

Determinantes e significados do trabalho do/a assistente social na área da saúde

Carlos Antonio de Souza Moraes¹

Resumo

Neste artigo objetiva-se discutir o trabalho do/a assistente social na área da saúde por meio de investigações referentes à rotina de trabalho e ações profissionais. Além disso, propõe analisar como a configuração e as determinações político-institucionais, nesta área de atuação, incidem particularmente sobre o trabalho dos/as assistentes sociais. Recorre ao método dialético como perspectiva teórico-metodológica e, metodologicamente, a revisão bibliográfica e pesquisa de campo. Esta última, contou com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e foi realizada com 07 assistentes sociais supervisores de estágio e que atuam em municípios das regiões Norte, Noroeste Fluminense e Sul Capixaba.

Palavras-chave

Serviço Social; Trabalho profissional; Saúde.

Determinants and meanings of social work in health

Abstract

This article aims to discuss the work of the social worker in the health area, through investigations related to work routine and professional actions. In addition, it proposes to analyze how the configuration and the political-institutional determinations, in this area of activity, particularly affect the work of social workers. It uses the dialectical method as a theoretical-methodological perspective and, methodologically, the literature review and field research. The latter was approved by the Research Ethics Committee and was conducted with 07 internship supervising social workers who work in municipalities of the North, Northwest Fluminense and South Capixaba regions.

Keywords

Social Work; Professional work, Health.

Artigo recebido em novembro de 2019.

Artigo aceito em dezembro de 2019.

Introdução

Neste artigo objetiva-se discutir o trabalho do (a) assistente social na área da saúde por meio da análise de sua rotina de trabalho e ações profissionais, das concepções a respeito do processo saúde – doença, das dificuldades e desafios profissionais.

Parte da compreensão de que o trabalho profissional na área da saúde não pode ser tratado de forma homogênea, sendo necessário para este estudo, reconhecer e analisar como a configuração e as determinações político-institucionais, nessa área de atuação, incidem sobre o trabalho dos/as assistentes sociais, assumindo que: “[...] o processo de trabalho onde se insere o assistente social não é por ele organizado e nem é exclusivamente um processo de trabalho do assistente social, ainda que dele participe com autonomia ética e técnica” (IAMAMOTO, 1998, p. 107).

Esta proposta é fundamental para compreensão dos aspectos que particularizam o trabalho profissional na área da saúde. Alguns intelectuais da área (BRAVO, 2004; COSTA, 2009, VASCONCELOS, 2009; NOGUEIRA, MIOTO, 2009, 2009; MARTINELLI, 2011; MATOS, 2013; DUARTE, 2014; MORAES, 2016; 2018; 2019) e o documento intitulado “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde” (CFESS, 2009) tem dedicado especial atenção para identificação e análise a respeito das particularidades do trabalho profissional nessa área de atuação.

A partir de revisão das produções desses e outros intelectuais, esta proposta promove uma análise do significado social do Serviço Social na área da saúde, baseando-se na compreensão de que, enquanto trabalhador assalariado e inserido em processos coletivos de trabalho, esse profissional vende sua força de trabalho para sobreviver, estando submetido aos dilemas e constrangimentos comuns aos demais trabalhadores assalariados (RAICHELIS, 2011).

Mediante essas constatações, algumas questões serão tratadas ao longo do artigo, tais como: Quais as determinações político-institucionais sobre o trabalho dos/as assistentes sociais na área da saúde e como

elas se materializam no cotidiano de trabalho? Que matéria sobre a qual recai sua intervenção? E qual sua utilidade social e diferencialidade no contexto do trabalho coletivo desenvolvido nos serviços de saúde?

Para tais reflexões considera-se os processos de intensificação do trabalho, de fragmentação das políticas, de precarização da estrutura de trabalho e da rede socioassistencial, as interferências político-partidárias sobre o trabalho profissional, recorrentes em pequenos municípios, como manobras na conquista de votos, a polivalência das atividades encaminhadas e demandadas aos profissionais de Serviço Social, aliadas à falta de clareza do papel do/a assistente social no interior dos serviços. Além disso, a burocratização das atividades, a incompetência dos gestores das políticas municipais de saúde, articuladas a equipes profissionais desmotivadas e descompromissadas, dentre outros elementos que interferem no trabalho do assistente social na área da saúde, mas que não necessariamente estão restritos a esse campo de atuação, constituindo a realidade do trabalho de forma ampliada na sociedade do capital.

Todos esses aspectos denotam desafios aos profissionais de saúde. No que se refere aos/as assistentes sociais, um dos desafios vincula-se a construção de um trabalho que responde, a partir de fundamentos ético-políticos, aquilo que é pré-estabelecido institucionalmente, mas avança ao construir mediações capazes de contribuir para negociações com gestores e demais profissionais, a partir de uma análise consistente da realidade política, econômica, social e cultural da sociedade do capital e do contexto específico de trabalho e, mais particularmente, do processo de adoecimento dos sujeitos, na tentativa de enfrentar a desigualdade social e construir estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Isso indica que o enfretamento político às interferências externas ao trabalho profissional deve ser alimentado por uma análise crítica da política em que atua, da instituição que trabalha, das particularidades do território de atuação, da rede socioassistencial, das interferências

político-partidárias entre usuários e profissionais no interior dos serviços de saúde e na política de saúde municipal, dos determinantes sociais do processo de adoecimento dos sujeitos, capazes de dar consistência e objetivar a capacidade argumentativa dos/as assistentes sociais, contribuindo para a construção de alianças no interior da instituição de saúde em que trabalha.

