



Bárbara Figueiredo Santos

**O trabalho da (o) assistente social no
Programa de Atenção Domiciliar à Saúde do
município do Rio de Janeiro**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção de grau de mestre em Serviço Social.

Orientador: Prof^a Marcia Regina Botão Gomes

Rio de Janeiro
Abril de 2019



Bárbara Figueiredo Santos

**O trabalho da (o) assistente social no
Programa de Atenção Domiciliar à Saúde do
município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Profª Marcia Regina Botão Gomes

Orientador

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Profª Inez Terezinha Stampa

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Profª Mônica de Castro Maia Senna

UFF

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador.

Bárbara Figueiredo Santos

Graduou-se em Serviço Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), em 2016. É membro do Grupo de Estudos e Pesquisas Trabalho, Políticas Públicas e Serviço Social (TRAPPUS), do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

Ficha Catalográfica

Santos, Bárbara Figueiredo

O trabalho da (o) assistente social no Programa de Atenção Domiciliar à Saúde do município do Rio de Janeiro/ Bárbara Figueiredo Santos; orientadora: Márcia Regina Botão Gomes. – 2019.

124 f.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2019.

Inclui bibliografia.

1. Serviço Social – Teses. 2. Trabalho. 3. Política de saúde. 4. Assistente social. 5. Atenção domiciliar. I. Gomes, Márcia Regina Botão. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Eu não poderia dedicar à outra pessoa que não fosse você:
Mãe, obrigada!

Agradecimentos

Os meus agradecimentos iniciais vão para todas as pessoas que antes de mim abriram os caminhos para que eu chegasse até aqui. Agradeço a todas as mulheres, negras e pertencentes da classe trabalhadora que lutaram, resistiram e criaram bases materiais e imateriais para a minha chegada. Em especial, Marielle Franco (in memorian), entre tantas outras que estão presentes na minha história. Muito obrigada!

À minha família amada que sempre esteve ao meu lado: pai, tia Lu, Pedro, tiusco, Vânia, Amanda, Fábio e Martinha. Obrigada!

Agradeço por todos os ensinamentos, trocas, risadas e principalmente ao afeto dos meus amigos do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, em especial, Tirza (in memorian), Dani, Lu, Almiro, Kátia, Josi, Fabi e Mariana Setúbal.

O percurso não foi fácil, tiveram rupturas significativas e recomeços necessários. Ainda bem que eu tenho a sorte de ter amigos incríveis que estão sempre do meu lado: Bela, Rick, Bina, Jeu, Carol, Léo, Fê, Elis, Vitória, Bel, Tai, Marina, Thaís, Carla, João Pedro (Dorinha), João Marcos e Max. Sou muito grata ao amor de vocês e o apoio nos momentos mais difíceis!

Obrigada PUC-Rio e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos queridos presentes de turma: Laís, Loanna, Luanda, Roberta, Laila, Márcia, Eliane e Carol sempre carinhosas e acolhedoras. Luciana, Izabel, Aline, Priscila e Ana Lole, que apesar de não serem da turma, contribuíram muito na minha trajetória!

A participação na disciplina de estágio docência foi muito significativa nessa caminhada e eu não poderia deixar de agradecer a amada professora Conceição Robaina, que além de me presentear com tantos ensinamentos ainda me apresentou a professora Beth Salvador – que eu agradeço imensamente pelo carinho! A turma de graduação dessa disciplina também foi fundamental para o meu processo de formação acadêmica e me deu amigas queridas: Livia, Maria Gabriela e Lohana.

Aos professores e trabalhadores do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio, perpetuo aqui a minha gratidão. Especialmente, professora Inez Stampa, muito gentil e acolhedora – sempre se refere nas aulas que dá voltas ao mundo quando se empolga numa explicação e entra no Fantástico Mundo de Bobby – e eu sempre vou junto. As reflexões mais profundas são viagens inesgotáveis e muitas vezes sem volta. Obrigada por me fazer sair do lugar e me levar junto na sua viagem! Professora Márcia Botão – eu poderia utilizar a mesma quantidade de páginas que precisei nessa dissertação para agradecer. As suas contribuições não só foram importantes para esta pesquisa, como foram imprescindíveis para o meu processo formativo. Muito obrigada!

Agradeço à professora Mônica Senna pela gentileza de sempre e por todas as contribuições feitas para esta pesquisa, além das indicações de leituras, que foram essenciais para esta dissertação.

E, por fim, e não menos importante, o meu agradecimento a todos os trabalhadores do PADI do município do Rio de Janeiro, particularmente Marinalva, Vanusa, Márcia, Monique, Midori e Germana. A disponibilidade e atenção durante todo o processo de coleta de dados tornou essa etapa mais leve.

Resumo

Santos, Bárbara Figueiredo; Gomes, Marcia Regina Botão. **O trabalho da(o) assistente social no Programa de Atenção Domiciliar à Saúde do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2019, 124p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esta pesquisa apresenta como proposta a análise do trabalho do assistente social numa modalidade de atenção à saúde pouco problematizada pela profissão: a Atenção Domiciliar. No processo da pesquisa, buscou-se refletir sobre a categoria trabalho e as suas especificidades no modo de produção capitalista, bem como, suas transformações e conjuntura atual no cenário brasileiro. Algumas perguntas norteiam os nossos estudos, sobretudo, a indagação sobre o trabalho do assistente social na política de Saúde e o seu papel na modalidade de atenção aqui analisada. As particularidades do trabalho e a compreensão da relação da situação atual da política de saúde no município do Rio de Janeiro com a dinâmica societária mais ampla trazem elementos importantes para entender as incidências no modo de vida e de trabalho cotidiano do assistente social na Atenção Domiciliar à Saúde. Nesse contexto, identificamos dois aspectos principais: o primeiro deles é o fato do atendimento ser realizado no domicílio - que é um espaço particular, íntimo do usuário e sua família, onde os profissionais vão encontrar diversos modos de vidas, histórias e hábitos. Isso significa que para o trabalho na Atenção Domiciliar é indispensável se despir de visões preconceituosas, para não conduzir o trabalho para um viés conservador. O segundo aspecto diz respeito aos cuidados serem feitos a partir de orientações à família, o que antes acontecia no ambiente hospitalar e por profissionais de saúde, agora acontece sob responsabilidade da família. A figura feminina assume centralidade nesse tipo de modalidade de atenção à saúde e para além das tarefas domésticas assumidas pelas mulheres nos seus domicílios por conta das diferenças de gênero reproduzidas em nossa sociedade patriarcal, a mulher assume também a função de cuidadora. Dessa maneira, existe um movimento que consideramos contraditório: se por um lado, o retorno para casa é significativo para a qualidade de vida dos usuários e sua família, por outro pode trazer uma sobrecarga de

responsabilidade de cuidados de saúde e domésticos imensuráveis para àqueles que aderem a esse tipo de programa. Para o trabalho do assistente social tais ponderações são fundamentais, já que pode ser um espaço em potencial na contribuição profissional para a garantia de direitos e melhoria da qualidade de vida da população, como também pode ser um solo produtivo para armadilhas conservadoras.

Palavras-chave

Trabalho; Política de Saúde; Assistente Social; Atenção Domiciliar.

Abstract

Santos, Bárbara Figueiredo; Gomes, Marcia Regina Botão (Advisor). **The work of the social worker in the Program of Home Health Care of the Municipality of Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2019, 124p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This research presents as proposal the analysis of the work of the social worker in a health care modality little problematized by the profession: Home Care. In the process of research, we sought to reflect on the category of labor and its specificities in the capitalist mode of production, as well as its transformations and current situation in the Brazilian scenario. Some questions guide our studies, especially the question about the work of the social worker in Health policy and its role in the modality of attention analyzed here. The particularities of the work and the understanding of the relation of the current situation of the health policy in the city of Rio de Janeiro with the broader societal dynamics bring important elements to understand the implications in the way of life and daily work of the social worker in Home Care to the Saúde. In this context, we identify two main aspects: the first one is the fact that care is carried out at home - a private space, intimate for the user and his family, where professionals will find different ways of life, stories and habits. This means that for work in Home Care it is indispensable to get rid of prejudiced views, not to lead the work towards a conservative bias. The second aspect concerns care being taken from family orientations, what used to happen in the hospital environment and by health professionals, now happens under the responsibility of the family. The female figure assumes centrality in this type of health care modality and besides the domestic tasks assumed by the women in their homes because of the gender differences reproduced in our patriarchal society, the woman also assumes the role of caregiver. Thus, there is a movement that we consider to be contradictory: if, on the one hand, the return home is significant for the quality of life of the users and their family, on the other hand it can bring an immeasurable health care and household responsibility burden to those who adhere to this type of program. For the work of the social worker such considerations are fundamental, since it can be

a potential space in the professional contribution to the guarantee of rights and improvement of the quality of life of the population, but it can also be a productive soil for conservative traps.

Keywords

Work; Health Policy; Social Worker; Home Care.

Sumário

1. Introdução	13
2. O trabalho como categoria sociológica	16
2.1. Trabalho e modo de produção capitalista	17
2.2. Transformações do trabalho no capitalismo contemporâneo	24
2.3. Impactos das transformações do capitalismo no Brasil	29
3. Trabalho, Saúde e Serviço Social	35
3.1. Trabalho do Assistente Social	35
3.2. Trabalho em Saúde	40
3.3. Política de Saúde no Brasil	45
3.4. Trabalho do Assistente Social na Saúde	53
4. Atenção Domiciliar à Saúde	60
4.1. Breve Histórico - Atenção Domiciliar à Saúde no Brasil	63
4.1.1. A configuração do PADI do Rio de Janeiro	70
4.2. Percursos da pesquisa e particularidades do PADI do Rio de Janeiro	81
4.2.1. O perfil das (os) Assistentes Sociais	84
4.2.2. Particularidades do trabalho do Assistente Social	86
4.2.3. Planejamento, operacionalização do trabalho e capacitação profissional	93
5. Considerações Finais	109
6. Referências Bibliográficas	112
7. Anexo – Áreas atendidas pelo PADI - Rio de Janeiro	121
8. Apêndice – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	122

Lista de siglas

AD	Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FHC	Fernando Henrique Cardoso
OS	Organização Social
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PMC	Programa Melhor em Casa
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde

1

Introdução

A pesquisa intitulada “O trabalho do assistente social no Programa de Atenção Domiciliar à Saúde do município do Rio de Janeiro” apresenta como proposta a discussão do trabalho do assistente social numa modalidade de atenção à saúde pouco analisada pela profissão: a Atenção Domiciliar. A ideia é debater sobre algumas particularidades do trabalho nesse espaço, considerando a conjuntura histórica e atual do modo de produção capitalista, refletindo até que ponto a organização do capital gera impactos para as políticas sociais e consequentemente para a classe trabalhadora.

Algumas perguntas norteiam a nossa pesquisa, sobretudo, a indagação sobre o trabalho do assistente social na Atenção Domiciliar e o seu papel na equipe prestadora de serviços. Contudo, sabemos que mesmo se tratando de uma função no âmbito da política de saúde com execução nos domicílios particulares, é essencial compreender a dinâmica societária mais ampla e suas incidências no modo de vida e de trabalho cotidiano.

A partir dessa consideração veremos em nossa problematização como as crises do capital são inerentes ao modo de produção vigente, ocasionando medidas drásticas que atingem prioritariamente a classe trabalhadora. Dentre elas destacaremos: 1) mudanças nas relações de trabalho; 2) reordenamento do Estado; 3) a constituição das políticas de saúde no Brasil e como as medidas anticrise afetam a cobertura das políticas sociais - lócus de realização do trabalho do assistente social na área saúde - causando retrocessos das conquistas de saúde pública, distanciando cada vez mais das propostas formalizadas com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

A proposta de cuidado domiciliar a saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social (Brasil, 2012). O objeto “atenção domiciliar” diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (Mehry & Feuerwerker, 2008). Em outras palavras, a Atenção Domiciliar, neste estudo, diz respeito ao

processo do cuidado, da assistência e do acompanhamento do usuário da política de saúde, realizado no domicílio por cuidadores e profissionais da saúde.

De um modo geral, as recomendações para Atenção Domiciliar começam a ganhar força em função das transições nos aspectos demográficos e epidemiológicos da população, e se apresenta como alternativa ao modelo hegemônico em saúde. No entanto, após várias reformulações ficou estabelecido que a Atenção Domiciliar fosse indicada para pessoas que estão em estabilidade clínica, necessitando de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade, na qual a Atenção Domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (Brasil, 2016).

De acordo com o discurso legal, os principais objetivos para implantação de serviços e programas de Atenção Domiciliar pressupõem a redução da demanda por atendimento hospitalar, redução do período de permanência de usuários internados, humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários, desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2016).

Contudo, existe na Atenção Domiciliar um movimento que consideramos contraditório. Se, por um lado, o retorno para casa é significativo para a qualidade de vida dos usuários e sua família, por outro pode trazer uma sobrecarga de responsabilidade de cuidados de saúde e domésticos imensuráveis para aqueles que aderem a esse tipo de programa.

Nesse contexto, para o trabalho do assistente social tais ponderações são fundamentais, já que pode ser um espaço em potencial na contribuição profissional para a garantia de direitos e melhoria da qualidade de vida da população, como também pode ser um solo produtivo para armadilhas conservadoras, haja vista que o trabalho acontece prioritariamente no domicílio do usuário.

Considerando as questões pontuadas acima, o objeto de estudo desta pesquisa - o trabalho do assistente social na Atenção Domiciliar à Saúde – apresenta reflexões sobre a prática cotidiana do trabalho, suas condições de efetivação, contradições, possibilidades e desafios. Além de discorrer sobre as formas de execução dos serviços e programas de Atenção Domiciliar, bem

como, analisar os rebatimentos encontrados nas políticas sociais em função das modificações implementadas pelo capital, principalmente, a partir da década de 1980 no Brasil.

