processo de acumulação do capital.

A crise estrutural do capital ocorrida em 1970 repercutiu na implementação de uma série de mudanças no modo de produção capitalista, tanto no âmbito da própria produção como na forma de gestão do capital, instaurando em seu modo de produzir formas mais flexíveis de exploração da força de trabalho, com vistas a aumentar a apropriação da mais-valia. Significa dizer que as séries de medidas adotadas após a crise estrutural do capital, representaram aumento exponencial da precarização da força de trabalho no que diz respeito às formas de contratação como na própria forma de exploração da mais-valia.

Esse período caracterizou-se, desde então, por uma ofensiva generalizada do capital e do Estado contra a classe trabalhadora e contra as condições vigentes durante a fase de apogeu do fordismo. Em meio a tanta destruição de forças produtivas, da natureza e do meio ambiente, há ainda uma ação destrutiva contra a força humana de trabalho, que tem enormes contingentes precarizados ou mesmo a margem do processo produtivo, elevando a intensidade dos níveis de desemprego estrutural (ANTUNES, 2005, p.85).

O conjunto de mudanças engendradas no capitalismo foram denominadas como partícipe de um processo de reestruturação produtiva do capital com vistas a superar a crise estrutural e retomar o crescimento econômico. O modelo de produção adotado agora é o Toyotista ou flexível e a base ideológica é o neoliberalismo.



É por isso que o novo complexo de reestruturação produtiva que surge sobre a acumulação flexível apenas expõe, de certo modo, nas condições da crise estrutural do capital, o em si flexível do estatuto ontológico-social do trabalho assalariado: por um lado, a sua precarização (e desqualificação) contínua (e incessante), por outro lado, as novas especializações (e qualificações) de segmentos da classe dos trabalhadores assalariados (ALVES, 2011, p. 14).

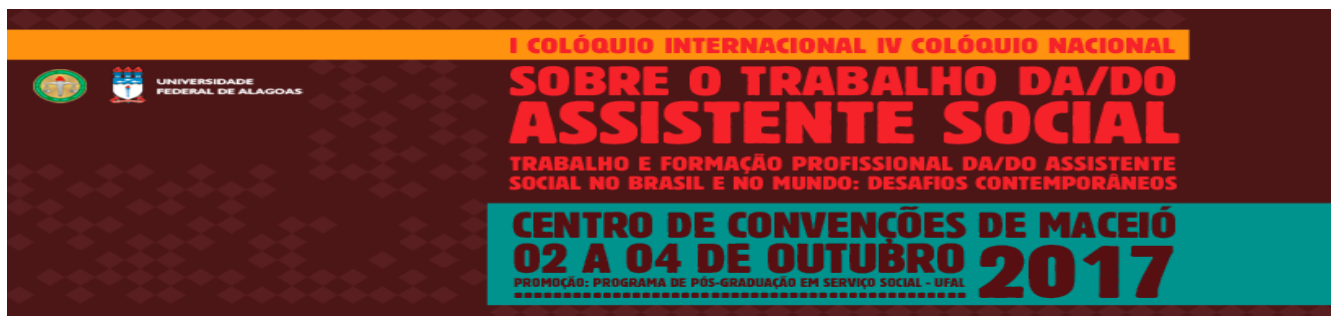
Como consequência da adoção do modelo flexível temos a desregulamentação dos direitos trabalhistas através da flexibilização das formas de contratação da força de trabalho, aumento da rotatividade, rebaixamento dos salários, diminuição dos vínculos formais e aumento do trabalho desprotegido pela previdência social (ANTUNES; ALVES, 2004).

O Estado desempenha um papel importante nesse processo de mudanças da reestruturação produtiva, uma vez que passou a ser um dos maiores financiadores do capital através do fundo público e implementa inúmeras políticas restritivas para o trabalho e amplas para o capital.

Nessa perspectiva, a ideia é tornar as políticas sociais mínimas, voltadas para as camadas mais empobrecidas da sociedade como forma de tornar o Estado mais “enxuto” e extrair lucros daqueles que podem pagar para ter acesso. A saúde é uma das áreas que se mostraram extremamente lucrativa para o capital.

Os serviços de saúde tornaram-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de investimento e lucratividade capitalista. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e insumos, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguro saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários, entre outros (SOARES, 2010, p. 94).

Essa lucratividade atraente dos serviços de saúde é explorada pelo capital através da convivência do Estado, que tem se colocado cada vez mais a serviço dos interesses do capital, seja comprando planos de saúde privados para funcionários públicos, seja através de isenções fiscais às empresas, ou pessoas físicas, via desconto dos gastos públicos com saúde no imposto de renda. Do mesmo modo, incentivando a participação dos entes privados nos sistemas públicos de saúde, através das parcerias público privado para gerir a saúde, como o caso do SUS, particularmente (CORREIA, 2015). Como se a gestão fosse o



problema e não falta de financiamento, a precarização do trabalho em saúde e o privilegiamento dos interesses do capital (CORREIA, 2015).