Diante disso, para a construção desta proposta, recorreu-se ao método dialético como perspectiva teórico-metodológica e, metodologicamente, a revisão bibliográfica e pesquisa de campo. Para a revisão bibliográfica, recorreu-se a livros da biblioteca básica do Serviço Social, a artigos científicos publicados nas principais revistas da área no Brasil e a teses de doutorado e dissertações de mestrado disponíveis na Plataforma CAPES nos anos 2000.

Já a pesquisa de campo, de natureza qualitativa e de tipo exploratória, foi realizada com 07 assistentes sociais². Para a seleção destes/as profissionais, utilizou-se como critério aqueles/as que supervisionam estágio na área da saúde e integram o cadastro da Coordenação de Estágio do Curso de Serviço Social de uma Instituição pública federal de ensino superior no Estado do Rio de Janeiro. Tais profissionais atuam em municípios localizados nas regiões Norte Fluminense, Noroeste Fluminense e Sul Capixaba.

Como instrumento de coleta de dados, optou-se pela construção de um roteiro de entrevista estruturada, alicerçado nas seguintes variáveis: identificação profissional; Serviço Social, trabalho profissional na área da saúde e condições de trabalho; Serviço Social, pesquisa e dimensão investigativa na área da saúde. As entrevistas foram realizadas nas instituições e horário de trabalho dos/as profissionais, permitindo se aproximar de sua realidade institucional, especialmente, das condições de trabalho.

Além disso, esta proposta esteve pautada nos critérios do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) envolvendo seres humanos, seguindo as recomendações

da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 49607115.4.0000.5482. Parte dos resultados encontrados na pesquisa de campo, serão descritos e analisados nas próximas seções deste artigo.

As concepções dos/as assistentes sociais a respeito do processo saúde – doença

O processo saúde–doença tem sido concebido, entre os/as entrevistados/as, majoritariamente, vinculado à concepção multifatorial³, também dominante nos documentos da política de saúde. No entanto, três dos/as sete profissionais entendem que saúde significa saber conviver com a doença, possuindo equilíbrio entre corpo e mente, ou ao bem-estar físico, psíquico e social.

A proposta do SUS parte da compreensão de que a doença ou a saúde não são estáticas, isto é, são impossíveis de serem explicadas unicamente pela interação mecânica entre as partes do organismo humano. Assim, como revisão do paradigma mecanicista, que centraliza o processo de trabalho na Medicina, à medida que tem por finalidade a cura das doenças, é consolidada uma nova posição pautada na compreensão de que os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais são determinantes das condições de vida e saúde da população. Dessa maneira, há a compreensão de que as necessidades de saúde não estão restritas ao fato de não estar doente (MERHY; CAMPOS; QUEIROZ, 1989; NOGUEIRA; MIOTO, 2009).

Segundo Macedo (2015), embora a concepção multifatorial de saúde (proposta pelo SUS e expressa na Lei 8.080/90) apresente avanços no que se refere ao conceito de bem-estar, não é a que mais se aproxima do projeto ético–político do Serviço Social. Para a autora, a concepção de determinação social é a que possui vínculos com o atual projeto de profissão, na medida em que tem o modo de produção e as relações sociais como objeto de intervenção e tem por objetivo a transformação societária.

Acrescenta Macedo (2015, p. 119) que o trabalho, nessa concepção, permite analisar como “cada modo de produção se organiza e como as relações sociais estabelecidas refletem nas condições de trabalho, moradia, vestuário, alimentação etc., por consequência, nas condições de saúde”. Ou seja, a transformação do modo de produção acarreta mudanças nas relações sociais e, conseqüentemente, alterações no processo saúde-doença: “mudar as relações concretas para mudar a condição do viver, adoecer e morrer” (MACEDO, 2015, p. 120).

Esse debate, que está longe de ser hegemônico no interior da academia e na categoria profissional de forma geral (MACEDO, 2015), também é caracterizado por Nogueira (2011), a partir da seguinte definição:

Uma primeira aproximação, aparentemente consensual, conceitua os determinantes sociais da saúde como as condições nas quais as pessoas completam o seu ciclo vital, incluindo aqui o sistema de saúde, além de fatores econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam situações de morbidade e fatores de risco para a população. Contém uma dimensão objetiva – vinculada às condições materiais necessárias à vida e uma dimensão subjetiva – referida à interpretação e à forma como as pessoas vivem e significam estes processos (NOGUEIRA, 2011, p. 55).