A organização desta dissertação está estruturada em três capítulos, onde o primeiro apresenta algumas reflexões sobre a categoria trabalho, bem como, as suas especificidades no modo de produção capitalista, suas transformações e atual contexto no cenário brasileiro. Já no segundo capítulo, as discussões sobre a categoria trabalho ampliam-se para o Serviço Social e para a Saúde, sendo articuladas com o processo histórico e formativo da Política de Saúde, com destaque para a importância da Reforma Sanitária, e seguiremos os nossos estudos com algumas reflexões sobre o trabalho do assistente social na Saúde. O terceiro capítulo apresenta um breve histórico da Atenção Domiciliar à Saúde no Brasil e como está configurado o PADI no Rio de Janeiro. O percurso metodológico da pesquisa e as informações referentes ao PADI também estão presentes neste capítulo, bem como, os dados sobre o perfil dos profissionais e as particularidades do trabalho do assistente social. Vale ressaltar que a maior parte dos dados obtidos através da pesquisa, encontra-se nesse capítulo, embora perpassem por todo o conteúdo desta dissertação.

Cabem destacar aqui as motivações que contribuíram para as reflexões deste estudo, sendo a principal delas, a inserção como assistente social num programa de Atenção Domiciliar à Saúde. A descoberta da insuficiência de materiais teóricos que pudessem auxiliar no processo de trabalho foi fundamental para o incentivo da produção desta dissertação.

2

O trabalho como categoria sociológica

É essencial compreender o significado que o trabalho possui para a vida humana e a sua centralidade como eixo fundamental presente nas relações sociais. O trabalho e as suas conexões com o modo de produção e reprodução da vida não se originam no capitalismo, contudo essa relação apresenta uma série de características que vão se transformando e tomando novos rumos de acordo com as necessidades de consolidação do próprio capital, e serão fundamentais para compreender as relações sociais nos dias de hoje.

O trabalho no seu sentido simples é produtor de valores de uso e objetiva satisfazer as necessidades vitais do homem através da transformação da natureza, porém, com o desenvolvimento da sociedade capitalista ele adquire novas funções que vão considerar não apenas o seu valor de uso, mas agora também o seu valor de troca, e aí teremos a noção ampliada de trabalho, levando em conta para além do processo de mediação entre o homem e a natureza.

Antunes (2005) destaca que em alguns momentos o trabalho era cultuado em seu lado positivo, e em outros acentuados seus traços negativos. Deste modo, o percurso traçado pela filosofia do trabalho passeia pelas compreensões do trabalho como expressão tanto de vida, como de degradação, criação e infelicidade, atividade vital e escravidão, felicidade social e servidão, ou seja, o trabalho pode ser entendido como momento de catarse e vivência de martírio (Antunes, 2005). Assim, percebemos que as diversas análises sobre o ato laborativo não são homogêneas, fixas, nem muito menos consensuais, inclusive, isso vale para pensadores que coadunam da mesma perspectiva teórica.

Sendo assim, teremos como base os estudos de autores filiados à tradição marxista, buscando elementos nas obras publicadas pelo próprio Marx e nas suas obras póstumas, bem como, intelectuais que possam contribuir nas reflexões propostas para pensar o nosso objeto.

2.1. Trabalho e modo de produção capitalista

O trabalho marca a história da sociedade e traz consigo um novo ser, um ser que se distingue do resto da natureza: o ser social. O trabalho constitui o ser social e é a partir dele que a humanidade se expressa como tal (Netto & Braz, 2010, p. 34).

A constituição dos seres sociais tem no trabalho como ação orientada para um determinado fim o fundamento da natureza humana porque pela atividade laborativa os homens puderam diferenciar-se do mundo orgânico e, inclusive, passaram a submetê-la, a manipulá-la e a dela se distanciar com uma relativa autonomia; autonomia relativa posto que o ser social por mais avanços e conquistas que acumule no domínio e no controle da natureza não pode prescindir da base natural, genética que, por ineliminável, é a vida biológica. Sem a vida natural, sem a permanência desta dimensão, cancela-se o ser social e a existência mesma da sociabilidade (Granemann, 2009, p. 4).

Pensar o trabalho exige pensar um determinado momento histórico, no modo de produção capitalista os processos de manipulação da natureza não têm a menor preocupação com a preservação da vida, considerando que as esferas de sociabilidade humana foram apropriadas pelo capital e tornadas mercadorias. Desse modo, o trabalho é convertido em atividade que produz uma sociabilidade alienada, com o objetivo máximo de obtenção de lucro. No modo capitalista de produção impôs-se aos homens uma forma particular de efetivação do trabalho (Granemann, 2009).

A concepção de trabalho como fundador da sociabilidade humana implica o reconhecimento de que as relações sociais construídas pela humanidade, desde as mais antigas, sempre se assentaram no trabalho como fundamento da própria reprodução da vida dado que, por meio de tal atividade, produziram os bens socialmente necessários a cada período da história humana (Granemann, 2009, p. 4).

Portanto, o trabalho, suas expressões e formas variam de acordo com a história: no feudalismo, no escravismo, no capitalismo ou em qualquer outro modelo de produção, o trabalho vai assumir particularidades que terão características de continuidade e/ou rompimento com os modelos anteriores. Contudo, algumas propriedades são fundantes do trabalho e do seu processo de efetivação.

Para Marx (1996) o trabalho é definido como processo entre o homem¹ e a natureza, onde o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Segundo o autor, nesse processo o homem põe em movimento as forças naturais do seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, com o objetivo de apropriar-se dos recursos da natureza, dando forma útil à vida humana. Esse movimento gera uma dupla transformação, já que não modifica só a natureza externa, mas também, modifica a própria natureza do homem (Marx, 1996, p. 202). Assim:

Desenvolve as potencialidades nela [natureza] adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. Não se trata aqui das formas instintivas, animais, de trabalho. Quando o trabalhador chega ao mercado para vender sua força de trabalho, é imensa a distância histórica que medeia entre a sua condição e a do homem primitivo com a sua forma ainda instintiva de trabalho (Marx, 1996, p. 202).

Logo, neste trecho Marx diferencia as formas de trabalho do homem primitivo e do homem no modo de produção capitalista, o que é um primeiro elemento para nossa análise, pois o autor leva em consideração o trabalho sob um ponto de vista historicamente determinado. A própria definição de Marx - trabalho como processo entre o homem e a natureza - tem uma determinação histórica, e se refere ao processo simples do trabalho, percebe-se que com o desenvolvimento do modo de produção capitalista, esta definição somente, não seria suficiente para compreender toda a complexidade da organização do trabalho no capitalismo.

O homem é o único animal que fabrica instrumentos. Por conta disso, o homem amplia suas potencialidades e consegue realizar feitos que sem o domínio de determinados instrumentos não poderia realizar (Marx, 1996, p. 204). Logo, é importante registrar o caráter exclusivo do homem nessa atividade, ou seja, por mais que alguns animais exerçam atividades semelhantes, essas ações jamais serão consideradas trabalho e vão se diferenciar pelo fato do homem poder projetar, se antecipar e definir de que forma alcançará seu objetivo, conferindo assim, a capacidade teleológica (Marx, 1996, p. 202).

Para facilitar a compreensão, Marx (1996) elucida a ação da aranha que executa operações parecidas com a de um tecelão, e este por pior qualidade

¹ Quando utilizamos a palavra "homem" nos referimos a todos os seres humanos, isto é, a espécie humana.

técnica que tenha, idealiza em sua cabeça antes mesmo de executar, é isso que vai diferenciá-lo e definir a atividade do homem como trabalho. Nesse caso, a aranha constrói sua teia em função de uma herança geneticamente determinada, através de uma relação imediata entre o animal e o seu meio ambiente.

No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subornar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho. E isso é tanto mais necessário quanto menos se sinta o trabalhador atraído pelo conteúdo e pelo método de execução de sua tarefa, que lhe oferece por isso menos possibilidade de fruir da aplicação das suas próprias forças físicas e espirituais (Marx, 1996, p. 202).

Sendo assim, o ser humano distancia-se da natureza a partir do trabalho e percebemos a diferença entre o trabalho com qualquer outra atividade natural. Marx (1996) elenca três elementos que compõem o processo de trabalho: a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho); a matéria que se aplica ao trabalho (objeto de trabalho) e os meios de trabalho (instrumentos). A terra provê aos homens meios de subsistência prontos para utilização imediata, existe independente da ação dos homens, sendo considerada pelo autor o objeto universal do trabalho. Além disso, ela é o arsenal original de meios de trabalho, que fornece outros meios de trabalho e é também um meio de trabalho (Marx, 1996, p. 203).

De acordo com Marx (1996) o meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho, isto é, o meio de trabalho serve como condutor de suas atividades sobre o objeto (Marx, 1996, p. 203). O homem utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas ajustado com a finalidade desejada. A coisa que o trabalhador se apossa de imediato - com exceção dos meios de subsistências já prontos como frutas - não é o objeto de trabalho e sim o meio de trabalho (Marx, 1996, p. 203).

Ao atingir certo nível de desenvolvimento o processo de trabalho exige meios de trabalhos já elaborados. O autor sinaliza que o que distingue diferentes

épocas econômicas não é o que se faz, mas, como e com que meios de trabalho se faz, eles servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e indicam as condições sociais que foi realizado o trabalho (Marx, 1996, p. 204).

Marx (1996) considera meios de trabalho - além das coisas que permitem aplicar-se a seu objeto e que servem para conduzir a atividade - todas as condições materiais que são necessárias para realização do processo de trabalho.

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor de uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre o que atuou. Concretizou-se e matéria está trabalhada. O que se manifestava em movimento, do lado do trabalhador, se revela agora qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto. Ele teceu e o produto é um tecido (Marx, 1996, p. 205).

Assim, para o autor, meio e objeto de trabalho são meios de produção. Quando um valor de uso sai do processo de trabalho representado num produto, outros valores de uso também participaram da sua produção, são produtos de processos de trabalho anteriores e se constituem como meios de produção. Os produtos destinados a servir de meios de produção não são apenas resultado, são também condição do processo de trabalho (Marx, 1996, p. 205-206).

Segundo Marx (1996) matéria prima é um objeto já filtrado pelo trabalho, ou seja, um produto do próprio trabalho. Ela pode ser a substância principal de um produto ou contribuir para a sua constituição como material acessório. O meio de trabalho consome o material acessório, o autor exemplifica: a máquina a vapor consome o carvão, a roda consome o óleo. Ou o material acessório é adicionado à matéria prima para modificá-la materialmente: o carvão que modifica o ferro, ou a anilina que modifica a lã. Ou pode facilitar a execução do trabalho: materiais que iluminam ou aquecem o local de trabalho (Marx, 1996, p. 206).

Sendo assim, tendo cada coisa diferentes propriedades e servindo para distintas utilizações, o mesmo produto pode ser matéria prima de processos de trabalhos muito diversos. Marx (1996) cita o exemplo do carvão que é produto da indústria de mineração e ao mesmo tempo é meio de produção dela. Outro exemplo que o autor fornece é o centeio, que é uma planta que pode servir

como matéria prima do fabricante de amido, do destilador de aguardente ou até mesmo do criador de gado, inclusive, como semente é matéria prima da sua própria produção (Marx, 1996, p. 206). Vemos que no processo de trabalho o mesmo produto pode servir de meio de trabalho e de matéria prima (Marx, 1996, p. 206).

Além disso, um produto que existe em forma final para ser consumido pode tornar-se matéria prima. Um exemplo é a uva que serve de matéria prima para o vinho. Ou o próprio trabalho dá ao produto formas que só permitem sua utilização como matéria prima, Marx (1996) nesse caso, chama a matéria prima de semiproduto, como o algodão, fios, linhas, que embora já sejam produtos, a matéria prima original precisa passar por uma série de processos, funcionando em cada um deles com formas novas, como matéria prima, até chegar no último processo já configurado como produto para ser consumido ou ser utilizado como meio de trabalho (Marx, 1996, p. 207).

Dessa maneira, um valor de uso pode ser considerado matéria prima, meio de trabalho ou produto, e isso vai depender da função dele no processo de trabalho, da posição que ocupa, variando com essa posição a natureza do valor de uso (Marx, 1996, p. 207). Quando servem de meios de produção em novos processos de trabalho os produtos perdem o caráter de produto. Marx (1996) explica:

O fiandeiro vê no fuso apenas o meio de trabalho, e na fibra de linho apenas a matéria que fia, objeto de trabalho. Por certo, é impossível a fiação sem material para fiar e sem fuso. Pressupõe-se a existência desses produtos para que tenha início a fiação. Mas, dentro desse processo ninguém se preocupa com o fato de a fibra de linho e o fuso serem produtos do trabalho anterior, do mesmo modo que é indiferente ao processo digestivo que o pão seja produto dos trabalhos anteriores do triticultor, do moleiro, do padeiro, etc. Ao contrário, é através dos defeitos que os meios de produção utilizados no processo de trabalho fazem valer sua condição de produtos do trabalho anterior. Um faca que não corta, o fio que se quebra, etc. lembram logo o couteleiro A e o fiandeiro B. No produto normal desaparece o trabalho anterior que lhe imprimiu as qualidades úteis (Marx, 1996, p. 207).

Para Marx (1996), a máquina que não serve ao processo de trabalho é inútil e com o tempo irá se deteriorar: o ferro enferruja, a madeira apodrece. O trabalho vivo precisa transformar essas coisas de possíveis valores de uso em valores de uso reais e efetivos. Portanto, o trabalho vivo é indispensável na dinâmica de produção dos valores de uso e de troca.

O trabalho vivo até pode ser reduzido com o uso de tecnologias e máquinas, Marx já apontava esse fato, considerando que muitos trabalhadores podem ser substituídos em alguma medida por esse avanço tecnológico, porém, em hipótese alguma o trabalho vivo poderá ser dispensado totalmente. Com a complexificação da sociedade capitalista o trabalho vem assumindo formas distintas, o que levou alguns autores contemporâneos a desenvolver teses que afirmam a extinção do trabalho no estágio do capitalismo maduro, sobretudo, após a década de 1970 nos países de capitalismo desenvolvido e a partir da década de 1990 nos países considerados periféricos, como é o caso do Brasil.

Raichelis (2018) afirma que as novas formas de organização do trabalho, sobretudo, o crescimento significativo do setor de serviços, decorrente da reestruturação capitalista e conseqüentemente com a redução dos trabalhadores na indústria, vem sendo utilizadas para justificar essas teses sobre a suposta centralidade assumida pelo trabalho imaterial.