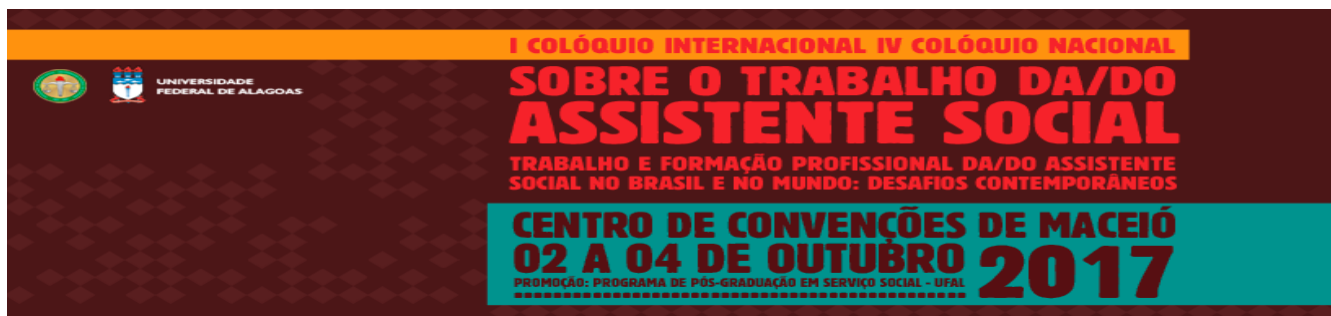
A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos de 1990 através das Leis nº 8080/90 e 8.142/90, vai na contramão do projeto hegemônico neoliberal recém instaurado, a partir da adoção de políticas restritivas pelo então presidente Fernando Collor de Melo e se acentua ainda mais pelo seu sucessor Fernando Henrique Cardoso. Representando uma verdadeira contradição na materialização do SUS conforme as determinações legais, e os interesses do capital.

Neste cenário contemporâneo, a política de saúde tem sido palco de disputa entre dois projetos: o privatista e o democrático, ambos com interesses e objetivos totalmente distintos e inconciliáveis. O primeiro, destaca a saúde enquanto mercadoria adquirida através da relação de compra e venda, regidas pelas leis do mercado de oferta e procura, pautado nas políticas de ajuste, fortalecendo a privatização, a terceirização, a descentralização isentando o Estado de suas responsabilidades. Sobretudo focalizando as ações e serviços na atenção básica, ofertando o mínimo necessário pela racionalização da oferta e contenção dos custos, para quem não pode acessar os serviços via mercado, rompendo com o princípio da universalidade (BRAVO; MATOS, 2006; CFESS, 2010).

O segundo defende a saúde enquanto direito social básico, indispensável à vida, produto das lutas sociais durante o processo de redemocratização, alinhado ao projeto da Reforma Sanitária. Visa assegurar a saúde como direito de cidadania, descentralizado e de responsabilidade do Estado, mediante políticas sociais públicas, na perspectiva da intersetorialidade no intuito de atender as necessidades sociais de saúde. Orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, com participação social e qualidade dos serviços prestados (BRAVO; MATOS, 2006; CFESS, 2010).

A política de saúde, assim como as demais políticas sociais, acompanha o movimento dinâmico da sociedade capitalista, com isso, sofre os impactos das alterações ocorridas no âmbito do capital e com os direcionamentos políticos que os Estados adotam, uma vez que podem priorizar um ou outro projeto.

Nesse sentido, o projeto privatista é fortalecido pela própria lógica de acumulação capitalista, na medida em que é funcional ao capital por sua lógica lucrativa. Consequentemente, o movimento democrático tem enfrentado enormes desafios no sentido



da garantia da saúde enquanto política pública e de qualidade, visto que tem ocorrido o desmantelamento dos direitos sociais, o sucateamento do setor e a mercantilização da saúde. Por sua vez, o precário funcionamento na assistência à saúde, se expressa nas longas filas de espera, no acesso limitado da população, nos grandes vazios assistenciais, sobretudo no adoecimento, no aumento dos agravos e mortalidades, evitáveis.

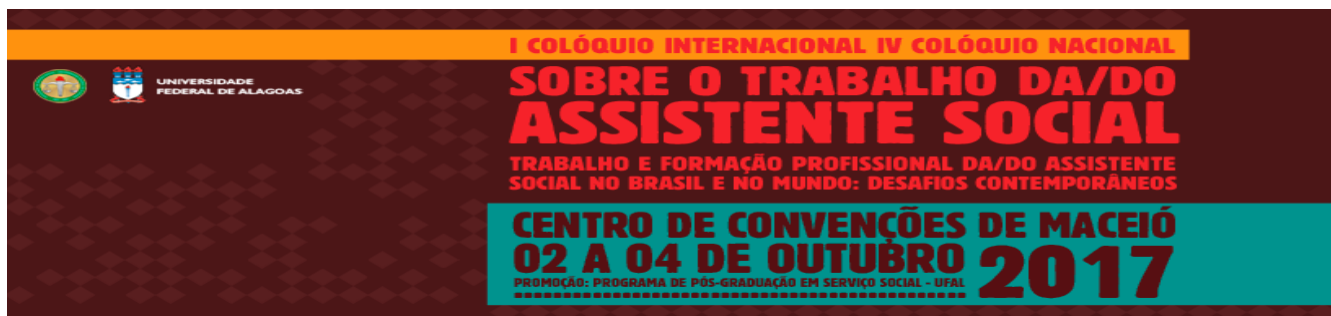
As primeiras medidas neoliberais em relação a política de saúde foi o desenvolvimento de um sistema precarizado, fragmentado em programas e projetos pontuais, restrito a parcelas específicas da sociedade e a formalização da participação da iniciativa privado no SUS, teoricamente como complementar ao sistema, mediante a ausência de capacidade de suprimento total das necessidades por este. “O projeto da reforma administrativa do Estado foi aprovado em quase sua totalidade, situando a saúde como área não exclusiva do Estado [...] passível de ter seus serviços prestados por organizações sociais” (SOARES, 2010, p. 95). Ou seja, a regulamentação da iniciativa privada inserida no SUS.

É importante salientar que a iniciativa privada não só tem se ampliado no que diz respeito a participação no SUS, mas também na sua oferta enquanto saúde suplementar com aumento do números de beneficiários dos planos privados de saúde, que segundo dados Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 03/2017, no ano de 2007 haviam 39.316.313 beneficiários de planos de assistência médica com ou sem odontologia, saltando para 47.606.341 no período de março de 2017, já os planos exclusivamente odontológicos tinham 9.164.386 beneficiários em 2007 passando para 22.468.131 em 2017 (SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS/ANS/MS, 2017).