A partir desse entendimento, cabe destacar que pensar os determinantes sociais da saúde (DSS) envolve compreender e questionar as relações capitalistas globais (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008). Ou seja, por trás dos imediatos determinantes da saúde, estão os determinantes estruturais mais profundos, dentre eles as relações desiguais de poder e o acesso desigual aos recursos e tomadas de decisão. A ampliação de iniquidades contribui para a difícil tarefa de atingir a boa saúde. A ação sobre esses determinantes estruturais é fundamental, compreendendo seus diferenciais entre países e em seus interiores (NAVARRO, 2009).

Diante disso, é fundamental que o Serviço Social adote essa compreensão ampliada de saúde, situando historicamente os determinantes, considerando suas particularidades locais, regionais, distinguindo os contextos sociais, econômicos e culturais do processo de adoecimento de seus usuários e dos sujeitos sociais de forma mais ampla.

É essencial também trabalhar a saúde como dever do Estado e direito humano universal, condicionada por esses determinantes e impactada pelas condições de alimentação, trabalho, no uso e permanência da terra, manejo sustentável dos recursos naturais e renováveis, saneamento básico, participação cidadã democrática, acesso universal aos serviços de educação, saúde, assistência humanizados, bem como acesso a políticas públicas sociais inclusivas, não racistas e nem discriminatórias, com tolerância cultural e religiosa (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008).

Apesar dessas definições mais ampliadas, as ações identificadas em nossa pesquisa são semelhantes às de Costa (2009), Vasconcelos (2009, 2010, 2012), Nogueira, Mito (2009), Miranda (2011), Duarte (2014) e Moraes (2018). Ao longo das investigações, identificou-se que o atendimento individual, principal metodologia de trabalho dos/as entrevistados/as, se concretiza como espaço para motivar o usuário no enfrentamento das dificuldades decorrentes da situação de adoecimento, além de ser importante para analisar sua(s) demanda(s) e requisitar documentos necessários para elaboração e abertura de processos, na tentativa de acesso a exames e medicamentos de alto custo, tratamentos específicos e consultas com especialistas.

Contudo, não se pode reduzir o trabalho profissional na área da saúde a essas ações e, menos ainda, responsabilizar exclusivamente os/as profissionais pelas atividades empreendidas na área. A análise da rotina de trabalho dos/as assistentes sociais entrevistados/as permite essas afirmações e clarifica o fato de que o poder e lógica de organização institucional, frutos das transformações capitalistas engendradas pelo neoliberalismo, que tem especificidades no século XXI (MORAES, 2016), também se apresentam como determinantes objetivos des-

sa situação, embora não tenham assumido um lugar de destaque nas produções científicas do Serviço Social. É a respeito desses elementos que as próximas seções apresentarão algumas análises.

O trabalho de assistentes sociais em serviços especializados - CAPS Álcool e Drogas e Vigilância Epidemiológica

Os resultados encontrados nesta pesquisa tendem a indicar que, nos serviços especializados investigados (CAPS AD e vigilância epidemiológica do Programa Municipal DST/AIDS) que intentam romper o modelo médico-assistencial hegemônico e possibilitam a construção de ações pautadas na abordagem sociocultural do processo saúde-doença – o Serviço Social caminha para construção de um protagonismo profissional no interior do processo coletivo de trabalho.

Esta tendência é, aparentemente identificada, a partir de depoimentos que denotam a centralidade do trabalho dos/as assistentes sociais inseridos/as na equipe multiprofissional, revelando que *“historicamente tem um papel muito forte e evidente no PMDST/AIDS”* e que *“tem muito valor e é muito respeitado no CAPS/AD”* (Depoimentos dos assistentes sociais entrevistados nessas instituições).

Esses apontamentos, constatados a partir de análise do material coletado no trabalho de campo, embora se refiram a espaços específicos de pesquisa e aos/as profissionais entrevistados/as, indicam tendências importantes do trabalho do/a assistente social na área da saúde, no contexto brasileiro. Portanto, compreende-se a necessidade de aprofundar esses estudos em outras regiões do País.

Outro dado que indica a possibilidade de generalização dessas tendências refere-se às conclusões de Nogueira e Miotto (2009), a partir de estudos desenvolvidos na região Sul do Brasil, a respeito do trabalho dos/as assistentes sociais no Sistema Único de Saúde. Para as autoras, a adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença pode denotar maior centralidade às ações dos/as assistentes sociais.

O questionamento recai sobre o tipo de trabalho que esses/as profissionais realizam. De forma geral, identifica-se um direcionamento racional às ações desenvolvidas na tentativa de contribuir com o processo coletivo de trabalho e, ao mesmo tempo, importante para repensar a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). É assim que na Vigilância Epidemiológica foi construído um projeto de monitoramento das maternidades, para identificar casos de HIV. Nos casos de HIV positivos, IST (Infecções sexualmente transmissíveis) e óbitos, relatórios são construídos e encaminhados para vigilância epidemiológica do Município.