Antunes (1999) chama atenção para esse tipo de argumento, que traz conseqüências no interior das universidades, das esquerdas, dos movimentos sociais, dos sindicatos e do próprio movimento dos trabalhadores, porque mesmo que implicitamente - ou não - recusam reconhecer o papel central da classe trabalhadora na transformação da sociedade contemporânea. Nas palavras do autor:

Cremos, ao contrário daqueles que defendem a perda de sentido e de significado do trabalho, que quando concebemos a forma contemporânea do trabalho, enquanto expressão do *trabalho social*, que é mais *complexificado*, *socialmente combinado* e ainda mais *intensificado* nos seus ritmos e processos, também não podemos concordar com as teses que minimizam ou mesmo desconsideram o processo de criação de valores de troca. Ao contrário, defendemos a tese de que a sociedade do capital e sua *lei do valor* necessitam cada vez *menos* do trabalho *estável* e cada vez *mais* das diversificadas formas de trabalho parcial ou *part-time*, terceirizado, que são, em escala crescente parte constitutiva do processo de produção capitalista (Antunes, 1999, p. 10).

Dessa forma, já que o capital não pode eliminar o trabalho vivo do processo de criação de valores, ele acaba aumentando a utilização e a produtividade do trabalho, com vistas a intensificar as formas de extração da mais-valia com o tempo cada vez mais reduzido, e ele também incrementa sem limites o trabalho morto corporificado no maquinário tecno-científico (Antunes, 1999).

As máquinas de autoatendimento nos cinemas ou nos aeroportos expressam bem a utilização da tecnologia nesse sentido. A princípio esse incremento pode parecer diminuir a carga de trabalho para o trabalhador, contudo, em função do objetivo capitalista de aumentar os lucros, o trabalhador acaba acumulando novas tarefas e intensificando mais e mais o seu processo de trabalho. Em algumas áreas essa utilização pode ser mais acentuada e em outras menos. Na saúde, apesar do trabalho vivo ser central, o emprego de maquinários para realização de cirurgias tem crescido nos últimos anos, por exemplo.

Antunes (1999) é enfático em afirmar que uma coisa é reduzir a dimensão variável do capital e conseqüentemente expandir sua parte constante, e outra bem diversa é imaginar que eliminando completamente o trabalho vivo o capital consiga continuar se reproduzindo. Para o autor, a vigência da lei do valor não poderia estar mais confirmada em exemplos como a redução do proletariado estável, a ampliação do trabalho mais “intelectualizado” no interior das plantas produtivas modernas, além do trabalho precarizado, part-time e terceirizado.

As resultantes dessas modificações complexificam a produção e a reprodução da classe trabalhadora, conforme sinaliza Antunes (1999) e têm relação direta não só com o processo de trabalho do assistente social, tendo em vista que esse profissional lida cotidianamente com as expressões da “questão social”², como afetam o profissional em si, considerando que o assistente social também é parte da classe trabalhadora e não está isento de sofrer com esses impactos. Por isso, é fundamental compreender o estágio atual do trabalho no capitalismo e as suas transformações, para avançar e entender o objeto de estudo proposto aqui.

² Segundo Netto (2011) a expressão “questão social” tem história recente, seu emprego data cerca de 170 anos e começou a ser utilizada para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental: o pauperismo, que no período da industrialização, afetou a maioria da população trabalhadora e se apresentou como fator marcante da instauração do capitalismo no seu estágio industrial-concorrencial. O autor justifica a utilização deste termo em função dos desdobramentos sócio-políticos que ocorreram: os trabalhadores se uniram e traçaram meios de organização para frear o modo de produção capitalista e quando esses trabalhadores se tornaram ameaça para a ordem burguesa, o pauperismo (nesse caso, o aspecto mais evidente) designou-se como “questão social” (NETTO, 2011).

2.2.

Transformações do trabalho no capitalismo contemporâneo

A partir das últimas três décadas do século XX o capitalismo experimentou profundas mudanças no seu modo de organização, sobretudo, nas formas de produção e reprodução do trabalho. Para o capitalismo alcançar seu objetivo central de acumulação via exploração, existe uma necessidade imperiosa de lapidação e criação de novos mecanismos que propiciem esses objetivos.

[...] na história do capitalismo, estabeleceram-se diferentes padrões de acumulação, frutos de um conjunto de fatores econômicos, sociais e políticos, destacadamente as lutas de resistência dos trabalhadores, que colocaram limites à acumulação, redefinindo e implementando direitos sociais e trabalhistas, assim como a aceitação e legitimação, pela sociedade e pelo Estado, da proteção social como um direito a ser garantido. São conjunturas históricas que atuam sobre as condições estruturais do sistema e o modificam, interferindo sobre as suas formas e configurações. São, portanto, momentos que sintetizam determinadas relações de forças das ações das classes sociais, cujas experiências também variam historicamente. O que se quer dizer, em síntese, é que o capitalismo do século XIX não é o mesmo do século XX, e muito menos o do século XXI (Druck, 2011, p. 41).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, por volta de 1945, o capitalismo experimentou um dos seus melhores estágios nos países considerados avançados, uma vez que as indústrias conseguiram racionalizar e reaproveitar uma série de novas tecnologias utilizadas nas guerras, ressignificando suas finalidades. Os carros, a construção de navios e de equipamentos para transporte, o aço, os produtos petroquímicos, a borracha, os eletrodomésticos e a construção se tornaram os propulsores do crescimento econômico (Harvey, 2013, p. 125).

Ao longo desse período, o capitalismo nos países capitalistas avançados alcançou taxas fortes, mas relativamente estáveis de crescimento econômico. Os padrões de vida se elevaram, as tendências de crise foram contidas, a democracia de massa, preservada e a ameaça de guerras intercapitalistas, tornada remota. O fordismo se aliou firmemente ao keynesianismo, e o capitalismo se dedicou a um surto de expansões internacionalistas de alcance mundial que atraiu para a sua rede inúmeras nações descolonizadas (Harvey, 2013, p. 125).

No entanto, apenas o desenvolvimento das tecnologias não foi suficiente para manutenção desse crescimento, o Estado, por exemplo, precisou assumir novas responsabilidades, o capital corporativo teve que reorganizar alguns

aspectos para continuar lucrando, e o trabalho organizado teve que ajustar suas funções relativas ao desempenho nos mercados de trabalho e nos processos de produção (Harvey, 2013, p. 125).

O equilíbrio de poder, tenso, mas mesmo assim firme, que prevalecia entre o trabalho organizado, o grande capital corporativo e nação Estado, e que se formou a base de poder da expansão de pós-guerra, não foi alcançado por acaso, resultou de anos de luta (Harvey, 2013, p. 125).

Harvey (2013) sinaliza que o Estado nos países de capitalismo desenvolvido assumiu uma variedade de obrigações. Conforme a produção em massa, que envolvia grandes investimentos em capital fixo, exigia condições de demanda estável para ser lucrativa, o Estado buscava controlar os ciclos econômicos através de políticas fiscais e monetárias. Essas políticas eram direcionadas para o investimento público em setores como transporte e equipamentos públicos, que eram fundamentais para o crescimento da produção e do consumo e que acabavam garantindo um emprego relativamente pleno. Além disso, os governos buscavam fornecer o que o autor chama de forte complemento ao salário social com gastos de seguridade social, assistência médica, educação, habitação, etc (Harvey, 2013, p. 129). Em outras palavras, era necessário criar meios de reprodução social da classe trabalhadora para concomitantemente gerar demanda efetiva de consumo.

Todo esse cenário exigiu novas formas de enfrentamento com as questões advindas dos trabalhadores, que agora com o ritmo de exploração e trabalho acelerado sentiam as dores do crescimento econômico. O Estado intervencionista ou de bem-estar, também chamado de Welfare State, consolidou a ideia de regulação estatal como algo necessário para enfrentamento das crises, que culminou uma significativa mudança para o desenvolvimento das políticas sociais nos países da Europa ocidental (Behring & Boschetti, 2011). O Welfare State buscou introduzir serviços sociais em áreas variadas como educação, saúde, previdência social, etc, que de maneira geral, objetivavam garantir proteção social. Em alguns países da Europa ocidental, esse sistema de intervenção estatal atuava de forma ampliada e universal, diferentemente de países periféricos que esse tipo de ação é focalizada e seletiva, como o caso brasileiro, por exemplo.

A generalização de medidas de seguridade social no capitalismo, no entanto, se dará no período pós Segunda Guerra Mundial, no qual assiste-se à singular experiência de construção do Welfare State em alguns países da Europa Ocidental - com destaque para o Plano Beveridge (Inglaterra, 1942) -, acompanhada de diversos e variados padrões de proteção social, tanto nos países de capitalismo central, quanto na periferia. (...) O Plano Beveridge (1942), que, aplicando as teorias keynesianas de redistribuição de renda, serviu de base para a reforma da estrutura da previdência social na Inglaterra e em vários outros países, difundindo a perspectiva da seguridade social universalizada que articulava a previdência e a assistência social (Behring & Boschetti, 2011).

A incapacidade de manutenção do padrão de produção de base fordista-keynesiana deu fim ao crescimento das taxas de acumulação, que nas décadas anteriores não só foram atingidas, como também, chamadas de “décadas gloriosas” ou “anos dourados”, e com o esgotamento da onda longa expansiva³, a crise estrutural do capital se instaurou. A ilusão dos “anos dourados” é enterrada em 1974-1975: num processo inédito no pós-guerra, registra-se então uma recessão generalizada, que envolve simultaneamente todas as grandes potências imperialistas e a onda longa expansiva é substituída por uma onda longa recessiva: a partir daí até os dias atuais, inverte-se o diagrama da dinâmica capitalista: agora, as crises voltam a ser dominantes, tonando-se episódicas as retomadas (Netto & Braz, 2010, p. 214).

Para Harvey (2008) o Estado tem papel fundamental nesse processo, pois, exerce a função de criar e preservar uma estrutura institucional que proporcione a efetivação dessas práticas, caracterizado pelo autor como Estado neoliberal. O processo de neoliberalização envolveu o que Harvey (2008) chama de “destruição criativa”, isso porque, conseguiu atingir para além dos antigos poderes e estruturas institucionais, o neoliberalismo alcança as divisões do trabalho, as relações sociais, a promoção do bem-estar social, as combinações de tecnologias, os modos de vida e pensamento, as atividades reprodutivas, as formas de ligação à terra e os hábitos do coração (Harvey, 2008, p. 12).

Nesse sentido, vemos que as crises no modo de produção capitalista não são acontecimentos inesperados, pelo contrário, segundo Netto (2012) as crises fazem parte da dinâmica contraditória do sistema. O autor é incisivo em afirmar: não existe capitalismo sem crise. As crises são inerentes e necessárias para o seu funcionamento, no entanto, não são iguais. Para ele as crises:

³ Mandel (1982, p. 85), afirma que o verdadeiro suporte no que se refere ao domínio da economia nesse período, eram os períodos de prosperidade mais longos e mais intensos, com crises mais curtas e sem tanta intensidade, movimento que o autor denomina de onda longa expansiva.

(...) próprias deste sistema [são] as crises cíclicas que desde a segunda década do século XIX ele [o capitalismo] vem experimentando regularmente. (...) Entretanto há um tipo de crise que o capitalismo experimentou integralmente até hoje por apenas duas vezes: a chamada crise sistêmica que não é uma mera crise que se manifesta quando a acumulação capitalista se vê obstaculizada ou impedida. A crise sistêmica se manifesta envolvendo toda a estrutura da ordem do capital. A primeira destas crises emergiu em 1873 tendo como cenário principal a Europa e se prolongou cerca de 23 anos; marcada por uma depressão de mais de duas décadas, ela só se encerrou em 1896. A segunda crise sistêmica que o capitalismo experimentou explodiu em 1929 e, como todo mundo sabe foi catastrófica; não teve por espaço apenas uma região geopolítica determinada: ela envolveu o globo; durou em torno de dezesseis anos e só ultrapassada no segundo pós-guerra (Netto, 2012).

Para Netto (2012) desde as décadas finais do século XX estamos experimentando uma crise de natureza sistêmica. O autor se baseia na crise da Bolsa de Nova York em 1987, que teve como sequência um efeito cascata expresso nas crises dos Tigres Asiáticos, a crise da Bolsa de Nasdaq, a crise da bolha imobiliária e a crise do euro, tornando-se os indicadores mais visíveis de uma só crise, e que apresenta traços inéditos em relação às crises anteriores.

Todo esse movimento de crise promoveu o aprofundamento do ideário neoliberal em conjunto com a reestruturação produtiva como mecanismo de contenção. Harvey (2008) define o neoliberalismo como uma teoria das práticas político-econômicas que sugerem que o bem-estar humano pode ser melhor se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais estejam no âmbito de uma estrutura caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio (Harvey, 2008, p. 12).

Contudo, a sua realização efetiva, ou o seu processo de neoliberalização criticado por Harvey (2008) indica retrocessos de direitos sociais e de recursos naturais para torná-los em mercadorias, o que considerou ser típico de um novo modo de imperialismo caracterizado por processos de espoliação. Nesse sentido, apesar do uso de termos progressistas, os mecanismos utilizados pelos neoliberais possuem objetivos de restauração de poder de classe das elites capitalistas.

Outro mecanismo utilizado para amenizar a crise capitalista, articulado ao neoliberalismo encontra-se no processo denominado de reestruturação produtiva, que preconiza reestruturar a produção, desde a sua implantação, com novas tecnologias, organizando novos processos de trabalho, desenvolvendo novos produtos, ou até mesmo influenciando em diferentes padrões de consumo (Marconsin et al, 2012).

Nesta perspectiva tornou-se fundamental para o capital pensar uma nova forma de restabelecer o lucro flexibilizando ao máximo as relações de trabalho. Harvey (2013) afirma que há um confronto direto com a rigidez do fordismo e o endurecimento das relações dá lugar a flexibilização. Novos moldes de produção foram introduzidos e aquele proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado, herdeiro da era industrial verticalizada do tipo taylorista/fordista reduziu bastante, e foi preciso reestruturar a produção adotando como modelo predominante de gestão o toyotismo (Antunes, 2003, p. 230).