Esses números demonstram aumentos significativos da cobertura dos planos privados de saúde, em detrimento do sucateamento do sistema público, e que direcionam a população a buscar planos privados, na tentativa de ser atendida e como alternativa de respostas às suas necessidades de saúde com qualidade, mediante a inoperância do Estado. Desta forma, a precarização do SUS é uma estratégia articulada e organizada pelos defensores do neoliberalismo, funcional ao capital e como forma de legitimar a necessidade de mudanças e reformas na política de saúde pública vigente no Brasil.

O sucateamento atinge diretamente os trabalhadores e trabalhadoras inseridos/as nos serviços de saúde, na medida em que precarizar o SUS significa destinar investimentos





alguém das necessidades para prestação de atendimentos de qualidade repercutindo na ausência de condições objetivas como a falta de insumos, de materiais e escassez de profissionais.

Paralelo a isso existe a própria intensificação da exploração e flexibilização de direitos sociais e trabalhistas, enquanto respostas à crise estrutural de acumulação capitalista, repercutindo na precarização da força de trabalho dos/as profissionais de saúde, que convivem com a questão dos baixos salários, perdas salariais, vínculos temporários e precários, além da sobrecarga de trabalho, desvios de funções, polivalência, entre outros.

No próximo item se analisará o trabalho do/a assistente social frente a essa conjuntura adversa tendo como base os dados da pesquisa qualitativa realizada no município do Natal/RN.

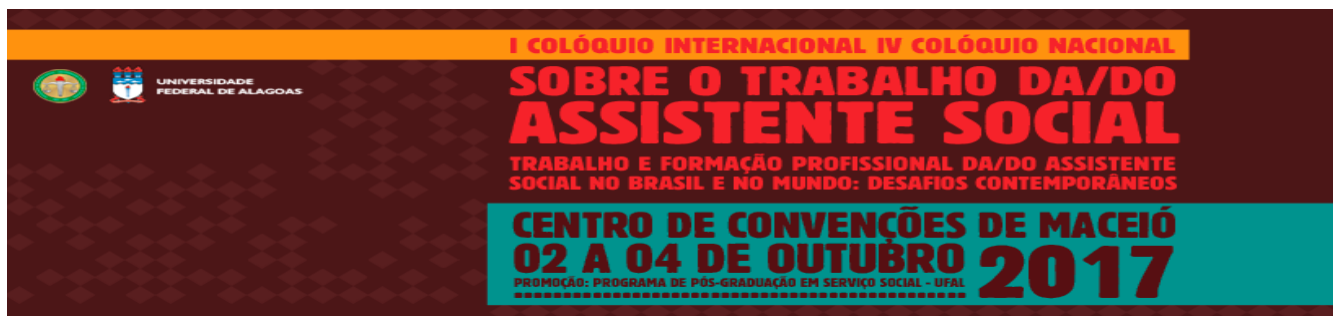
### **3. O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL FACE AOS PROCESSOS DE PRECARIZAÇÃO DO SUS: os achados de pesquisa**

O Serviço Social é uma profissão liberal regulamentada e amparada na Lei 8.662/93 e no Código de Ética Profissional. A partir disso, o/a assistente social, assim como outros profissionais, é considerado profissional da área da saúde através da resolução n.º 218, de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde e da resolução nº 383/99 de 29 de março de 1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

A política de Saúde é responsável pela grande absorção de grande parte de trabalhadores e trabalhadoras de Serviço Social e apesar de ser considerada uma profissão liberal, o/a assistente social em sua maioria, tem necessitado se vincular a um empregador para vender sua força de trabalho e o Estado tem sido seu principal empregador.

Isso significa dizer que o/a assistente social vivencia os mesmos dilemas da relação de compra e venda da mercadoria força de trabalho como o conjunto da classe trabalhadora. O desemprego, as formas de contratação precárias, baixos salários, desvios de função, entre outros aspectos, fazem parte da realidade de inúmeros/as assistentes sociais no Brasil no âmbito das políticas sociais no cenário de desmontes neoliberais.

Essa condição de trabalhador/a assalariado/a, além das dificuldades elencadas, implica não deter os meios de produção e tampouco o controle sobre os processos de



trabalho em que se insere, não os desenvolvendo da forma como desejar. Nesse sentido, o trabalho é mediado pelas relações sociais entre empregado e empregador onde, o primeiro se utiliza dos meios de trabalho disponibilizados pelo segundo (IAMAMOTO, 2010), que realiza o trabalho a partir das condições objetivas disponibilizadas pelo empregador.

Com isso, podemos afirmar que os empregadores determinam as necessidades sociais e que o trabalho do/a assistente social irá intervir, interferem nas condições em que serão feitos os atendimentos e delineiam os resultados esperados das ações profissionais (IAMAMOTO, 2010).

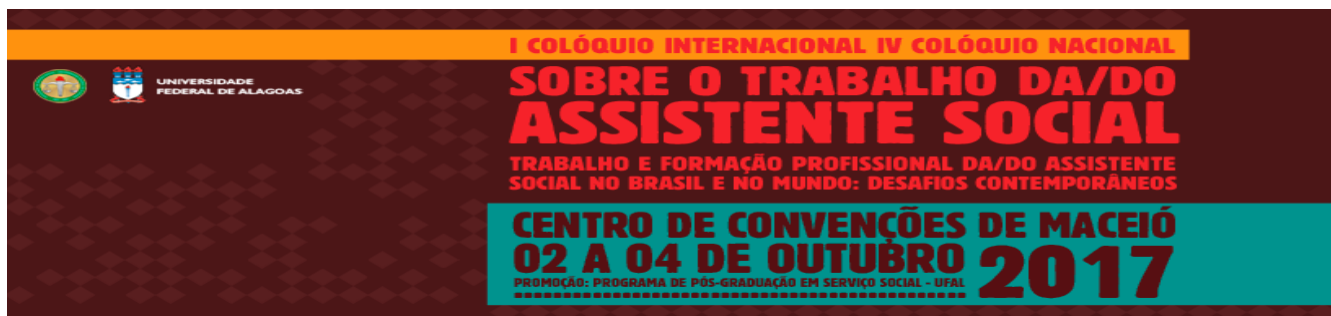
Dentro dessa relação também está incluso os objetivos para o qual é contratado/a o/a assistente social que nem sempre vão em direção ao projeto ético-político profissional que tem como premissa fundamental a defesa intransigente dos direitos da classe trabalhadora e a emancipação humana.