Nos CAPS/AD são realizados trabalhos direcionados aos usuários e familiares, através de atendimentos individuais, capazes de possibilitar o conhecimento das histórias dos sujeitos, circunstâncias em que obteve o primeiro contato com a droga e sistematização dessas informações, dentre outros. Além disso, existem grupos de recepção, que objetivam motivar o usuário ao tratamento; grupos reflexivos direcionados à construção de um “olhar crítico” por parte do usuário em relação à patologia, além de atividades terapêuticas que buscam despertar o usuário para o enfrentamento de seus medos referidos ao tratamento e à doença; e grupos de famílias de usuários que estão no tratamento e daqueles que o abandonaram.

A análise da rotina de trabalho empreendida pelo Serviço Social no CAPS/AD indica a centralidade da abordagem da subjetividade do usuário no processo de tratamento e enfrentamento da situação de adoecimento. Essas ações também são identificadas pela bibliografia (MIOTO; NOGUEIRA, 2009) que as caracterizam como uma das atividades dos “processos socioassistenciais”. No entanto, os estudiosos da área (VASCONCELOS, 2009) também apontam que o sofrimento psíquico, que é vinculado às realidades internas dos indivíduos, embora tenha sido objeto do Serviço Social, não deve ser priorizado em suas ações, visto que cabe aos/as assistentes sociais, a partir dos princípios e do objeto profissional — as expressões da questão social — planejar

e realizar ações direcionadas ao sofrimento social⁴ dos usuários por meio de um trabalho direcionado à promoção da saúde, prevenção de doenças, danos, agravos, riscos e o tratamento, fortalecendo a consciência sanitária e o controle social.

Dessa forma, embora o Serviço Social na saúde mental, tenha se legitimado e, aparentemente, avançado na conquista de espaço de protagonismo entre os trabalhadores de saúde, suas ações apontam inicialmente para maiores ênfases em aspectos subjetivos. E, nesse sentido, contribuem para maior clareza dos usuários dos serviços de saúde em relação à sua coparticipação e responsabilidade pelo tratamento.

A questão é que, para o Conselho Federal de Serviço Social, embora os aspectos subjetivos vividos pelos sujeitos sociais devam ser considerados pelo/a profissional, e as ações do/a assistente social produzam impactos subjetivos em usuários e familiares, a subjetividade não deve ser objeto do/a profissional. Esse/a profissional deve priorizar atividades, com usuários e familiares, pautadas na perspectiva de geração de renda e trabalho, no controle social e na garantia de acesso a benefícios (CFESS, 2009).

Esses apontamentos também demonstram que as múltiplas determinações do trabalho profissional são dinâmicas e se autoimplicam. Embora identifique-se, em dados momentos, a centralidade do Serviço Social na instituição de saúde mental, analisada por meio de um trabalho sério e comprometido com usuários e familiares, que possui resultados reconhecidamente relevantes entre o Serviço Social, equipe de trabalho, gestores e usuários, ao embasar estas análises no atual projeto ético-político profissional, identificam-se traços caracterizados como “neoconservadores”, ao tomar como objeto de trabalho a subjetividade dos sujeitos.

Nesse caso, se esta tendência é afirmada, parece haver uma inversão de prioridades: toma-se como objeto de trabalho o sofrimento psíquico – a partir de um discurso de defesa de direitos – visto que a própria política de saúde mental enfatiza a atuação psicoterapêutica,

e o sofrimento social tem ocupado o lugar de apêndice das atividades propostas e desenvolvidas. Assim, no caso particular analisado, o distanciamento do atual projeto ético-político profissional tem sido determinado por estudos específicos na área de saúde mental, realizados pelos/as profissionais a partir de compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população usuária. Porém, sem a construção de mediações com os objetivos do Serviço Social na área da saúde, o que os capacitaria e denotaria sua diferencialidade no contexto do trabalho coletivo.

Além disso, também se compreende que são necessários, por parte das Entidades da Categoria e intelectuais que pesquisam o trabalho profissional na área da saúde, estudos mais aprofundados em relação à atuação profissional em saúde mental, tendo em vista ser uma política com importante e singular trajetória⁵.

Tal política, após o Movimento de Reforma Psiquiátrica e a Constituição Federal de 1988, passa a construir uma nova identidade, por meio de novas concepções e formas de prevenção, cuidados, acompanhamento e tratamento de seus usuários e que irão demandar, de seus profissionais, novos conhecimentos e formas de intervenção, a partir de denso acervo teórico-metodológico, que passa a ser construído e reconstruído entre as ciências sociais e da saúde.

Os impactos destas transformações atingem as diversas profissões inscritas no campo da saúde mental, exigindo um trabalho que se aproxime da perspectiva interdisciplinar, a partir de ações direcionadas a aspectos subjetivos, por meio de abordagem terapêutica e reflexiva, fundamentais para permanência do usuário no tratamento. Portanto, defende-se a necessidade de o Serviço Social aprofundar os estudos a respeito dessa política, analisando aspectos que denotam sua singularidade, diferenças e similaridades com a amplitude da política de saúde, mas atentos para construção de parâmetros pautados em seu projeto profissional atual, dedicados especificamente a esse campo de trabalho profissional.