O toyotismo (ou ohnismo, de Ohno, engenheiro que o criou na fábrica Toyota), enquanto via japonesa de expansão e consolidação do capitalismo monopolista industrial, é uma forma de organização do trabalho que nasce na Toyota, no Japão do pós-45 e que, muito rapidamente, se propaga para as grandes companhias daquele país. (...) o toyotismo reinaugura um novo patamar de intensificação do trabalho, combinando fortemente as formas relativa e absoluta da extração da mais valia (e) se estrutura preservando um número reduzido de trabalhadores dentro das empresas matrizes, mais qualificados, multifuncionais e envolvidos com o seu ideário, bem como ampliando, através do aumento das horas-extras, da terceirização no interior e fora das empresas, da contratação de trabalhadores temporários etc. - opções estas que são diferenciadas em função das condições do mercado em que se inserem. Quanto mais se distancia das empresas principais, maior tende a ser a precarização do trabalho (Antunes, 2002).

Como consequência da gestão toyotista, Antunes (2003) afirma que esse período incentiva cada vez mais a flexibilização do trabalho, que exige do trabalhador, uma flexibilização também das funções, bem como, preconiza a informalidade nas relações de trabalho, por meio de contratos frágeis e temporários, além das diversas formas de terceirização dos vínculos trabalhistas. A flexibilização não define uma única função para o trabalhador, ele se torna um “colaborador” polivalente, além disso, a condição de subordinado, apesar de mantida, passa a ser obscurecida. Essa mudança de nomenclatura tem sido uma das estratégias políticas para a omissão das formas de subordinação do capital sobre os trabalhadores.

Para Stampa e Santana (2011) é possível afirmar que as demandas postas ao Serviço Social são impactadas por essas mudanças, tendo em vista a particularidade da profissão, organicamente vinculada à “questão social” e às formas de seu enfrentamento, que são permeados pelas ações dos trabalhadores, do capital e do Estado (Stampa & Santana, 2011, p. 12). Para os autores a expressão maior da “questão social” centra-se nessa precarização das

relações de trabalho e desemprego, fazendo parte do aviltamento das condições de vida, da redução do Estado e consequentemente dos serviços públicos.

Pode-se afirmar que a radicalidade da questão social passa, agora, por nova configuração histórica, oriunda das mudanças na esfera do trabalho e da relação entre Estado e sociedade civil. É possível também observar que as mudanças significativas que se verificam no mundo do trabalho, no Brasil, estão moldando um novo contorno à questão social. As contradições estão mais visíveis em consequência das novas formas de organizar a produção e a gestão do trabalho (Stampa & Santana, 2011, p. 12).

Vale destacar, que todas essas artimanhas utilizadas nesse movimento do capital, no contexto da hegemonia neoliberal, não acontecem de modo idêntico em todos os países. Nos países considerados periféricos, como o Brasil, por exemplo, as ações realizadas para superar as crises afetam com maior força a classe trabalhadora, uma vez que os interesses do capital são tidos como prioridades, e consequentemente as expressões da “questão social” ganham novos contornos, como afirmaram os autores anteriormente. Nesse sentido, veremos a seguir algumas características dessas transformações do capitalismo no Brasil para depois seguir as análises no contexto do Serviço Social.

2.3. Impactos das transformações do capitalismo no Brasil

O projeto neoliberal que ganhou força na década de 1970 nos países considerados centrais chega ao Brasil cerca de 20 anos depois. A década de 1990 marca um novo cenário político e econômico para o país, haja vista o processo de redemocratização. O então presidente Fernando Collor de Melo (1990-1992) inicia o desenvolvimento do projeto neoliberal com intensos processos de desregulamentação, abertura de mercados, incentivos à reestruturação das empresas e a disseminação ideológica por toda a sociedade brasileira de que a causa dos males sociais centrava-se no ‘gigantismo’ do Estado (Dahmer Pereira, 2006, p. 5). Silva (2010) completa:

Nesse período a política social no Brasil passa a ser conectada à política econômica monetarista e ao ajuste fiscal, enveredando pela privatização (mercantilização dos serviços sociais para os que podem pagar), a seletividade/focalização (com políticas pobres para os mais pobres) e a

descentralização (desconcentração e desresponsabilização do Estado) (Silva, 2010, p. 15).

O que para o presidente seria a melhor opção para solucionar a crise financeira, transferindo as funções do Estado para empresas, acabou por desconsiderar os avanços da Constituição Federal de 1988 e demonstrou um grande retrocesso para as políticas públicas do país. Um exemplo disso, é que o governo Collor fragmentou a Seguridade Social em ministérios diferentes, dando margem para realizar, na Saúde, um boicote orçamentário sistemático ao Sistema Único de Saúde (SUS). Na Previdência Social, lançou um pacote de reforma previdenciária em 1992, cuja função era retirar direitos dos trabalhadores, e na Assistência, vetou a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), desrespeitando a Carta Magna (Dahmer Pereira, 2006, p. 6).

Após o escândalo do impeachment de Collor, Itamar Franco (1992-1994) que era o seu vice, assume e dá continuidade aos ideais neoliberais. Surge então o Plano Real supostamente para salvar a economia brasileira. O ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso - FHC (1994-2002) embalado no sucesso desse plano se candidata nas eleições posteriores e vence em 1994. Anos mais tarde se reelege com um projeto de “modernizar” o país e suas instituições, por meio de privatizações de grande parte do patrimônio público, desregulamentação trabalhista, abertura econômica, além do apoio total ao capital financeiro, objetivou, assim, transformar o país numa economia financeiramente emergente (Dahmer Pereira, 2006, p. 6). A partir da Lei Complementar nº 101 - Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, buscou-se estabelecer hierarquias nos gastos públicos: prioridade para o credor financeiro em detrimento dos recursos com fins distributivos, ou seja, Estado máximo para o mercado e mínimo para os investimentos públicos.

Para Carcanholo (2015) quando o presidente Luís Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), assume em 2003 nada se modifica e a política econômica – sob o discurso de manutenção da credibilidade – mantém o mesmo caráter do segundo governo FHC e as reformas estruturais pró-mercado são ampliadas.

Sampaio Jr (2013) afirma que os embates contra a opressão política e a exploração econômica no início dos anos 1980 favoreceram o crescimento e fortalecimento do PT, que no imaginário do povo seria um instrumento de luta

por uma sociedade justa e soberana. No entanto, os governos do PT optaram por simplesmente administrar o status quo (Sampaio Jr, 2013).

A reforma da previdência social dos funcionários públicos, exigência dos organismos internacionais, que motivou uma verdadeira rebelião de parlamentares petistas e grandes campanhas de protesto, constitui o divisor de águas que acabava com qualquer ilusão em relação ao caráter progressista do governo. A ofensiva sobre os direitos trabalhistas foi complementada com uma série de medidas que aprofundaram o processo de flexibilização e precarização do trabalho iniciado por FHC: emprego por tempo determinado; liberalidade na contratação de serviços braçais na forma de empresas jurídicas; jornadas móveis, Lei das Pequenas e Microempresas; desoneração da folha salarial; Lei de Falência. A obsessão em reduzir o custo do trabalho revela a opção preferencial de Lula e Dilma pela superexploração como galinha dos ovos de ouro do capitalismo brasileiro (Sampaio Jr, 2013, p. 2).

Apesar de ser eleito com o compromisso de interromper a entrega do patrimônio público, para o autor, o que predominou no governo Lula foi a lógica dos negócios. A criação do Programa Universidade para Todos (PROUNI) que transferiu grandes quantidades de recursos para as universidades privadas ao invés de reforçar o orçamento das universidades federais, é um dos indicativos dessa parceria com o capital (Sampaio Jr, 2013).

Na saúde, o movimento foi semelhante. O governo PT atendeu aos interesses privados quando ofereceu subsídios públicos na forma de isenções e deduções fiscais, às operadoras e usuários de planos e seguros privados de saúde (Sampaio Jr, 2013).

O processo de privatização da saúde foi aprofundado no governo Dilma com a Emenda Constitucional 29 e com novas iniciativas, urdidas nas salas do Palácio do Planalto, para restringir o SUS basicamente a duas funções: a assistência de pessoas pobres e a cobertura de demandas negadas pelas operadoras privadas por serem muito caras – em frontal oposição aos princípios estabelecidos pela Constituição de 1988 que determinava a organização de um Sistema Único de Saúde. Não espanta que nos últimos dez anos os gastos privados com saúde tenham superado os gastos públicos (Sampaio Jr, 2013, p.3).

Entretanto, Cossin (2016) alerta que apesar dos fundamentos do receituário neoliberal terem se mantido com a transição para os governos petistas, não podemos compreender os mandatos de Lula e Dilma como uma mera repetição dos governos do FHC. Assim, o apoio do grande capital financeiro, o consenso ativo das principais organizações do mundo do trabalho e o consenso passivo das classes subalternas, por meio de políticas sociais

compensatórias garantiu um longo período de estabilidade política (Simionatto & Costa, 2014). Além da melhora das condições de vida de milhares de pessoas.

Para Silva (2015) esse período tem alterações positivas em alguns indicadores econômicos e de trabalho, mas não mudaram as características assumidas nas últimas décadas. Para a autora, alguns aspectos que poderiam ser considerados transitórios foram transformados em permanentes e questões como a grande proporção da informalidade, o desemprego maciço e prolongado, a desregulamentação de direitos trabalhistas, a baixa renda média mensal dos trabalhadores, a concentração de renda e do poder econômico e político, e tantos outros, são alguns dos elementos que marcam o Brasil atual (Silva, 2015, p. 140).

Outra característica é o aumento do trabalho terceirizado e informal como estratégia para intensificação dos modos de exploração da classe trabalhadora, a informalidade deixa de ser exceção para se tornar regra e a precarização passa a ser central na dinâmica do capitalismo flexível (Antunes & Druck, 2013).

[essas] transformações trazidas pela ruptura com o padrão fordista geraram outro modo de trabalho e de vida pautado na flexibilização e na precarização do trabalho, como exigências do processo de financeirização da economia, que viabilizaram a mundialização do capital num grau nunca antes alcançado. Houve uma evolução da esfera financeira, que passou a determinar todos os demais empreendimentos do capital, subordinando a esfera produtiva e contaminando todas as práticas produtivas e os modos de gestão do trabalho, apoiada centralmente numa nova configuração do Estado, que passa a desempenhar um papel cada vez mais de “gestor dos negócios da burguesia”, já que ele age agora em defesa da desregulamentação dos mercados, especialmente o financeiro e o de trabalho (Druck, 2011, p. 42).

Segundo Antunes e Druck (2015) a primeira legislação referente à terceirização no Brasil surge na década de 1970. Voltada para o setor público, autorizava a subcontratação de serviços de transporte, conservação, custódia, operação de valores, limpeza e outras assemelhadas e considerava ilícita a terceirização em quaisquer atividades permanentes das empresas (Antunes & Druck, 2015, p. 32).

Com base nessa legislação, o Tribunal Superior do Trabalho (TST) editou o Enunciado 256 (1986) que declarava ilegal a contratação de trabalhadores por empresa interposta, salvo para o trabalho temporário e serviço de vigilância. Mas em 1993, pressionado pela iniciativa privada, o TST reconheceu a legalidade na contratação de quaisquer serviços ligados à atividade meio da empresa e editou o

Enunciado 331, que cancelou o anterior e definiu como lícito e sem formar vínculo de emprego a contratação de serviços de vigilância, limpeza e conservação, bem como a de serviços especializados ligados à atividade meio da contratante (Antunes & Druck, 2015, p. 32).

Dessa maneira, os limites para a terceirização foram se tornando cada vez mais flexíveis ao longo dos anos e em 2018 após decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) esse tipo de contratação passou a ser liberada de forma irrestrita (atividades meio e atividades fins). Essa ampliação da terceirização configura, segundo Antunes e Druck (2015), uma verdadeira epidemia que se desenvolve nos anos 1990 e torna-se sem controle nos anos 2000.

Com a hegemonia do setor financeiro, conforme explica Druck (2011) e em consonância com as reflexões de Harvey (2008), todos os âmbitos da vida social são impregnados, conferindo um novo modo de trabalho e de vida. Para Druck (2011) 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 (Druck, 2011, p. 42).

Druck (2011) sinaliza que é isso que dá novo conteúdo à flexibilização e à precarização do trabalho, que sofrem processos de metamorfoses e vão assumindo novas configurações. Além disso, outro aspecto que a autora destaca é o curto prazo que impõe rapidez ao processo de produção e de trabalho, o que acaba exigindo trabalhadores que se submetam a qualquer condição para atender ao novo ritmo e às rápidas mudanças.

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que se tem o incentivo da inovação no campo da tecnologia e dos novos produtos financeiros, se tem homens e mulheres que são transformados em obsoletos e descartáveis, que devem ser “superados” e substituídos por outros “novos” e “modernos”, ou seja, flexíveis. Nessa fase do capital, a ideia é que tenha novos (des)empregados, homens e mulheres empregáveis no curto prazo, através das (novas) e precárias formas de contrato (Druck, 2011, p. 43).

Logo, para a autora a precarização social do trabalho não só está no centro da dinâmica do capitalismo flexível, como também, aparece como estratégia de dominação. Ora, o capital utiliza a força, ora utiliza o consentimento, ambos os recursos servem para viabilizar esse grau de acumulação sem limites materiais e morais (Druck, 2011, p. 43).

Para Druck (2011) a força se materializa principalmente na imposição das condições precárias de trabalho, onde o trabalhador se vê permanentemente ameaçado com o risco do desemprego. A autora se reporta às reflexões de Marx e Engels sobre a função política do exército industrial de reserva, que é de criar uma profunda concorrência e divisão entre os próprios trabalhadores e, com isso, garantir uma quase absoluta submissão e subordinação do trabalho ao capital como única via de sobrevivência para os trabalhadores (Druck, 2011, p. 43).

Já o consenso se produz quando os trabalhadores passam a acreditar que as transformações no trabalho são inexoráveis e, como tal, passam a ser justificadas como resultados de uma nova época, isso porque, existe uma insistência em desqualificar os valores construídos na era anterior (Druck, 2011, p. 43). Dessa maneira, qualquer possibilidade de progresso, empregos e direitos sociais são considerados distantes e as mudanças impostas passam a ser explicadas no plano material e intelectual como uma força da natureza e, portanto, sem possibilidades de uma intervenção humana (Druck, 2011, p. 43).