A relativa autonomia que o/a assistente social possui é que irá direcionar o posicionamento do/a profissional no dilema entre atender as demandas institucionais e as demandas do empregador. Por conseguinte, ira permitir as escolhas éticas, políticas e técnicas do trabalho profissional, devendo ser guiadas pela clareza de finalidade e de uma direção social.

O trabalho profissional do/a assistente social no campo da saúde em Natal, particularmente na Atenção Básica (AB), se dá a partir da inserção nas Unidades Básicas de Saúde, as quais estão divididas respeitando o índice populacional e as características dos territórios. Uma vez que a AB constitui-se como um nível de saúde descentralizado, com alta capilaridade, responsável por estabelecer o primeiro contato, sendo a porta de entrada prioritária do SUS, a fim de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde com vistas a desenvolver os cuidados básicos. Por esta razão, deve estar o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, devendo funcionar articulada com os demais níveis de atenção a saúde da média e alta complexidade para ser resolutiva (BRASIL, 2012).

A organização da Atenção Básica no referido município se dá por meio das 56 (cinquenta seis) unidades de saúde, distribuídas em cinco distritos sanitários, respeitando as quatro regiões administrativas, sendo eles: distritos Sul, Leste Oeste, Norte I e Norte II, nestes estão inseridas as Unidades Básicas de Saúde – UBS; Unidades de Saúde da Família – USF; Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF; Unidades Básicas Ampliadas





– UBA; as Equipes de Consultórios na Rua; e o Serviço de Atenção Domiciliar (NATAL, 2014).

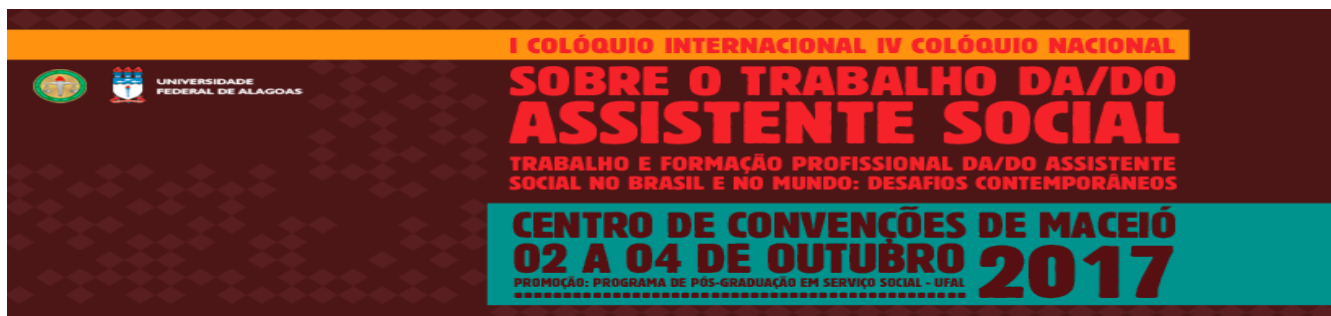
Em relação aos/as profissionais do Serviço Social entrevistados/as na pesquisa, é importante observar que a maioria da amostra (05) estão concentrados/as no distrito Sul e os/as demais distribuídos nos distritos Leste (01), Oeste (04), Norte II (02) e o distrito Norte I atualmente não conta com nenhum/a profissional assistente social na atenção básica.

A partir das 12 (doze) entrevistas realizadas com assistentes das Unidades Básicas de Saúde que compõe a amostra desta pesquisa foi possível confirmar a exploração e precarização do trabalho, visíveis nas condições de trabalho e o sucateamento da política de saúde. E, o quanto essa realidade tem imposto diversos desafios aos profissionais na tentativa de garantia de direitos, uma vez que estes tem sido cada vez mais restritos.

O perfil de assistentes sociais entrevistadas nessa pesquisa indica que todas são mulheres, com idade entre 32 e 60 anos, sendo a maioria 07 (sete), com faixa etária maior que 50 anos. As mais jovens com idade entre 32 a 45 anos, 25% da amostra, são as que se encontram em vínculos mais precarizados de trabalho, por meio de contratos temporários, além de desenvolverem, também, maior carga horária de trabalho, 40 horas semanais, enquanto as efetivas via concurso público, trabalham 30 horas semanais conforme a Lei 12.317/10.

A precariedade dos vínculos contratuais não só compromete o funcionamento do SUS, visto a necessidade de estabelecer vínculos afetivos/efetivos com a equipe de saúde e os serviços de referências, para promover o cuidado em saúde; como também, coloca o/a profissional em uma situação instável e limitada, em termos de direitos e reivindicações, que um/a profissional efetivo/a. Em uma das falas é possível identificar a violação de um dos direitos desses profissionais e a clareza do sujeito quanto a isso:

Além da precariedade dos vínculos trabalhistas, porque no nosso caso é contrato temporário, aí já há uma grande fragilidade na questão trabalhista, e os gestores municipais não respeitam também a nossa lei das trinta horas semanais. É que no caso, eu enquanto profissional de Serviço Social, trabalho quarenta horas, tanto eu como outras profissionais na área da saúde desse município [...] (ASSISTENTE SOCIAL 01).