Um estudo que contribui para tais análises é o realizado por Robaina (2010), que aponta que na área de saúde mental verificam-se duas matrizes de atuação do assistente social: uma é associada à área clínica e subordinada à homogeneização dos saberes “psi”, o que distancia o Serviço Social de seu mandato social e projeto profissional e parece apontar para certa “crise de identidade”, mediante a predominância de categorias profissionais formadas para área clínica. A outra é a que tenta preservar a identidade profissional e sua autonomia técnica, garantindo a interdisciplinaridade e tentando contribuir para a identificação e análise dos determinantes sociais e das particularidades da “questão social” manifestas em seu campo de atuação.

Robaina (2010) ainda acrescenta importante observação: não tomar a subjetividade como objeto de trabalho não significa abster-se do campo ou assumir uma perspectiva assistencialista instrumental. “Se a tarefa histórica do Serviço Social na saúde mental não é ater-se à subjetividade, também não é restringir-se à assistência social” (2010, p. 346).

Particularmente, a análise da situação de pesquisa identificada indica que, o que impõe centralidade não são os limites impostos pelo modelo político-institucional (mesmo que eles sejam diferenciais em quaisquer circunstâncias e que, neste caso, uma de suas diferencialidades seja a motivação para a construção de abordagens terapêuticas, a partir da hegemonia dos saberes “psi”), mas o direcionamento teórico-político que o/a assistente social tem dado às suas intervenções profissionais, embora se tenha identificado, recorrentemente o compromisso profissional com a qualidade dos serviços prestados à população. No entanto, com ênfase em aspectos subjetivos do tratamento.

Assim, está-se referindo a ações que têm privilegiado a abordagem coletiva, por meio de reuniões e atividades em grupo, desenvolvidas com usuários e familiares, todavia em uma perspectiva psicoterapêutica relevante no interior dos serviços de saúde mental, mas se distanciando das idealizações estabelecidas pelas Entidades do Serviço Social (CFESS, ABEPSS) para a profissão, na área da saúde.

O trabalho de assistentes sociais em hospitais e secretarias de saúde

Nos plantões em hospitais e secretarias de saúde, as ações moldadas pelo discurso da defesa de direitos dos usuários desenvolvem-se por meio do trabalho burocrático revestido de tom humanitário, que também desempenha o papel de controle, ordenamento e harmonia institucional. Nesse contexto, diferentemente do trabalho empreendido no CAPS/AD e na Vigilância Epidemiológica do PMDST/AIDS, há pouco espaço para a sistematização das informações processadas no trabalho profissional.

Sobre a sistematização, Duarte (2014, p. 96) afirma:

Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será pensar sobre ele. E neste aspecto, muitos dos trabalhadores de saúde, incluindo os da área de Serviço Social, apresentam essa dificuldade como limite da própria dinâmica como está organizado o trabalho em saúde, suas demandas, fluxos, sobrecargas, tensão, conflitos, normas, metas e o modo como realizam seu trabalho, mesmo que privilegie atividades centradas nas necessidades e direitos dos usuários dos serviços de saúde.

Segundo os/as profissionais entrevistados/as, as ações nos hospitais são: abordagem nas enfermarias (por meio de visitas aos leitos, acolhimento dos usuários, conhecimento de suas histórias e de sua situação de saúde), controle e liberação dos acompanhantes e familiares e liberação de refeição para os acompanhantes; atendimento de reclamações quanto aos serviços prestados pela equipe ou de determinados profissionais, sobretudo médicos e da equipe de enfermagem; dúvidas quanto à situação de saúde dos usuários e a respeito do processo de seus tratamentos⁶.

Vasconcelos (2009, p. 247) afirma que o plantão tem a característica de receber qualquer demanda da unidade/usuários. Esses usuários dirigem-se espontaneamente ao Serviço Social ou são encaminhados por outros profissionais, funcionários, serviços da unidade, serviços

externos ou assistentes sociais que realizam outras atividades na mesma instituição. Marcadas pelo atendimento individual, as demandas são por “orientações diversas, encaminhamentos, esclarecimentos, informações, providências, apoio e aconselhamento”.

Miranda (2011), aponta que as ações profissionais estão vinculadas à orientação de usuários e familiares, no sentido de minimizar os entraves relacionados à política de saúde. Nesse sentido e a exemplo de outras profissões, o/a assistente social atua de forma complementar à ação do médico e constrói o seu trabalho entre um embate permanente caracterizado, por um lado, pelas demandas dos usuários e, por outro, pela burocracia dos serviços e as limitações em sua oferta.

Assim, a autora (2011) acrescenta que as ações analisadas pela categoria profissional como necessárias de ser construídas pelo Serviço Social na área da saúde, e que, portanto, compõem as atribuições profissionais (educação em saúde, prevenção, pesquisa) não têm sido trabalhadas com a ênfase necessária. Ao mesmo tempo, o trabalho em hospitais tem se pautado em valores humanitários que reproduzem ações apolíticas e/ou conservadoras, com destaque para as situações de acolhimento e humanização.