Ferreira (2017) sinaliza que todos esses ajustes espaço-temporais movidos pelo capital para manter sua dinâmica de acumulação não ocorrem apenas no nível produção, a reprodução social também sofre rebatimentos, e se pensarmos no nosso objeto de estudo, as transformações ocorridas em relação à provisão dos cuidados⁴ nas sociedades contemporâneas, periféricas e centrais, são expressões vivas deste processo (Ferreira, 2017, p. 62).

⁴ Nos capítulos seguintes essa questão aparecerá de forma mais ampla.

3

Trabalho, Saúde e Serviço Social

Como podemos analisar todas as transformações ocorridas no modo de produção capitalista, que compõem e recompõem novas formas de organização do trabalho, interferem também nas mudanças constantes das relações sociais. Logo, não há dúvida que tais modificações incidem direta e indiretamente no trabalho do assistente social, que é cada vez mais exigido para amenizar/contornar as demandas que chegam e expressam de maneira imediata as consequências da organização do capital. As expressões da “questão social”, que podem ser representadas pela pobreza, pelo desemprego, pela desigualdade social e até mesmo pelo agravamento das questões de saúde, traduzem os efeitos do modo de produção vigente.

Os assistentes sociais pertencentes à classe trabalhadora são parte e expressão das relações sociais em curso, assim, o seu trabalho sofre incidências decorrentes das configurações assumidas pela sociedade capitalista, tanto no atendimento aos usuários dos serviços, quanto na condição de trabalhadores assalariados que dependem da venda da sua força de trabalho para sobreviver. Sendo assim, veremos algumas considerações sobre o trabalho do assistente social.

3.1.

Trabalho do Assistente Social

Para Iamamoto (2010) a análise do processo do trabalho do assistente social não adquiriu centralidade nas discussões da literatura da profissão e nem foi totalizado nas suas múltiplas determinações, o que conferiu uma frágil associação entre os fundamentos do Serviço Social e o trabalho profissional cotidiano, tendo, uma série de mediações que não foram privilegiadas nessas discussões (Iamamoto, 2010, p. 214).

Existe uma dificuldade de elucidação do significado social da profissão no processo de produção e reprodução das relações sociais, que se justifica pelo pouco investimento sobre as determinações referentes à mercantilização dessa

força de trabalho especializada, inscrita na organização do trabalho coletivo (Iamamoto, 2010, p. 214).

Em outros termos, parte-se do suposto de que a identificação da particularidade dessa atividade profissional na divisão social e técnica do trabalho social não se esgota na indicação do valor de uso dos serviços prestados, da qualidade do trabalho realizado. Isto porque ela é também portadora de trabalho humano indiferenciado, trabalho humano abstrato, analisado na óptica de sua quantidade, parte do trabalho social médio, que participa na produção e/ou distribuição da mais-valia socialmente produzida e na luta pela hegemonia entre forças sociais (Iamamoto, 2010, p. 214).

Dessa maneira, a autora sinaliza que transitar da análise da profissão para o seu efetivo exercício agrega um complexo de novas determinações e mediações essenciais para elucidar o significado social do trabalho do assistente social como exercício profissional especializado que se realiza por meio de trabalho assalariado alienado (Iamamoto, 2010, p. 214).

Como vimos, o trabalho é atividade fundamental do homem, pois é nele que satisfaz suas necessidades diante da natureza e de outros homens, e pelo trabalho o homem se afirma como ser social: um ser que se distingue do resto da natureza e existe um protagonismo do trabalho na construção desse ser social. Para Iamamoto (2007) o trabalho é atividade própria do ser humano, podendo ser ela material, intelectual ou artística, e é no trabalho que o homem se afirma como um ser que dá respostas prático-conscientes às suas necessidades.

Iamamoto (2007) afirma que é através do trabalho que o homem se torna criador, não só como indivíduo pensante, mas também como indivíduo que age consciente e racionalmente. Sendo assim, o trabalho aparece como atividade prático-concreta e espiritual, que permite mudanças na matéria ou no objeto a ser transformado, como também no sujeito e na subjetividade dos indivíduos, já que proporciona a descoberta de novas capacidades e qualidades humanas. A autora destaca que o trabalho tem uma dimensão ética que se relaciona com valores, com o dever ser, e envolve uma dimensão de conhecimento e ético-moral (Iamamoto, 2007).

Contudo, o trabalho do assistente social não é idêntico ao trabalho transformador da natureza fundante do ser social, e assume características particulares na sociedade capitalista. Trata-se de uma profissão inserida na

divisão social e técnica do trabalho, e a depender da sua inserção no mercado de trabalho, produzirá mais-valia direta ou indiretamente (Iamamoto, 2007).

Raichelis (2018) sinaliza que a questão da produção não material recebeu um tratamento específico de Marx, e nada indica que ele não a considerasse um tipo de trabalho, tanto nas formas sociais envolvidas em sua produção, quanto nos produtos criados pelos processos de trabalho, que podem assumir ou não uma materialidade (Raichelis, 2018, p. 44).

A autora afirma que para Marx os serviços são a princípio improdutivos por conta de serem trabalhos trocados por renda e não capital, permanecendo assim no nível de valores de uso. Mas, muitas dessas atividades de serviços como a medicina, engenharia, direito e até mesmo o Serviço Social, em muitos casos foram proletarizadas, passando a ser exercidas por empresas organizadas na forma capitalista e que buscam ampliar a valorização do capital (Raichelis, 2018, p. 44).

O assistente social que leciona numa universidade privada, por exemplo, produz mais-valia, já que o produto do seu trabalho - que não é uma mercadoria concreta, palpável - é pago pelos alunos para o dono da instituição de ensino, com vistas à valorização do capital. O professor na universidade pública, por mais que exerça as mesmas atividades, está sob uma lógica diferente, isso porque a manutenção do seu trabalho não depende da extração de mais-valia e não valoriza diretamente o capital, já que o seu salário é pago pelo Estado.

Nesse sentido, Iamamoto (2007) afirma que existe uma redução frequente do entendimento de trabalho na sociedade burguesa a trabalho concreto, ao processo técnico material, retirando a dimensão do trabalho abstrato, que para a autora é a marca do caráter social do trabalho nessa sociedade. Para ela, há a ideia de segmentação entre produção e reprodução, entendidas de forma reduzida respectivamente como trabalho fabril nos moldes clássicos e a reprodução da força de trabalho, ou apenas como restrição do trabalho ao trabalho material. Em outras palavras, o trabalho é visto somente e unilateralmente como transformação imediata da natureza, separado da forma assumida pelas relações sociais (Iamamoto, 2007, p. 31).

O profissional de Serviço Social, bem como, de outras categorias, gasta a sua força humana que constitui o valor das mercadorias. A mercadoria do

profissional é a sua força de trabalho, que nesse modelo específico de sociedade tem a sua utilidade e depende do mercado para realizar-se como tal.

Segundo Iamamoto (2007) é provocativa a discussão de processo de trabalho na profissão, isso porque, como já vimos no capítulo anterior, qualquer processo de trabalho implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação do sujeito, além dos meios ou instrumentos de trabalho, e a própria atividade, que resulta em um produto.

Para Iamamoto (2007) o objeto de trabalho do Serviço Social é a “questão social”, que possui múltiplas expressões e provoca a necessidade de ação profissional. As expressões da “questão social” são a matéria-prima ou o objeto do trabalho profissional.

Pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (Iamamoto, 2007, p. 62).

O campo de trabalho do assistente social se dá nos processos sociais que produzem e reproduzem as particularidades das expressões da “questão social” na história da sociedade brasileira, apreendendo de que modo essas múltiplas manifestações é experienciada pelos sujeitos em suas vidas cotidianas (Iamamoto, 2007, p. 62).

Os meios de trabalho também são elementos importantes para pensar o processo de trabalho. No caso do trabalho do assistente social, muito mais do que instrumentos e técnicas, que englobam entrevistas, reuniões, visitas domiciliares, entre tantos outros recursos disponíveis para o trabalho, o *conhecimento* aparece como um meio de trabalho fundamental. Iamamoto (2007) afirma que as bases teórico-metodológicas são recursos essenciais para o exercício profissional, pois, contribuem para embasar as análises da realidade e imprimir rumos à ação.

O assistente social depende dos recursos dos programas e projetos da instituição que contrata e requisita seus serviços, e que fornece parte dos meios ou recursos materiais, financeiros e organizacionais necessários para execução do seu trabalho. Logo, a condição de trabalhador assalariado não só enquadra o

assistente social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas também molda a sua inserção socioinstitucional na sociedade (Iamamoto, 2007, p. 63).

As normativas legais e éticas que regulamentam a profissão são necessárias para confirmar o caráter liberal da profissão e conferir uma autonomia relativa na condução do exercício profissional, mas em função da compra e venda da força de trabalho do assistente social essa autonomia é tensionada (Iamamoto, 2010, p. 215).

Essa tensão pode ser maior ou menor, a depender de alguns aspectos, como o espaço sócio ocupacional de inserção, por exemplo, onde a postura institucional mais conservadora ou mais controladora dos processos de trabalho dificultará uma maior autonomia do profissional. A ausência de reflexões críticas e até mesmo a falta de conhecimento sobre os direitos e deveres expressos nas normativas legais também podem contribuir nos tensionamentos que a autora se referiu.

O Código de Ética sinaliza que é um direito a ampla autonomia no exercício profissional, garantindo que o assistente social não é obrigado a prestar serviços incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções. No entanto, sabemos que a concretude da realidade exige que o profissional crie estratégias para lidar com determinadas solicitações institucionais.

Assim o espaço profissional não pode ser tratado exclusivamente na ótica das demandas já consolidadas socialmente, sendo necessário, a partir de um distanciamento crítico do panorama ocupacional, apropriar-se das demandas potenciais que se abrem historicamente à profissão no curso da realidade (Iamamoto, 2009, p. 4).

Iamamoto (2009) salienta que o espaço profissional é um produto histórico, ou seja, ele está condicionado tanto pelo nível de luta pela hegemonia entre as classes fundamentais, quanto pelo tipo de respostas teórico-práticas densas de conteúdo político, dadas pela categoria profissional. Em outras palavras, o trabalho profissional é tanto resultante da história, quanto dos agentes que a ele se dedicam (Iamamoto, 2009).

Entre os diversos espaços possíveis para o trabalho do Serviço Social está a Saúde, que historicamente é um dos maiores empregadores, permanecendo

até hoje como um dos espaços mais ocupados pelos assistentes sociais. Veremos adiante como se dá o processo de trabalho na Saúde e em seguida como o assistente social se insere nessa área.

3.2. Trabalho em Saúde

Assimilar os conceitos da categoria trabalho na dinâmica de uma fábrica, por exemplo, parece-nos mais fácil, no entanto, em outras áreas também podemos utilizá-los. Considerando o objeto de estudo desta pesquisa, o trabalho do assistente social na modalidade de Atenção Domiciliar se configura como um trabalho em saúde.

Nogueira (1991) afirma que para pensar o processo de trabalho em saúde é preciso considerar três aspectos fundamentais. Primeiro, o processo de trabalho em saúde é um processo de trabalho geral, e por isso compartilha características comuns a outros processos que se dão na indústria ou em outros ramos da economia. Segundo, o processo de trabalho em saúde é um serviço, e terceiro, mas não menos importante, o processo de trabalho em saúde é um serviço que está fundado na inter-relação pessoal intensa, o que para o autor, apesar de existirem outras formas de serviço que dependem de um laço interpessoal, no caso da saúde essa relação é particularmente forte e decisiva para a eficácia do ato (Nogueira, 1991).

Para Marx (1978) serviço⁵ é o efeito útil de um valor de uso, seja ele mercadoria ou trabalho. O serviço exprime o valor de uso particular do trabalho útil como atividade e não “como objeto” (Costa, 1998). Os modos de produção não acontecem de maneira idêntica, o processo de trabalho para produzir um carro não é igual para produzir saúde. Cada produção exige técnicas distintas, matérias-primas variadas, modos de organizar o trabalho e trabalhadores próprios para aquela produção (Merhy & Franco, 2008).

⁵ Antunes (2018) afirma que o capitalismo atual apresenta um processo multiforme, onde a informalidade, precarização, materialidade e imaterialidade se tornaram mecanismos vitais para a preservação e ampliação da lei do valor. Para o autor, a expansão do setor de serviços e dos chamados trabalhos imateriais que se subordinam à forma mercadoria confirma essa hipótese. Logo, o mito de que a “sociedade de serviços pós-industrial” eliminaria completamente o proletariado, aparece como um equívoco, e em contrapartida outra tendência no capitalismo contemporâneo vem ganhando destaque: a expansão significativa dos trabalhos assalariados no setor de serviços (ANTUNES, 2018, p. 32). Para mais informações sobre esse assunto, ver Antunes (2018).

Como vimos, a composição do processo de trabalho exige três elementos: a atividade adequada a um fim, ou seja, o próprio trabalho; o objeto de trabalho, isto é, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. No processo de trabalho em saúde esses elementos permanecem aplicáveis e veremos a concepção de alguns autores sobre essa temática.

Peduzzi & Schraiber (2014) afirmam que o conceito “processo de trabalho em saúde” se refere à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou em outras palavras quer dizer, sobre a prática dos trabalhadores inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Sendo assim, o trabalho é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde.

Para Mendes Gonçalves (1992) no processo de trabalho em saúde, o objeto representa o que vai ser transformado e nesse caso a matéria prima na área da saúde são as necessidades humanas de saúde. Logo, a ação do trabalhador incide sob essas necessidades humanas de saúde.

Mendes Gonçalves (1992) aponta que os instrumentos no processo de trabalho em saúde podem ser materiais, que contemplam os equipamentos, os materiais de consumo, os medicamentos, mas também imateriais, como os saberes, que articulam os agentes do processo de trabalho e permitem a apreensão do objeto de trabalho.

Para o autor, objeto e instrumentos se relacionam de modo intermediado pelo agente do trabalho que imprime uma finalidade, é ele que torna possível a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade. Peduzzi & Schraiber (2014) sinalizam que o agente pode ser interpretado como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, não só o projeto prévio e sua finalidade, mas também outros projetos de caráter coletivo e pessoal.