Essas formas de contratação “flexíveis” de trabalho têm sido amplamente adotadas pelo Estado a partir da reestruturação produtiva de cunho neoliberal implementada no Brasil. A flexibilização que antes era hegemônica no campo financeiro, ultrapassa e impregna a vida social em que a força de trabalho assume características de descartabilidade e substituição assim como outras mercadorias no âmbito da produção.

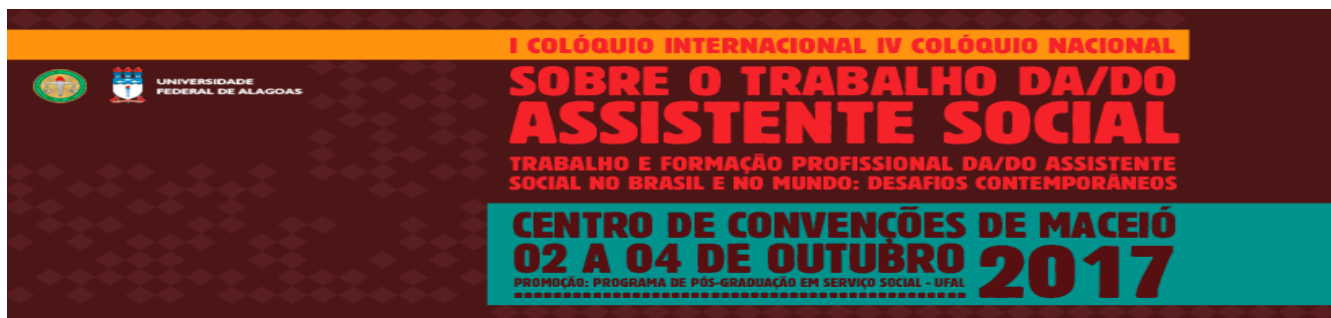
Trata-se de uma rapidez inédita do tempo social, sustentado na volatilidade, efemeridade e descartabilidade sem limites de tudo o que se produz e, principalmente, dos que produzem – os homens e mulheres que vivem do trabalho. É isso que dá novo conteúdo à flexibilização e à precarização do trabalho, que se metamorfoseiam, assumindo novas dimensões e configurações (DRUCK, 2011, p. 42).

Nesse sentido, pode-se afirmar que o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho não foge desse contexto macrossocial e a categoria tem sofrido frequentemente com os avanços das políticas neoliberais.

No âmbito do Serviço Social, intensificam-se os processos de terceirização, de subcontratação de serviços individuais dos assistentes sociais por parte de empresas de serviços ou de assessoria (empresas do *eu sozinho* ou *PJs*), de “cooperativas” de trabalhadores, na prestação de serviços aos governos e organizações não governamentais, acenando para o exercício profissional privado (autônomo), temporário, por projeto, por tarefa, em função das novas formas de gestão das políticas sociais (RAICHELIS, 2013, p. 625).

O próprio número de assistentes sociais na Atenção Básica em Natal chama atenção, uma vez que é visivelmente insuficiente para as demandas sociais que são trazidas diariamente pelos/as usuários/as. Indica a concepção de saúde que é adotada pelo Estado na condução dessa política, claramente presa ao modelo hegemônico assistencial privatista, focado na doença, na figura do profissional médico, indo de encontro ao conceito ampliado de saúde que orienta o trabalho para equipe multiprofissional na produção do cuidado à saúde. Por esta razão, são 14 (catorze) áreas consideradas trabalhadores e trabalhadoras de saúde, dado a complexidade das necessidades de saúde.

Cabe destacar que 98% das unidades de saúde que fizeram parte desta pesquisa se localizam em bairros periféricos, e estes, por sua vez, vivenciam situações de violações de direitos a partir da negação de condições básicas de vida, também são os bairros que mais sofrem com a ausência de políticas públicas.



Como reflexo desse quadro, os/as usuários/as são obrigados/as a buscar atendimento em outros bairros do município e até em outras regiões administrativas distantes das suas residências para conseguir atendimento. Com isso, 02 (duas) unidades localizadas na região administrativa sul da cidade afirmaram atender em sua maioria usuários da região norte que chegam aos serviços sob a justificativa de ser mais fácil conseguir fichas para atendimento médico e medicamentos.

Porém, como nas empresas privadas, a lógica é tornar o aparelho estatal mais enxuto, uma vez que se baseia no discurso da modernização do Estado para melhorar os níveis de eficiência e eficácia, funcionando com número reduzido de trabalhadores e trabalhadoras, mas sempre aumentando seus índices de “produtividade” (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Nessa perspectiva para os trabalhadores e trabalhadoras assistentes sociais, a precarização do trabalho perpassa desde as formas de contratação desses profissionais até as condições de trabalho que lhe são oferecidas, que em muitos casos, seguem a determinação geral das políticas sociais que é a defasagem das ofertas dos serviços orientadas por uma logística de contenção de gastos e desoneração do Estado.

Em todas as falas das profissionais entrevistadas, as condições de trabalho são apontadas como principais empecilhos para o trabalho profissional, desde a falta infraestrutura física, como ausência de salas para atendimento. Contrariando as condições técnicas e éticas para o trabalho profissional, conforme disposto na Resolução nº 493/2006, como comprometendo o sigilo profissional, um dever e um direito, prescrito tanto no Código de Ética Profissional.

Além disso, a falta da assistência por parte do Estado em consideração à determinação social da saúde, no que concerne a relação da saúde com as condições de vida e políticas sociais públicas, onde há violação de direitos básicos essenciais como alimentação e moradia, que condicionam o processo saúde-doença e são determinadas socialmente, de acordo com a organização social da sociedade.

Embora as condições de trabalho não determinem o trabalho profissional, são indispensáveis, pois se compreende que as condições objetivas são integrantes para a garantia da qualidade do trabalho e de respostas profissionais condizentes com a realidade e necessidades sociais.