Na Secretaria de saúde/Farmácia básica, as atividades vinculam-se ao atendimento ao público e organização da documentação para abertura de processos de medicamentos, enquanto que, no plantão social da Secretaria Municipal de Saúde, as principais ações são: ligação para marcação de consultas e de carro para viagem de usuários em tratamento; elaboração do processo de exame de alto custo; tentativa de contribuir com o acesso de usuários a tratamentos e consultas com especialistas.

Tais apontamentos indicam haver questões objetivas implícitas nessa realidade. Entre as variáveis a considerar, converge o fato de esses/as profissionais desempenharem suas atividades, em estabelecimentos de saúde, pautados no tratamento médico-biológico da doença. A organização desses serviços⁷, centralizada na ordem médica,

hierarquiza e subalterniza funções e tarefas aos demais trabalhadores da saúde, entre eles os/as assistentes sociais.

As análises a respeito da organização atual do trabalho em saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), particularmente em serviços hospitalares, indicam que ele pode ser caracterizado pela compartimentalização ou fragmentação, detalhamento das tarefas e rotinização exacerbada. Além disso, Miranda (2011) acrescenta que a cultura organizacional, historicamente vigente nessas instituições, reproduz e reforça ações em favor de uma categoria profissional (categoria médica), submetendo todas as outras profissões a sua centralidade nos processos de trabalho institucionais.

Essa abordagem reducionista da saúde e do adoecimento dos sujeitos, além de se apresentar com uma série de fragilidades nos serviços prestados à população, tem limitado, desestimulado e reduzido a capacidade e autonomia dos profissionais da equipe de saúde, por meio de tarefas rotineiras, imediatas, emergenciais, de atendimento, cuidado e amenização da situação de dor e sofrimento dos usuários, sem condições adequadas para sua realização.

Isso indica que a lógica da política, da organização e prestação dos serviços – ao mesmo tempo em que restringe o campo de trabalho profissional do/a assistente social a ações complementares e subservidas aos demais profissionais de saúde, ameaçando a dimensão intelectual do trabalho profissional na perspectiva do projeto profissional atual (MORAES, 2016) – estende essa linha de atividades profissionais na tentativa de solucionar os impedimentos (institucionais, sociais, econômicos e culturais) que interferem no andamento do trabalho dos demais profissionais e, mais amplamente, no desenvolvimento e ordem institucional.

Nesse caso, é possível identificar que os/as profissionais são contratados e inseridos/as de forma precária no mercado de trabalho. Eles/as amargam uma série de exigências institucionais, que também lhes atribuem demandas que não são de sua competência, sofrem in-

terferências político-partidárias em seu trabalho, sem ter condições adequadas para sua realização. E, ainda, são responsabilizados/as pela “resolução” de questões de ordem advindas de uma sociedade marcada pela estrutural desigualdade social.

Assim, as dificuldades encontradas no cotidiano, resultado das precárias condições de trabalho, não são exclusivas dos/as assistentes sociais. Pertencem ao conjunto de trabalhadores, que sofrem os impactos do modelo neoliberal, da reconfiguração dos Estados nacionais a partir das diretrizes de organismos internacionais e do modelo de reestruturação produtiva. Diante disso, as possibilidades estratégicas de enfrentamento dessa situação ocorrem, predominantemente, por meio da articulação de interesses e propostas democráticas e criativas entre a equipe de trabalhadores nos espaços institucionais (VELOSO, 2014) e com os movimentos sociais.

Essas questões atacam ofensivamente as projeções idealizadas pelo Serviço Social na área da saúde, bem como as próprias idealizações dos/as assistentes sociais (COSTA, 2009). O fato é que o modelo de serviços de saúde e as determinações político-institucionais interferem diretamente no tipo de trabalho desejado pelos empregadores, que é realizado no interior das instituições, demarcando, assim, um lugar ao/a profissional que só será possível de ser superado por meio dos desafios interpostos à análise crítico-investigativa. Além disso, pela criação de alianças estratégicas com demais profissionais da equipe multiprofissional, que participam dos mesmos processos que os/as assistentes sociais, e de articulações com os trabalhadores, no sentido de estabelecer correlação de forças que defenda os direitos dos trabalhadores e, mais particularmente, dos profissionais de saúde e dos usuários no interior das instituições sociais e na sociedade de forma geral.

Neste contexto, também é importante a luta por concursos públicos, salários dignos, tempo de trabalho adequado à construção de vínculos com a política, os trabalhadores, o espaço de trabalho e usu-

ários, visto que, segundo lamamoto (2009), a condição de profissional assalariado demanda que se mantenha uma dupla vinculação no cotidiano de seu trabalho: com as instâncias mandatárias institucionais e com a população usuária.

Isso requer competência teórico-metodológica para leitura da realidade e compreensão dos momentos estratégicos de avanços e recuos no espaço de trabalho. Competência fruto da atualização profissional constante, de suas mediações com as atribuições profissionais e do comprometimento com o trabalho que se realiza.

Conclusões

Este artigo objetivou discutir o trabalho do/a assistente social na área da saúde, por meio da análise de sua rotina de trabalho e ações profissionais, das concepções a respeito do processo saúde – doença, das dificuldades e desafios profissionais.