Todo processo de trabalho combina trabalho e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. Merhy & Franco (2014) exemplificam a produção de um carro, que exige o aço e para o trabalhador fazer o carro necessita que o aço já esteja feito. Este aço é produto do trabalho de outra produção feita anteriormente. Em outras palavras, o trabalho de fazer o carro combina um trabalho em ato do trabalhador, que está fabricando o carro, e mais um trabalho

já feito antes por outro trabalhador. O trabalho feito em ato é o ‘trabalho vivo em ato’, e o trabalho feito antes, é o ‘trabalho morto’ (Merhy & Franco, 2014).

O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?); a outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Detalhar estas duas dimensões é fundamental para entendermos o que é o trabalho como prática social e prática técnica. Como ato produtivo de coisas e de pessoas (Merhy & Franco, 2014, p. 281).

A produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, que significa dizer que o trabalho no exato momento em que é executado determina a produção do cuidado. Este trabalho vivo interage continuamente com instrumentos e normas, constituindo um processo de trabalho, no qual diversos tipos de tecnologias interagem.

Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho, pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros, como as máquinas (Merhy & Franco, 2014, p. 282).

Ora, se considerarmos os argumentos das teses que afirmam o fim do trabalho, na área da saúde, por exemplo, isso seria mais falacioso ainda, isso porque, diferente de outras áreas de produção, nos serviços por maior que seja o desenvolvimento do trabalho morto, em hipótese nenhuma o trabalho vivo poderia ser substituído. Em países considerados periféricos como o Brasil, para além do desenvolvimento do trabalho morto, a intensificação da exploração do trabalho vivo é um elemento fundamental para o aumento da extração da mais valia.

É o trabalho que torna possível a produção de qualquer bem. Os produtos na saúde têm uma particularidade, que Merhy & Franco (2014) chamam de materialidade simbólica. Assim, para os autores o trabalho na saúde é um trabalho que a ação intencional é demarcada pela busca da produção de ‘coisas’ (bens/produtos) que funcionam como objetos, porém, não necessariamente são materiais duros, já que podem ser bens/produtos simbólicos (que também

portam valores de uso) que satisfaçam necessidades (Merhy & Franco, 2014, p. 282). Para eles, o trabalho em saúde pode ser comparado com o trabalho em educação, considerando que ambos são centrados no ‘trabalho vivo em ato’.

Todo trabalhador carrega consigo uma caixa de ferramentas para realizar seu trabalho e no caso da saúde, os autores caracterizam três valises⁶ tecnológicas. Vale destacar, que tecnologia⁷ para o autor é o modo de fazer coisas e não só um conjunto de instrumentos materiais.

A primeira das valises são os instrumentos, que o autor conceitua como tecnologias duras, que são as máquinas, ferramentas palpáveis, podendo ser seringas ou aparelhos respiratórios. A segunda é o saber técnico estruturado, que é considerado como tecnologia leve-dura, que são os conhecimentos, o saber-fazer. A terceira são as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato, que são as tecnologias leves, que estão expressas na fala do profissional com o usuário, por exemplo.

Na produção do cuidado, o médico utiliza-se das três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que os processos relacionais (interseções) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras (Mehry & Franco, 2008).

Vale destacar, que o trabalho em saúde é sempre coletivo, não há trabalhador de saúde que consiga sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar (Mehry & Franco, 2008). Sendo assim, o trabalho de um técnico de saúde, da nutricionista ou assistente social, depende um do outro, o que Mehry e Franco (2008) sabiamente sinalizam que a caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro.

⁶ Os autores se utilizam de uma metáfora para elucidar seu raciocínio. A título de informação, valises são pequenas malas de mão, com poucos pertences.

⁷ Frigotto (2014) também discorre sobre essa questão e sinaliza que é crucial entender a tecnologia no atual contexto histórico do capitalismo como uma prática social cujo sentido e significado econômico, político, social, cultural e educacional se definem dentro das relações de poder entre as classes sociais. A ciência, a técnica e a tecnologia são alvo de uma disputa de projetos de modos de produção sociais da existência humana antagônicos.

Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do 'trabalho em saúde': cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos (Mehry & Franco, 2008, p. 432).

Dessa forma, os autores reforçam que a definição do modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade de operar pactuações entre si, de forma que a resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo. Essa pactuação não se dá apenas em processos de negociação, mas estrutura-se, a partir de conflitos e tensões vividos no cenário de produção da saúde, seja na gestão ou na assistência (Mehry & Franco, 2008).

Para os autores, pensar a superação do modelo médico-hegemônico⁸ é pensar em reestruturar os processos de trabalho e potencializar o 'trabalho vivo em ato' e a valise das relações, como fontes de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde.

Contudo, a crescente incorporação tecnológica, o desemprego estrutural, a flexibilização e diversas formas de precarização do trabalho, entre tantos outros fenômenos que estão ocorrendo no mundo do trabalho atualmente, dificultam que todas essas mudanças sugeridas pelos autores sejam efetivadas.

Nesse sentido, em consonância com o nosso objeto, as configurações da política de saúde vão impactar diretamente esse profissional, sobretudo, nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais (CFESS, 2010, p. 23). Sendo assim, é fundamental compreender como se deu o processo de constituição da política de saúde no cenário brasileiro e como está a organização atual

⁸ Menéndez (1988) aponta as principais características estruturais do modelo médico-hegemônico: biologismo, individualismo, a-historicidade, associabilidade, mercantilismo, eficácia pragmática, assimetria, autoritarismo, participação passiva e subordinada do paciente, exclusão do conhecimento do consumidor, legitimação legal, profissionalização formalizada, identificação com racionalidade científica, tendências indutivas ao consumo médico.

3.3. Política de Saúde no Brasil

É comum relacionar de modo unilateral a consolidação da Política de Saúde no Brasil com a promulgação da Constituição Federal de 1988, e de fato esse marco legal é importantíssimo, no entanto, é fundamental demarcar toda a movimentação política e social que precedeu esse processo.

Segundo Stampa (2012) o Brasil é um dos países que apresentam grande número de movimentos sociais, podendo ser encontrados em todos os cantos, com bandeiras de luta pela reforma agrária, pela habitação, movimentos dos negros, dos índios, das mulheres, movimentos de saúde, de deficientes e tantos outros. Grandes conquistas sociais e políticas foram resultantes dessa multifacetada mobilização popular, como por exemplo, a anistia dos exilados em 1979, a reforma dos partidos políticos, a institucionalização das organizações sindicais e populares, a reforma constitucional de 1988 e a eleição direta a Presidente da República (Stampa, 2012, p. 39).

Anteriormente à Constituição, a saúde estava associada ao vínculo formal de trabalho, ou seja, só tinha acesso aos serviços de saúde àqueles que possuíam a carteira de trabalho assinada. Existia uma forte interação entre os setores públicos e privados, entretanto, o sistema público se deteriorava. Viana (1998) sinaliza que entre os anos 1950 e 1976, o gasto com saúde aumentou somente de 1% para 2,5% do Produto Interno Bruto (PIB), tornando-se evidente a demonstração que a ampliação da cidadania social não contemplava o coletivo.

Logo, para pensar a construção da Política de Saúde no Brasil é essencial destacar o movimento da Reforma Sanitária, que desde os anos 1970 foi sendo construído, como resultado de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, priorizando o setor público, com vistas ao seu fortalecimento, em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado (Bravo & Matos, 2004).

A Reforma Sanitária surge no âmbito dos movimentos sociais, num contexto de crise, sanitária, política, econômica, social e sem dúvida foi uma das principais expressões de poder dos movimentos sociais no Brasil, um dos motivos para tamanha importância talvez seja a sua coparticipação no processo de retomada democrática.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 1986 é considerada um marco para a Reforma Sanitária e consequentemente para a Política de Saúde, pois é na referida conferência que se sistematiza o conjunto de proposições já pensadas desde os movimentos sociais, como também do Estado. Trata-se de uma proposta que articula ações com a reforma urbana, agrária, tributária, política, que vai consolidar a ideia do projeto popular da saúde (PAIM, 2008). As propostas discutidas serviram de norte para mais a adiante consolidar a Política de Saúde como pública, universal e dever do Estado.

Bravo (2010, p. 12) destaca alguns fundamentos da Reforma Sanitária e sinaliza que a premissa básica é a saúde como direito de todos e dever do Estado, além da democratização do acesso, a universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços pautado na integralidade e equidade das ações e participação popular através dos conselhos e conferências de saúde.

Assim, é na promulgação da Constituição Federal de 1988 que a política de saúde no Brasil vai se consolidar e formalizar a primazia da responsabilidade do Estado no trato com as políticas sociais, e instituir a Seguridade Social, com seu tripé: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. À saúde couberam cinco artigos (Art. 196 - 200) e nestes está inscrito que esta é um direito de todos e dever do Estado, e a integração dos serviços de saúde deve ser de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único (Bravo & Matos, 2004).

O SUS está centrado na ideia de que todos têm direito à saúde, ou seja, está ligado a condição de cidadania, não dependendo do mérito de contribuição (previdência social) ou de necessidade comprovação de ausência de recursos (assistência social). O SUS está pautado numa sociedade solidária e democrática, visando valores de igualdade, equidade, sem discriminação ou privilégios (Paim, 2009, p. 43).

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira da história no país a reconhecer a saúde como direito social, ou seja, a saúde é inerente a condição de cidadão. Pobres ou ricos, negros ou brancos, ateus ou cristãos, heterossexuais ou homossexuais, todos os cidadãos têm direito a saúde pública. Paim (2009) destaca que o artigo 196 menciona que o dever do Estado é garantido mediante políticas econômicas e sociais, ou seja, a Constituição

aponta que tanto as políticas econômicas, como as políticas sociais são fundamentais para a garantia do direito à saúde.

Questões como a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso a terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as políticas econômicas. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência são capazes de reduzir o risco às doenças e a agravos, compondo as políticas sociais (Paim, 2009, p. 44).

A Carta Magna faz referência à garantia do acesso universal e igualitário às ações de serviços para a promoção, proteção e recuperação, permitindo uma atenção integral, que vai para além daquele modelo médico curativo, estendendo-se à prevenção de doenças, controle de riscos e à promoção da saúde (Paim, 2009, p. 46). A Constituição foi fundamental para definir os determinantes das ações em saúde, valorizando ações e serviços como relevância pública, contudo, Paim (2009) chama a atenção:

[...] fica a impressão de que a Constituição não definiu se a saúde deve ser considerada um bem público ou um serviço a ser comprado no mercado. Na realidade, essa ambiguidade resultou dos embates e acordos políticos no processo constituinte. Representa o que foi possível conquistar naquele momento pelos deputados que defendiam a criação do SUS [...] (Paim, 2009, p. 47).

De acordo com a Constituição de 1988, cabe ao Estado dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços da saúde, com a execução sendo feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. No que se refere ao direito privado, são os parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do artigo 199 que explicitam a liberdade de assistência à saúde, mencionando que as instituições privadas poderão participar de forma *complementar*, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Para Ocke-Reis (2012) o Estado não consegue responder aos problemas da precária cobertura da atenção médica, o que acaba deixando espaço para o mercado. Para o autor os subsídios destinados ao setor privado decorrem da lógica contraditória de acumulação dos planos de saúde assentada no padrão de financiamento público. Dentre eles, o autor cita a utilização da alta complexidade

sem ressarcimento ao SUS, a renúncia de arrecadação fiscal e a isenção previdenciária.

Dessa forma, Ocke-Reis (2012) elenca algumas justificativas que confirmam que esses subsídios voltados para promoção do consumo prejudicam o setor público de saúde, das quais destacamos duas: primeiro, os subsídios acabam determinando que os agentes privados definam o montante total do gasto público em saúde e segundo, os receptores dos subsídios estão nos estratos superiores de renda, o que piora a regressividade tributária e o quadro de desigualdade no país.

Outro ponto de destaque é a redefinição da noção do que é e qual o papel da sociedade civil, que atualmente tem sido identificada como sinônimo de Organizações Não Governamentais (ONG), ou o chamado “Terceiro Setor”⁹. Dagnino (2004) também chama atenção para a marginalização dos movimentos sociais, como expressão dessa redefinição. Há um crescente abandono dos vínculos orgânicos dos movimentos sociais e a autonomização das ONGs produz uma responsabilidade, que as torna prestadoras de serviços, representando fundamentalmente os interesses das agências internacionais (financiam) e do Estado (contrata).

Para Alencar (2009, p. 9) a supervalorização do chamado “terceiro setor” tem levado à hegemonia das tendências de despolitização da “questão social”, e esse direcionamento do enfrentamento para o âmbito privado, demonstra para a autora um deslocamento dos direitos sociais agora transmutados em “direito moral”, sob os princípios abstratos da “ajuda mútua” e “solidariedade”.

Dagnino (2004) afirma que o neoliberalismo vai se utilizar de algumas estratégias para legitimar os seus ideais, o que a autora vai chamar de “confluência perversa” a semelhança de alguns conceitos, mas que na verdade, escondem a real intenção. A autora sinaliza, por exemplo, a existência de uma coincidência na exigência de uma sociedade civil ativa e propositiva, sendo preciso analisar cuidadosamente, pois, escondem divergências e diferenças fundamentais. “Confluência perversa” porque existe um obscurecimento dessas

⁹ Alencar (2009) caracteriza o “terceiro setor”, enquanto espaço situado ao lado do Estado (público) e Mercado (privado), no qual são incluídas entidades de natureza distinta como ONGs, fundações empresariais, instituições filantrópicas e atividades do voluntariado. Consideram-se entidades de fins públicos de origem diversa (estatal e social) e de natureza distinta (privada e pública). O “terceiro setor” é considerado um setor “não-governamental”, “não-lucrativo” e “esfera pública não estatal” materializado pelo conjunto de “organizações da sociedade civil consideradas de interesse público”.

distinções e divergências, por meio de um vocabulário comum e de procedimentos e mecanismos institucionais que guardam uma similaridade significativa (Dagnino, 2004).

Acontece ainda o que Behring (2003) caracteriza como contrarreforma do Estado, uma vez que esse movimento sugere o caminho inverso do significado da palavra *reforma*, não existindo reformas no sentido original, com conquistas ou muito menos com propostas que visem melhorar a situação da classe trabalhadora, como preconiza a Reforma Sanitária, por exemplo. A contrarreforma do Estado nesse caso retira direitos já conquistados, com ações de cunho neoliberal e defendidas pelas agências internacionais. Um projeto do grande capital defendendo o processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor (CFESS, 2010, p. 20).