As condições de trabalho são precarizadas porque, por exemplo, o NASF dá apoio a sete equipes de unidades diferentes, então a gente deveria ter um carro pra ter uma equipe volante [...] nesse trabalho de articulação não é só entre as unidades, eu tenho que ir no Conselho Tutelar, CRAS, CREAS e etc. então a gente precisa ter um carro pra poder circular, estar se deslocando de um lugar para outro e são em torno de 5 km, então nós temos que usar o nosso carro com o dinheiro do nosso misero salário. [...] Não tinha um computador, agora que chegou um computador, mas não tem internet, ainda não foi instalado os programas que são importantes como o Excel, o Word para que possamos trabalhar. Ficava tendo que trabalhar em casa porque na unidade não oferecia as condições (ASSISTENTE SOCIAL 2).

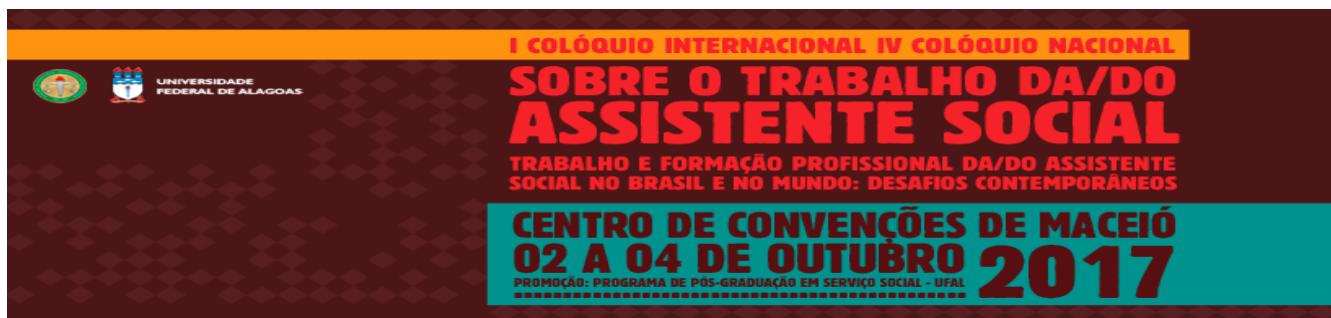
O sucateamento das políticas sociais rebate diretamente no cotidiano profissional de trabalhadores e trabalhadoras, inseridos/as nas mais diversas áreas, afeta de forma particular cada categoria profissional a depender das suas competências e atribuições nos determinados serviços. Assim:

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida (CFESS, 2010, p. 23)

É esse o pano de fundo no qual se desenvolve o trabalho profissional em que o/a assistente social precisa trabalhar em uma perspectiva de atender as inúmeras, intensas e diversificadas demandas sociais que chegam aos serviços e contam com recursos mínimos. Visto que, a descentralização no contexto de contrarreforma do Estado, trata do mero repasse de responsabilidade do governo federal para os municípios, sem o devido financiamento, comprometendo a resolutividade do próprio sistema.

Essas contradições das políticas sociais neoliberais são inconciliáveis com o Projeto Ético-político que direciona o trabalho profissional para uma perspectiva abrangente e de inclusão no sentido de defesa dos direitos sociais da classe trabalhadora e do compromisso com a qualidade dos serviços prestados.

Alinhada a falta de condições adequadas para o trabalho profissional, está o recorte das demandas institucionais que são relegadas ao Serviço Social nos serviços de saúde, que na sua maioria, tem se apresentado sob as clivagens de exaustivas demandas burocráticas que acabam despendendo bastante tempo dos/as profissionais, além de não condizente com as competências e atribuições profissionais, previstas na Lei de



Regulamentação da Profissão (8.662/93) e Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), como visto a seguir:

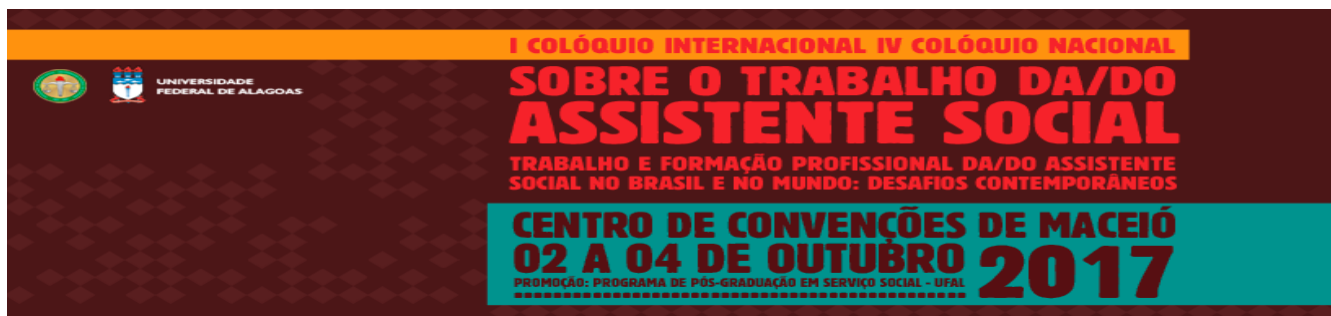
As principais atividades que a gente faz aqui são as de marcação de consultas médicas e entrega de exames que chegam dos laboratórios que a gente encaminha eles, fazemos sala de espera para explicar como funciona a unidade e o que eles devem fazer no dia das consultas e dos exames, além de preencher sistemas e formulários (ASSISTENTE SOCIAL 8).