Mediante os resultados descritos e as interpretações construídas, torna-se possível afirmar que há uma tensão entre o que o Serviço Social deseja construir, com base no projeto ético-político profissional e, o que se tem processado na realidade, com determinações associadas dialeticamente, sobretudo a seis elementos que se autoimplicam e são resultados diretos da política neoliberal e de suas especificidades no século XXI. São eles: 1. Desfinanciamento da política de saúde, modelo político-institucional adotado pelos serviços de saúde, cultura hospitalocêntrica ou hegemonia de saberes “psi”; 2. Precarização das condições de inserção e permanência no trabalho; 3. Condição de trabalhador assalariado; 4. Precarização da formação profissional; 5. Falta de aprimoramento profissional contínuo; 6. Falta de articulação entre os cursos de qualificação realizados pelo/a profissional na área da saúde e a análise crítica das competências e atribuições profissionais do Serviço Social nesse campo de atuação, tendo por base seu projeto de profissão e as bibliografias produzidas pelo Serviço Social a respeito do assunto estudado.

Mais que isso: a diferenciação de modelos político-institucionais contribui, em dados momentos, para processos de protagonismo profissional ou subserviência no interior das instituições de saúde e, conseqüentemente, para o sentimento de (não) valorização por parte dos profissionais pelo trabalho realizado. Isso é, a pesquisa também identificou que os profissionais que depõem a respeito da centralidade de suas ações nos serviços de saúde sentem-se valorizados entre usuários, equipe e gestão. No entanto, aqueles que desempenham suas atividades em modelos biomédicos indicam que a imagem do Serviço Social é desvalorizada no cotidiano institucional, inclusive pela própria categoria.

Nesses processos, é fundamental, que as entidades da categoria (CFESS, CRESS, ABEPSS) permaneçam se posicionando na defesa da formação profissional crítica, de concursos públicos, dos direitos profissionais, das competências e atribuições profissionais, fiscalizem e se coloquem ao lado dos/as profissionais que têm seu local de trabalho violado, são desrespeitados e não dispõem de condições de trabalho condignas (conforme estabelece o Código de ética profissional, 1993), a fim de fortalecer os/as assistentes sociais para que mantenham viva a dimensão intelectual do trabalho profissional na perspectiva do projeto ético-político profissional (MORAES, 2016) e contribuir para construção de possibilidades objetivas de sua concretização.

Referências

ARELLANO, O. L; ESCUDERO, J. C; CARMONA, L. D. Los determinantes sociales de la salud. Uma perspectiva desde el taller latino-americano de Determinantes sociales de la salud. ALAMES. Medicina Social, Vol 3, número 4, nov. 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; Monnerat, Gisele Lavinas (Organizadoras). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. Grupo de trabalho Serviço Social na saúde. Brasília, CFESS, novembro de 2009.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: Serviço Social e saúde. Formação e trabalho profissional. Ana Elizabete Mota ... [et. al.], (orgs.). 4 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, D.F: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

DUARTE, M. J. de O. Processo de trabalho em saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde. In: Política de saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. Marco José de Oliveira Duarte... [et. al.], (orgs.). 1 ed., Campinas, SP: Papel Social, 2014.

GOUVEIA, R. P. Trabalho, Gênero e Saúde Mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018. v. 1. 222 p.

IAMAMOTO, M. V. Serviço social em tempo de capital fetiche: capitalismo financeiro, trabalho e Questão social. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V. Ensino e pesquisa no Serviço Social: desafios na construção de um projeto e formação profissional. Caderno ABESS nº 8. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. Diretrizes Curriculares e Pesquisa em Serviço Social – São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CEFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009. p.15–50.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. In: CRESS, 7ª REGIÃO – RJ. Assistente Social: ética e direitos. Coletânea de Leis e Resoluções. 4ª ed. – 1ª reimpressão (revista e atualizada), Rio de Janeiro, 2003.

MACEDO, C. A. de. Concepções sobre o processo saúde–doença dos assistentes sociais das unidades básicas de saúde da supervisão Lapa/Pinheiros (SMS–SP/2014): implicações para a prática profissional. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

MATOS, M. C. de. Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da qualidade, 2001.

MERHY, E.E; CAMPOS, G. W; QUEIROZ, M. S. Processo de trabalho e tecnologia na rede básica de serviços de saúde: alguns aspectos teóricos e históricos. Cadernos de Pesquisa. Campinas. NEPP, n. 6, 1989.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: Serviço Social e saúde. Formação e trabalho profissional. Ana Elizabeth Mota ... [et. al.], (orgs.). 4 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, D.F: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. Revista Serviço Social e Saúde, UNICAMP, Campinas, V. X, N. 12, Dez. 2011.