A implementação da contrarreforma neoliberal do Estado se propõe efetivar a execução das políticas públicas por uma ampla gama de instituições 'não governamentais', 'não lucrativas' e voltadas ao desenvolvimento social – especialmente em setores não considerados 'atividades exclusivas de Estado' ou 'competitivos', em que a prestação de serviços de saúde está classificada no Plano Diretor da Reforma do Estado proposta por Bresser Pereira (Bravo & Andreazzi, 2014, p. 504).

O Plano Diretor da Reforma do Estado, conforme citam as autoras, foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado e, depois de ampla discussão, aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em setembro de 1995 (Brasil, 1995). O então presidente Fernando Henrique Cardoso foi o responsável pela sua aprovação, e deu origem a uma série de medidas que buscavam criar condições para a reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais (Brasil, 1995). O documento foi pensado para a definição de objetivos e diretrizes para a reforma da administração pública brasileira, e tinha como proposta "dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública (...) 'gerencial', baseada em conceitos atuais de administração e eficiência" (Brasil, 1995).

Aparece pela primeira vez a "propriedade pública não-estatal". O próprio documento afirma que são consideradas apenas duas formas de propriedades (estatal e pública), mas justifica que no capitalismo contemporâneo existe uma terceira forma, que é denominada como intermediária e extremamente relevante (Brasil, 1995, p. 43). Assim, a propriedade pública não-estatal é:

(...) constituída pelas organizações sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. O tipo de propriedade mais indicado variará de acordo com o setor do aparelho do Estado. No núcleo estratégico a propriedade tem que ser necessariamente estatal. Nas atividades exclusivas de Estado, onde o poder extroverso de Estado é exercido, a propriedade também só pode ser estatal. Já para o setor não-exclusivo ou competitivo do Estado a propriedade ideal é a pública não-estatal. Não é a propriedade estatal porque aí não se exerce o poder de Estado. Não é, por outro lado, a propriedade privada, porque se trata de um tipo de serviço por definição subsidiado. A propriedade pública não-estatal torna mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos envolvidos, ao mesmo tempo que favorece a parceria entre sociedade e Estado. As organizações nesse setor gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado. Em compensação seus dirigentes são chamados a assumir uma responsabilidade maior, em conjunto com a sociedade, na gestão da instituição (Brasil, p. 4, 1995).

Segundo dados do IBGE, em 2010 havia 290,7 mil Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil. As áreas de saúde, educação, pesquisa e assistência social totalizavam 54,1 mil entidades (18,6%). A organização se divide pelas regiões do Sudeste com 44,2%, Nordeste com 22,9%, Sul com 21,5%, Norte 4,9% e Centro-oeste com 6,5%.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) divulgou em 2018 dados afirmando que o Brasil fechou o ano de 2017 com 820 mil organizações da sociedade civil. Esse número representa um crescimento colossal do terceiro setor nos últimos anos e dessas 820 mil, 709 mil (86%) são associações civis sem fins lucrativos, 99 mil (12%) são organizações religiosas e 12 mil (2%) são fundações privadas.

Bravo & Andreazzi (2014) apontam que no Rio de Janeiro a adoção desse modelo ocorre inicialmente na administração do prefeito Eduardo Paes (mandatados de 2009-2013 e 2013-2017), que opta por trabalhar com Organizações Sociais¹⁰ (OS) na implantação da Saúde da Família e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que foram documentadas no Plano Municipal de Saúde de 2009-2013 (Bravo & Andreazzi, 2014, p. 505). De acordo com o IPEA (2018) o Rio de Janeiro tem cerca de 65.743 organizações da sociedade civil.

¹⁰ A Lei nº 9.637/1998 dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

As OSs são empresas de direito privado, “sem fins lucrativos”, que recebem os recursos públicos para administrar as unidades que prestam serviços públicos. Esse tipo de modelo de gestão pode ser dirigido para atividades relacionadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (Brasil, 1998).

As Organizações Sociais da Saúde (OSS) começaram a surgir no Brasil na esteira das possibilidades abertas para a gestão pública após a Reforma do Estado desencadeada nos anos 1994/1995. Portanto, são consideradas como um dos padrões de apresentação do denominado “terceiro setor” e emergem como nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das parcerias público-privadas (Moraes et al, 2018, p. 2).

No Rio de Janeiro, segundo Bravo & Andreazzi (2014), o Conselho Municipal de Saúde apresentou posição contrária à lei municipal¹¹ que dispõe sobre as OSs, revelando¹² que em 2009 foram firmados oito contratos com OSs e, em 2010, mais três, e no final de 2011, haviam sido qualificadas como OSs 37 entidades ‘sem fins lucrativos’, sendo 21 na área da saúde (Bravo & Andreazzi, 2014).

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde¹³ elaborou um documento no ano de 2012 para ser apresentado aos Ministros do Supremo Tribunal Federal, com fatos ocorridos nos estados e municípios brasileiros que já implantaram as OSs. O documento buscou mostrar os prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário, desse tipo de modelo de gestão dos serviços públicos na área da saúde.

Com argumentos baseados em depoimentos de usuários, trabalhadores das OSs e em pesquisa na imprensa, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde elencou diversas situações relacionadas aos trabalhadores e as diversas fraudes que envolveram consideráveis recursos públicos, em prejuízo da Administração Pública.

¹¹ Lei nº 5.026 de 19 de maio 2009.

¹² Segundo informativo da Comissão de Qualificação das Organizações Sociais, publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro em 30 de dezembro de 2011 (BRAVO & ANDREAZZI, 2014).

¹³ A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde é composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade.

As fraudes que envolvem recursos públicos resultam na violação frontal ao princípio da Moralidade na Administração Pública. A Lei 6.937/98 que cria as Organizações Sociais garante a essas a aquisição de bens e serviços sem a emissão de licitações e as mesmas não necessitam prestar contas a órgãos internos e externos da administração pública, porque essas são atribuições do “Conselho Administrativo” gerido da forma que as OSs acharem cabíveis. Isto tem aberto precedentes para o desvio do erário. Deste modo, sem haver fiscalização, o desvio de recursos públicos tem ocorrido de forma mais intensa nos estados e municípios em que esse modelo de gestão já foi implantado (Frente Nacional Contra a Privatização, 2012).

O documento apresenta inúmeras situações ocorridas em diversos estados do Brasil e expressa a dimensão do dano que esse tipo de gestão causa para a população, para os trabalhadores e para o Estado democrático de direito. O documento alerta que a legislação que regulamenta as OSs não contempla os controles próprios de funcionamento da Administração Pública e não prevê sequer o Controle Social. Esse tipo de modelo de gestão ainda prejudica os trabalhadores, considerando a eliminação dos concursos públicos, abrindo precedentes para o clientelismo nas contratações, e permitindo a precarização do trabalho diante à flexibilização dos vínculos.

A título de exemplo, o documento mostra que no Rio de Janeiro, do total de mais R\$ 500 milhões gastos pela Secretaria Estadual de Saúde só com medicamentos e material médico-hospitalar para hospitais e UPAs em 2009, 13,7% correspondem a compras feitas sem licitação, sob a alegação de eram aquisições emergenciais. Por esse motivo, o Estado pagou um preço mais alto pelos produtos.

Portanto, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde concluiu que diante a tais fatos, não existem argumentos capazes de sustentar a defesa jurídica ou econômica das OSs, principalmente na gestão dos serviços de saúde.

Outro movimento que vem acompanhando de perto esse processo é o “Nenhum serviço de saúde a menos”, que afirmam que em outubro de 2018 houve o corte de 239 equipes de Saúde da Família e a demissão de 1.400 profissionais¹⁴. Tais medidas significam o caos para a efetivação da Atenção Básica, conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS, causando diminuição na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e prejudicando diretamente a vida dos profissionais de saúde e dos usuários do serviço.

¹⁴ Cabe ressaltar que tais medidas forem realizadas por Paulo Messina - secretário da Casa Civil da gestão do prefeito Marcelo Crivella. Mais informações disponíveis em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/revista/reportagem/328-nenhum-servico-de-saude-a-menos>

O que se calcula é que algo entre 500 e 600 mil pessoas vão precisar ser realocadas de equipe [ESF]. Suas equipes de referência deixam de existir e elas passam a ser assistidas por outras, que por sua vez já contam com sua própria população adscrita (Antunes, V. Entrevista concedida para reportagem: Movimento de trabalhadores da saúde reage contra cortes na Atenção Básica do Rio de Janeiro. Por Luiz Felipe Stevanim, dezembro, 2018).

Para Ocke-Reis todo esse desfinanciamento e o dinamismo da gestão do SUS precisam ser debatidos no bojo de um pacto federativo em que governadores, deputados, senadores e o Poder Executivo se convençam da necessidade de reconstruir e integrar as instituições do Estado na área da assistência à saúde.

A defesa de uma política de saúde pública e universal não deve ser pautada apenas por uma categoria profissional, mas os assistentes sociais, considerando seu projeto ético político, têm o desafio de questionar no próprio processo de trabalho quais perspectivas neoliberais atingem a saúde e as políticas sociais. Desse modo, compreender o trabalho do assistente social na saúde se faz necessário para continuarmos nossa análise.

3.4. Trabalho do Assistente Social na Saúde

Matos (2013) aponta que historicamente o assistente social surge no contexto dos serviços de saúde com a função de apoiador e contribuinte para o aperfeiçoamento do trabalho do médico, onde a relação estava baseada numa perspectiva de complementaridade. Nesse período, por volta da década de 1940, o modelo de saúde no Brasil estava em processo de construção e não só o Serviço Social, como outras profissões também buscavam reconhecimento e valorização. O trabalho do médico era considerado central e a categoria paramédico foi bastante utilizada para referenciar aqueles profissionais não médicos, inclusive, os objetivos de trabalho eram pouco claros, onde ficava a cargo do médico direcionar as atividades dos demais.

A profissão estava em processo de formação e entre as décadas de 1940 e 1950 temos algumas conquistas que merecem destaque, como a regulamentação profissional e autonomia no exercício, a constituição de entidades representativas, a organização de congressos nacionais, entre outros

ganhos que vão ser importantes para a consolidação do Serviço Social enquanto profissão pertencente da divisão social e técnica do trabalho (Matos, 2013).

Na década de 1960 emerge no interior da profissão o movimento de Reconceituação¹⁵, que vai acontecer não só no Brasil, como também, em outros países latino americanos. Tal movimento significou a tentativa de superar práticas moralistas/conservadoras existentes na origem do Serviço Social, e foi um importante passo para a construção de um projeto profissional ancorado num referencial crítico do capitalismo.

A análise da transição da década de 1970 para 1980, tanto no âmbito profissional, como acadêmico, traz para o Serviço Social novas perspectivas de compreensão da profissão. Para Netto (1999) esse período aparece como importante momento de desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, promovendo a recusa e crítica do conservadorismo, tornando-se, essencialmente, a base para a construção do projeto ético-político da profissão.

O projeto ético-político do Serviço Social expressa, principalmente, a mediação entre dois projetos: o projeto societário e o projeto profissional. O projeto societário propõe de forma ampla contemplar a sociedade como um todo, como um projeto macroscópico, o que para Netto (1999) acaba sendo a principal diferença entre o projeto profissional, que abrange determinada categoria, e não pretende alcançar esse nível de amplitude. Logo, os projetos profissionais para o autor são conceituados da seguinte maneira:

(...) apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (Netto, 1999).

Os projetos societários estão presentes na dinâmica de qualquer projeto, pois, são eles que direcionam os rumos da sociedade como um todo, impactando diretamente nos demais, e é a partir das disputas entre esses projetos que se determina a manutenção ou transformação de uma dada ordem

¹⁵ Para Iamamoto (2007) o Movimento de Reconceituação foi para a profissão a contestação ao tradicionalismo e implicou um questionamento global da profissão, de seus fundamentos ideológicos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*.

social (Teixeira & Braz, 2009). O projeto ético-político da profissão propõe a transformação, no qual, não esteja vinculado ao projeto de sociedade atual que explora e oprime. Netto (1999) complementa e define os projetos da seguinte maneira:

A teoria social crítica (e, com esta designação, referimo-nos à tradição marxista) já demonstrou que a sociedade não é uma entidade de natureza intencional ou teleológica – isto é: a sociedade não tem objetivos nem finalidades; ela apenas dispõe de existência em si, puramente factual. No entanto, a mesma teoria sublinha que os membros da sociedade, homens e mulheres, *sempre atuam teleologicamente* – isto é: as ações humanas sempre são orientadas para objetivos, metas e fins. A ação humana, seja individual, seja coletiva, tendo em sua base necessidades e interesses, implica sempre um *projeto* que, em poucas palavras, é uma antecipação ideal da *finalidade* que se pretende alcançar, com a invocação dos *valores* que a legitimam e a escolha dos *meios* para lográ-la (Netto, 1999, p. 2).

Como já vimos, o projeto político econômico predominante a partir dos anos 1990 no Brasil foi o neoliberalismo. Este projeto propõe interferências mínimas do Estado no que se refere à política pública e forte intervenção na área econômica favorecendo o mercado. Algumas características desse projeto, no âmbito da saúde, precisam ser destacadas: como o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (Bravo & Matos, 2004). Com tantas contradições, na década de 1990, vemos dois projetos políticos em disputa na área da saúde: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária.

No que se refere ao Serviço Social, ambos os projetos, impactaram a prática profissional. O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, uma seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais, entre outras ações (Bravo & Matos, 2004). Contudo, o projeto da reforma sanitária vem requisitando para o assistente social, a busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (Bravo & Matos, 2004).

Para Santos & Melo (2018) é nesse momento que o Serviço Social caminha para o amadurecimento teórico, que se dá por três aspectos principais:

a influência da tradição marxista nas publicações; a interlocução com outras áreas do conhecimento e o próprio processo de transformações societárias, que vimos no capítulo anterior, que altera os padrões teóricos culturais, e consequentemente interferem no trabalho do Serviço Social.