Em todas as falas, as atividades burocráticas estão presentes em menor ou maior grau, e tem sido requisitadas tanto pelos empregadores como pela equipe multiprofissional de saúde, seja pela falta de conhecimento das competências e atribuições de assistentes sociais, ou pelas adversas condições de trabalho. Contudo, não são atribuições profissionais de assistentes sociais a “marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes” (CFESS, 2010, p.46). Como tais atividades, são direcionadas ao acesso e ao direito à saúde, muitas vezes são até justificadas e naturalizadas pelos/as profissionais como atividade do Serviço Social para viabilizar o direito à Saúde, como visto a seguir:

Não é totalmente, é lógico que a gente sofre alguns desvios, porque a gente tem as regras eu e minha colega, mas tem casos que chegam aqui que a gente tem que analisar com outro olhar e quebrar regras. Algumas coisas podem parecer burocráticas, mas é o que dá acesso aos direitos aos usuários e nós fazemos porque se não a gente prejudica eles (ASSISTENTE SOCIAL 10)

As atividades burocráticas que podem e devem ser feitas por outros profissionais de ensino superior, que demandam uma formação técnica específica, ou tratam acerca do trabalho profissional de técnicos administrativos, não devem ser incorporadas por assistentes sociais. Uma vez que inviabiliza as demais atividades que são, de fato, competências e atribuições profissionais e que irão demonstrar o valor de uso da profissão e agregar valor tanto aos serviços como ao trabalho em equipe.

As demandas que chegam ao Serviço Social, por parte dos/as usuários/as, segundo a maioria dos/as entrevistados/as (75%), se referem a questão dos maus tratos a idosos e questões relacionadas à saúde mental e ainda emissão de declarações para o Programa de



Acessibilidade Especial (PRAE) e Secretaria de Transportes Urbanos (SETURN) para carteirinha de gratuidade.

Todavia, essas demandas não têm sido trabalhadas de forma coletiva, embora se apresentem assim. O atendimento direto e individualizado é predominante na rotina dos/as profissionais e assim no contexto de contrarreforma se revestem de caráter imediatista. Enquanto que o trabalho educativo a ser realizado com as famílias e indivíduos, articulação com movimentos sociais em defesa da garantia de direitos, planejamentos participativos e interdisciplinares, vão sendo secundarizados.

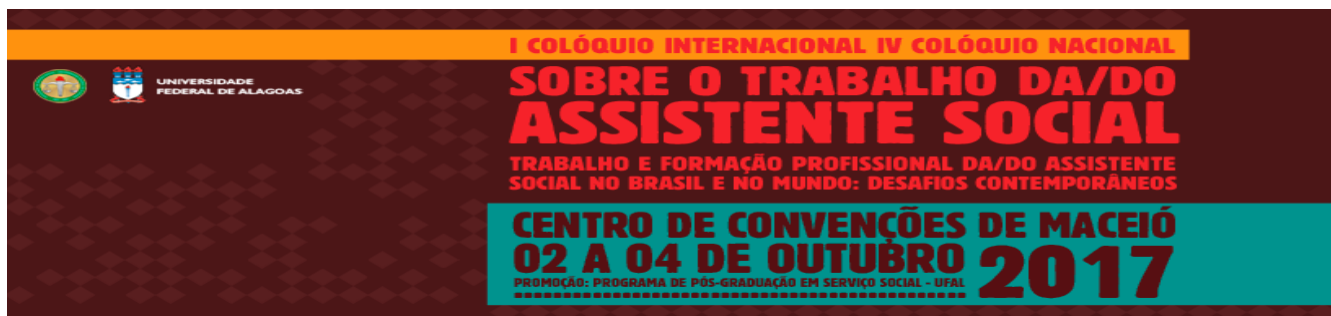
Nessa direção, o trabalho coletivo na saúde apresenta particularidades, tanto da forma de organizar os processos de trabalho, como a forma de se relacionar com o outro, que demanda respostas profissionais, questiona e avalia o trabalho profissional (DUARTE, 2014). Traz o reconhecimento da hegemonia do trabalho vivo, a partir do campo relacional que se estabelece entre usuários/as, profissionais de saúde no ato de cuidar, pautado na escuta, na responsabilização, tanto pela utilização de tecnologias leves e duras, capazes de prolongar a vida, quanto ao papel do Estado, na garantia do atendimento das necessidades sociais de saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

No que se refere ao trabalho na saúde de assistentes sociais, condizente com uma atuação competente e crítica do Serviço Social, é necessário:

(...) estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas (CFESS, 2010, p. 30).

De modo geral, muitos são os desafios a serem enfrentados mediante à exploração e intensificação da precarização do trabalho a que o conjunto de trabalhadores e trabalhadoras estão submetidos/as. São tensionados/as a atender as demandas condizentes com o projeto democrático e preceitos da Reforma Sanitária, articulados com o





projeto profissional, e ao mesmo tempo, o projeto privatista com suas medidas neoliberais, e suas necessidades objetivas e materiais de se inserir, manter no mercado de trabalho e exercer a profissão.

Os resultados apresentados revelam que as profissionais que atuam na atenção básica de Natal são em número reduzido, de 56 (cinquenta e seis) Unidades Básicas de Saúde, apenas 14 (catorze) possuem profissionais de Serviço Social; destas os que tem vínculo efetivo, também estão entrando em fase de se aposentar; os demais estão com vínculos precários de trabalho. O conjunto desses profissionais precisa responder às demandas sociais que chegam aos serviços, em condições de trabalho distantes do ideal.