MIRANDA, A. P. R. de S. Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde – concepções e práticas: estudo de caso em um Hospital Universitário – João Pessoa – PB. 2011. 358f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

MORAES, C. A. S. O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: formação, trabalho, pesquisa, dimensão investigativa e a particularidade da saúde. 2016. 318f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

MORAES, C. A. S. O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: Considerações sobre o trabalho profissional. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 127, p. 587-607, set./dez. 2016

MORAES, C. A. S; SILVA, LA; ARAÚJO, MM; BOTELHO, TM; CORDEIRO, APP. Serviço Social e trabalho profissional em hospital. Revista Vértices, v. 20, n. 3 (2018), p. 372-384.

NAVARRO, V. What we mean by social determinants of health. Social Determinants of Health, International Journal of Health Services. Volume 39, Number 3, Pages 423-441, 2009. Disponível em: <http://baywood.com/hs/ijhs393A.pdf>. Data de acesso: setembro de 2013.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: Serviço Social e saúde. Formação e trabalho profissional. Ana Elizabeth Mota ... [et. al.], (orgs.). 4 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, D.F: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

PUSSETTI, C; BRAZZABENI, M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. Etnográfica, v. 15, n. 3, p. 467-478, out. 2011.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n 107, p. 420 – 437, jul./ set. 2011.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2015.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

VACONCELOS, A. M. de. A prática do Serviço Social. Eixo de Análise. Material Didático Instrucional. FSS/UERJ, versão 2010.

VASCONCELOS, A. M. de. Posfácio à 8ª edição. A saúde como negócio. In: *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 6ª ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, A. M. de. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 6ª ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

VELOSO, R. dos S. Condições de trabalho e dimensão técnico-operativa do Serviço Social. In: *Política de saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais*. Marco José de Oliveira Duarte... [et. al.], (orgs.). 1 ed., Campinas, SP: Papel Social, 2014.

Notas

- 1 Doutor em Serviço Social (PUC/SP); Mestre em Política Social (UENF); Bacharel em Serviço Social (UFF); Professor adjunto do Departamento de Serviço Social de Campos (UFF); Professor permanente do Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social (UFF); Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (GRIPES/ CNPq/UFF). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186> E-mail: as.carlosmoraes@gmail.com
- 2 Estes profissionais atuam nas seguintes instituições e setores: Coordenação de Serviço Social de Hospital público municipal (Norte Fluminense); Vigilância Epidemiológica do Programa Municipal DST/AIDS/ Secretaria Municipal de Saúde (Norte Fluminense); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD (Norte Fluminense); Serviço Social e ouvidoria de Hospital público municipal (Norte Fluminense); Serviço Social atuante em todos os setores de Hospital filantrópico (Norte Fluminense); Plantão de Secretaria Municipal de Saúde (Noroeste Fluminense); Serviço Social da Farmácia básica municipal da Secretaria Municipal de Saúde (Sul Capixaba).
- 3 De acordo com o artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde, “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o sane-

amento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (LEI 8.080/1990).

- 4 Para os Antropólogos Portugueses Chiara Pussetti e Micol Brazzabeni (2011, p. 467) “o conceito de sofrimento social emergiu nas últimas décadas como um novo paradigma das ciências sociais e como lente particularmente apropriada para olhar as relações profundas entre a experiência subjetiva do mal-estar e os processos históricos e sociais mais amplos”. E ainda complementam: “O sofrimento social, nesta perspectiva, resulta de uma violência cometida pela própria estrutura social e não por um indivíduo ou grupo que dela faz parte: o conceito refere-se aos efeitos nocivos das relações desiguais de poder que caracterizam a organização social. Alude, ao mesmo tempo, a uma série de problemas individuais cuja origem e consequência têm as suas raízes nas fraturas devastantes que as forças sociais podem exercer sobre a experiência humana. O mal-estar social deriva, portanto, daquilo que o poder político, econômico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, de como tais formas de poder podem influenciar as respostas aos problemas sociais. O sofrimento social é o resultado, em outras palavras, da limitação da capacidade de ação dos sujeitos e é através da análise das biografias dos sujeitos que podemos compreender o impacto da violência estrutural no âmbito da experiência cotidiana” (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011, p. 469).
- 5 A título de exemplo destaca-se a seguinte contribuição: Gouveia, R. P. Trabalho, Gênero e Saúde Mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018. v. 1. 222 p.
- 6 Para aprofundar este debate, c.f.: MORAES, CAS; SILVA, LA; ARAÚJO, MM; BOTELHO, TM; CORDEIRO, APP. Serviço Social e trabalho profissional em hospital. Revista Vértices, v. 20, n. 3 (2018), p. 372-384.
- 7 Para se pensar a cultura organizacional é preciso, inicialmente, entender que “a cultura é um conjunto de significados políticos e simbólicos compartilhados, mantidos por meio da socialização e da linguagem, como forma expressiva, ideacional, e de manifestação do consciente e do inconsciente, e como tal constituída de experiências subjetivas. Isso implica que a cultura é construída com base no jogo constante entre a tentativa de dominação da organização da subjetividade dos trabalhadores e o poder desses de subverter essa dominação, elaborando estratégias de resistências e de transformações do contexto no qual estamos inseridos. A contracultura seria um exemplo dessa resistência, bem como, as atitudes e os comportamentos relativos à implantação de determinados projetos organizacionais” (MENDES, 2001, p. 61).