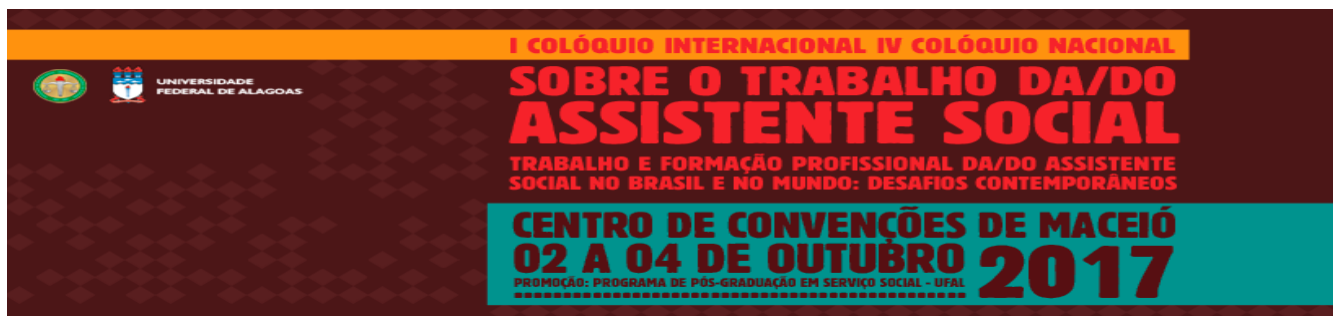
Contraditoriamente, os territórios de Atenção Básica de Natal, revelam a importância da inserção de profissionais de Serviço Social, mediante as demandas e necessidades sociais de saúde dos/ usuários que se expressam no cotidiano desses serviços, que manifestam diversas expressões da questão social, objeto de trabalho do/a assistente social, compreendido como conjunto de desigualdades e lutas sociais (IAMAMOTO, 2010)

Nessa perspectiva, o trabalho do/a assistente social se torna importante nesses espaços no sentido da defesa e garantia de direitos, uma vez que a violação de direitos faz parte das condições de vida dos/as usuários/as atendidos/s nos serviços de saúde, principalmente os bairros mais pauperizados onde as demandas se expressam de forma mais complexa e urgentes diante da escassez de recursos no território e pelo descaso do Estado.

#### **4. CONCLUSÃO**

A política de saúde pública consubstanciada no SUS vem sofrendo sérios ataques a sua efetivação enquanto direito. Isso se deve ao avanço do projeto privatista amplamente privilegiado no contexto neoliberal de mercantilização das políticas sociais. Com isso observa-se um sucateamento estratégico do SUS e conseqüentemente das condições de trabalho dos/as profissionais inseridos/as nessa política.

O desenvolvimento de políticas sociais mínimas, direcionadas a parcelas específicas da população, também implica em atendimentos mínimos das necessidades de saúde dos/as usuários/as, de modo a amenizar os reflexos da reestruturação produtiva no âmbito



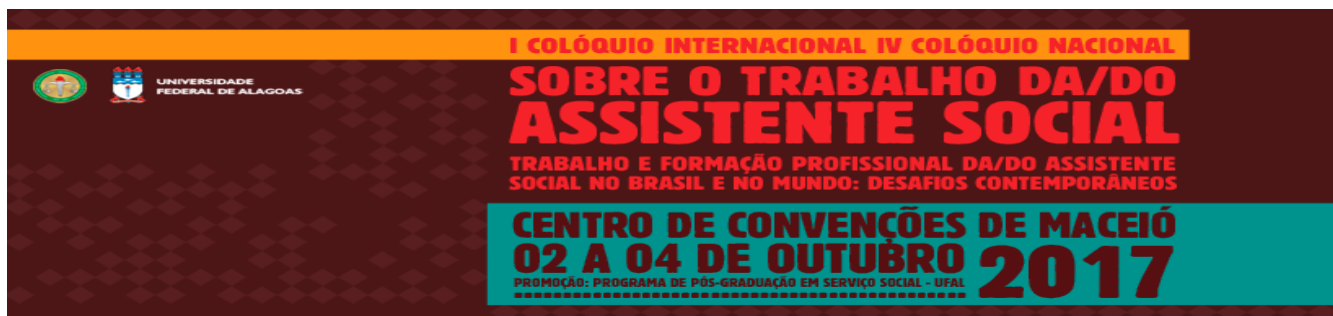
do Estado, calcados nas ideias neoliberais, que atinge os/as usuários/as mais pauperizados/as e que, contraditoriamente, são os que mais necessitam da proteção social do Estado.

Nessa perspectiva, o trabalho profissional é tensionado pela correlação de forças entre a lógica do direito à saúde, defendida pela Reforma Sanitária e pelo projeto ético-político do Serviço Social, e o projeto privatista que nega esse direito pela via do Estado e que vem avançando através da representatividade de elites que ocupam os espaços políticos decisórios.

Com isso, o trabalho do/a assistente social na saúde tem se desenvolvido em condições precárias e direcionadas a atividades burocráticas que oneram o/a profissional e nesse contexto apresenta-se a real necessidade de apropriação das competências e atribuições profissionais a fim de defender o espaço sócio ocupacional e a defesa dos direitos sociais dos trabalhadores e trabalhadoras, além de organização política da categoria para fazer frente às dificuldades que são coletivas.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Giovanni. **Trabalho e Subjetividade**: o espírito do toytismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ANTUNES, Ricardo. PRAUN, Luci. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.
- \_\_\_\_\_. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005. 136p.
- ANTUNES, Ricardo. ALVES, Giovanni. **As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital**. Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006.



CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL-CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política pública de saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília- DF: 2010

CORREIA, Maria. V. C.; SANTOS, Viviane. M. dos. (Orgs.) **Reforma sanitária e contrarreforma na saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015

DUARTE, Marco José de Oliveira. Processo de trabalho em saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde. In: DUARTE, Marco José de Oliveira [et al.]. **Política de Saúde Hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. 1 ed. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

DRUCK, Graça. **Trabalho, precarização e resistências**: novos e velhos desafios? In CADERNO CRH, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social / Marilda Vilela Iamamoto. 4 ed. – São Paulo: Cortez, 2010

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

NATAL, Secretaria Municipal de Saúde de Natal. **Carteira de Serviços da Atenção Básica de Natal**. Versão Preliminar – Profissionais e Gestores. Natal. 2014.

RAICHELIS, Raquel. **Proteção social e trabalho do assistente social**: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial, Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 116, p. 609-635, out./dez. 2013.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social**. IN Saude, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais / Maria Inês Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes (orgs.). – 2 ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS/ANS/MS disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>> acesso em 24 de junho de 2017.