O desenho do projeto ético político da profissão é consolidado e confere uma nova direção sociopolítica à profissão, trazendo um salto qualitativo que se expressa na elaboração do novo currículo, ampliação dos cursos de pós e graduação, aumento da produção científica, aumento e elaboração de bibliografia própria, lançamento de publicações como a revista *Serviço Social e Sociedade*, aumento do número de profissionais, a dinamização do CFESS e dos CRESS, e a politização progressiva da vanguarda da categoria (Santos & Melo, 2018, p. 100).

O Serviço Social integra o rol das profissões de saúde, com reconhecimento não só no plano legal, como também através da legitimação social das suas ações profissionais. Esse reconhecimento decorre da ampliação do conceito de saúde, que incorpora sua dimensão social e, como resultado, a exigência da proteção social em saúde (Mioto & Nogueira, 2009).

[...] a sustentação dessa posição no processo sócio-técnico da divisão do trabalho depende da clareza teórica e qualidade técnica impressa no exercício profissional. O alcance desses dois atributos contribui para impor o rompimento da clássica dicotomia teoria e prática e a busca da organização do conhecimento sobre a ação profissional relacionada ao seu objeto de trabalho (Mioto & Nogueira, 2009, p. 223).

As autoras destacam que as premissas para a ação profissional em saúde baseiam-se em três pilares: 1) necessidades sociais em saúde, que são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário; 2) direito à saúde, que é mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social e 3) produção da saúde, que é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde (Mioto & Nogueira, 2009, p. 223).

Ao longo dos anos muitos materiais foram produzidos para referenciar o trabalho dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, e destacamos o documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” de iniciativa do Conjunto CFESS-CRESS, que apesar das recomendações não se apresenta como receituário, mas sim como uma forma de orientação profissional pautada nas bases do projeto ético político e do movimento de Reforma Sanitária.

O documento sinaliza que existem quatro eixos¹⁶ principais do trabalho do assistente social na saúde: 1) atendimento direto aos usuários; 2) mobilização, participação e controle social; 3) investigação, planejamento e gestão e 4) assessoria, qualificação e formação profissional.

Para a realização das ações explicitadas é de suma importância o uso de algumas dimensões que o documento elege: investigação; planejamento; mobilização; participação social dos usuários; assessoria e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social (CFESS, 2010, p. 42). Sendo assim, segundo o documento, pensar o trabalho na saúde consiste em:

- 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;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;

¹⁶ O documento destaca que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade (CFESS, 2010).

- 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;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Para Costa (2000) tudo o que compromete, dificulta ou prejudica a qualidade do atendimento ao usuário é passível da mediação do assistente social, podendo ser no laboratório de análises clínicas da unidade, na farmácia, no serviço de nutrição [copa e cozinha], nas enfermarias, lavanderia ou até mesmo na esfera mais privada das relações sociais e relações de trabalho, por ocasião de problemas entre usuários e equipe etc (Costa, 2000, p. 6).

Esse dado também demonstra que a participação dos assistentes sociais nos processos de trabalho nas instituições de saúde tem a singularidade "repor" (ante a impossibilidade de recompor), com a sua ação, as lacunas da parcialização, fragmentação, superespecialização e terceirização do trabalho (Costa, 2000, p. 6).

Dessa maneira, para ela, o trabalho do assistente social, na área da saúde, cumpre a tarefa de restabelecer o elo orgânico entre os setores, profissões, instituições e saberes, quebrado pela burocratização e verticalização das ações existentes nas relações internas do SUS, entre este e as demais políticas sociais e instituições (Costa, 2000, p. 6).

De acordo com Vasconcelos (2008), o Serviço Social, de uma forma geral, vem seguindo uma lógica de organização e estratégias de ação no trabalho na área da saúde, que geralmente acontece por meio de desenvolvimento de ações no plantão, no plantão e em programas ou somente em programas e projetos (Vasconcelos, 2008, p. 5).

Para a autora, essa forma de organização e a postura dos profissionais expressam características de passividade, dependência, submissão e subalternidade, frente às rotinas institucionais, às solicitações da gestão e dos demais profissionais, recebendo ainda, como únicas, as demandas explícitas dos usuários, e que essas características determinam a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado pelos assistentes sociais (Vasconcelos, 2008, p. 5).

Vasconcelos (2008) critica que essa estrutura de organização tem sido mantida por anos mesmo com a ocorrência de mudanças nos serviços de saúde e na saúde da população usuária, o que conseqüentemente também modificou as demandas dirigidas ao Serviço Social e à dinâmica institucional.

A Atenção Domiciliar é um dos exemplos das mudanças ocorridas nos serviços de saúde, que apesar da recente consolidação não está livre das questões levantadas e discutidas no decorrer deste estudo. Os impactos nas políticas sociais em função das modificações implementadas pelo capital, expressam as formas de execução dos serviços e programas de Atenção Domiciliar, bem como, interferem na prática cotidiana do trabalho do assistente social, suas condições de efetivação, contradições, possibilidades e desafios. Por esse motivo, veremos a seguir como se apresenta essa modalidade de atenção à saúde no SUS, suas características no município do Rio de Janeiro e as particularidades desse trabalho para o assistente social.

4

Atenção Domiciliar à Saúde

As transições nos aspectos demográficos e epidemiológicos ocorridas no Brasil, desde o início do século, apontam para mudanças na situação de saúde da população e justificam uma série de estratégias para a formulação de políticas públicas. Diversas propostas técnicas e assistenciais na área da saúde vêm ganhando destaque e nesse conjunto diverso, os programas e serviços de Atenção Domiciliar têm sido uma delas.

É importante destacar algumas considerações sobre os conceitos de Atenção e Assistência domiciliar, que são aparentemente semelhantes, mas com significados distintos. A Atenção Domiciliar é um conceito mais amplo, mais geral, que engloba ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio, já a Assistência Domiciliar, refere-se ao conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio (RDC ANVISA Nº 11, 2006, p. 2). Logo, partimos do pressuposto que a Assistência Domiciliar se encontra inserida na Atenção Domiciliar, ou em outras palavras, as atividades assistenciais realizadas no domicílio fazem parte de ações maiores da Atenção Domiciliar.

Existem muitas dimensões do cuidado domiciliar e grande diversidade no modo de assistência. Pode acontecer com visitas domiciliares a pacientes crônicos ou até mesmo com o estabelecimento de um aparato médico-hospitalar de grande complexidade de cuidados como é o caso da internação domiciliar (Silva et al, 2010). A principal diferença entre a assistência e a internação domiciliar é a intensidade da presença dos profissionais, onde na assistência domiciliar ocorrem visitas periódicas, podendo ser semanais, quinzenais ou mensais, e exige a obrigatoriedade de um familiar ou pessoa próxima protagonista nos cuidados, ou seja, a equipe tem um papel de apoio apenas. Já na internação domiciliar o profissional fica constantemente acompanhando o usuário, em tempo integral e sendo o principal cuidador, tendo em vista que o quadro clínico exige uma atenção maior.

Embora não seja o foco de análise deste estudo, a questão da centralidade¹⁷ dos cuidados na família existente na Atenção Domiciliar à saúde merece algumas considerações, dado que essa problemática terá implicações diretas para o trabalho do assistente social.

Uma das principais exigências desse tipo de modalidade de atenção à saúde é a presença de um cuidador. Segundo a portaria de Atenção Domiciliar, o cuidador é/são “pessoa (s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta (s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá (ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar” (Brasil, 2016).

Partimos do pressuposto que esse tipo de modalidade de atenção à saúde coloca os cuidadores numa posição de trabalho doméstico e sem remuneração. Ferreira (2017) classifica o trabalho doméstico e de cuidados como um conjunto de atividades voltado para a reprodução diária das pessoas e a provisão de suas necessidades físicas, materiais e emocionais, as quais se particularizam ao longo do ciclo de vida e das contingências inerentes à condição humana.

A autora afirma que é um trabalho que não só produz bens de consumo necessários à sustentação imediata das pessoas (alimentação), a manutenção dos espaços de moradia, como provê cuidados e propicia as primeiras aprendizagens necessárias ao processo de humanização e socialização, como a fala, a coordenação motora etc. Atua, portanto, na transformação de seres humanos em seres sociais (Ferreira, 2017, p. 20).

Pela mediação da divisão sexual do trabalho, estas atividades são majoritariamente atribuídas às mulheres. Este trabalho assegura a reprodução social compreendida com a “produção social dos seres humanos”. O cuidado, por sua vez, “é um trabalho que abrange um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em oferecer uma resposta concreta às necessidades dos outros” (Ferreira, 2017, p. 20).

A autora afirma que é por conta das ideologias reproduzidas pela família, pela Igreja e pelo próprio Estado, que o trabalho doméstico realizado pelas

¹⁷ Para Ferreira (2017) houve uma invisibilidade no debate das políticas sociais de saúde - sob a égide do neoliberalismo e do neodesenvolvimentismo – no que diz respeito a permanência de grande parte dos encargos estarem sobre as famílias e, no interior desta esfera, sobre as mulheres.

mulheres foi socialmente convertido em um dom natural, uma virtude moral e em um atributo da “feminilidade” (Ferreira, 2017, p. 89).

Portanto, para ela o trabalho doméstico e de cuidados inscreve-se como parte do desenvolvimento molecular do capitalismo nascente e de seu desenvolvimento histórico. O trabalho doméstico não remunerado e de cuidados, realizado majoritariamente pelas mulheres, constitui-se em uma mediação fundamental para reprodução da economia capitalista (Ferreira, 2017, p. 91).

Não podemos esquecer que a proteção social é de responsabilidade prioritariamente do Estado e não da família, o que segundo Mito (2015) se deve a grande insuficiência/ausência de serviços, especialmente públicos/estatais de caráter universal. Além disso, o forte investimento de recursos em subsídios à oferta de serviços por entidades não governamentais, os quais tendem a ser focalizados, seletivos, precários e normalizantes também contribuem para esse processo (Mito, 2015). Outro ponto que a autora sinaliza, é a incorporação das famílias no cotidiano dos serviços ofertados.

Em relação a este último aspecto, os processos de responsabilização da família estão presentes principalmente na configuração do acesso aos serviços, no campo dos cuidados e na própria organização dos serviços e em seus processos de externalização. As instituições tendem a se apropriar do trabalho familiar por meio de práticas administrativas e de participação (Mito, 2015, p. 708).

Essas questões ficam nítidas no contexto da Atenção Domiciliar, uma vez que a família ameniza a carga de trabalho da equipe de saúde, isto é, o Estado se isenta de custear o atendimento necessário e para contribuir para a melhora do usuário, a família participa ativamente do cuidado. Essas práticas são comuns, visto que, o cuidado é entendido como algo natural e inerente à família, e no ambiente domiciliar essa responsabilidade se multiplica.

Dessa maneira, compreendemos que o trabalho do assistente social na Atenção Domiciliar à saúde, muito mais do que realizar encaminhamentos relacionados às políticas sociais em geral, deve pensar como contribuir para amenizar a sobrecarga dessas cuidadoras. Seja na articulação/intermediação com a própria equipe interdisciplinar - desvelando e apresentando a realidade social do usuário e sua família, colaborando no abandono de visões e práticas preconceituosas, culpabilizadoras e de senso comum - seja no estímulo ao pensamento crítico dessas mulheres, encorajando a participação em espaços

políticos que possam pensar sobre a criação de políticas públicas que atinjam essa parcela da população.

4.1.

Breve Histórico - Atenção Domiciliar à Saúde no Brasil

A primeira experiência organizada de Atenção Domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho, em 1949. Contudo, só foi organizada como atividade planejada no setor público a partir de 1963, como o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores do Estado de São Paulo (Neto & Dias, 2014).

Silva et al (2010) afirmam que é a partir da década de 1990 que começam a expandir experiências de Atenção Domiciliar, o que acaba exigindo regulamentações para o funcionamento e a criação de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas. Cabe destacar, que nesse período o SUS estava num processo de discussão e amadurecimento, e novos arranjos de cuidados estavam sendo experimentados.

Contudo, é a partir dos anos 2000 que os programas e serviços de Atenção Domiciliar ganham destaque no país, com projetos assistenciais variados e no que diz respeito às normativas, só existiam portarias específicas voltadas ao cuidado domiciliar de usuários com AIDS e para a atenção aos idosos (Carvalho, 2009).

Assim, a Atenção Domiciliar é inserida no SUS em 2002 através da inclusão da Lei nº 10.424, onde ficou estabelecida no capítulo VI, como subsistema de atendimento e internação domiciliar. A referida lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, regulamentando, assim, a assistência domiciliar no país (Brasil, 2002).

De um modo geral, as recomendações para Atenção Domiciliar começam a ganhar força em função das transições nos aspectos demográficos e epidemiológicos da população, e se apresenta como alternativa ao modelo hegemônico em saúde. No entanto, após várias reformulações ficou estabelecido que a Atenção Domiciliar fosse indicada para pessoas que estão em estabilidade clínica, necessitando de atenção à saúde em situação de

restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade, na qual a Atenção Domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (Brasil, 2016).

Nesse sentido, a Atenção Domiciliar amplia seu círculo de atendidos e não se restringe mais a critérios de idade, podendo acompanhar e prestar assistência para crianças, adolescentes, adultos e idosos. De acordo com o discurso legal, os principais objetivos para implantação de serviços e programas de Atenção Domiciliar pressupõem a redução da demanda por atendimento hospitalar, redução do período de permanência de usuários internados, humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários, e a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde¹⁸ (Brasil, 2016).

A referida modalidade de atenção à saúde deve seguir as seguintes diretrizes: 1) ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS; 2) estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde; 3) adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e 4) estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador (Brasil, 2016).

Segundo Silva et al (2005) tem sido crescente nas últimas décadas a busca por explicações para os altos custos sociais com a atenção hospitalar e a insatisfatória resposta comprovada pelos indicadores de qualidade de saúde das populações.

A análise dos gastos públicos com atenção à saúde, revela que há disparidade entre os gastos hospitalares e os gastos na atenção básica e de média complexidade. O peso na elevação dos custos da atenção hospitalar está relacionado com as altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, e com os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia (Silva et al, 2005, p. 392).

¹⁸ As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Desse modo, Silva et al (2005) sugerem que para que tenhamos mudanças na qualidade dos serviços são necessárias novas formas de atuação e novos espaços e processos de trabalho que superem o modelo hospitalocêntrico e incluam ações diferenciadas como hospital-dia, internações domiciliares, cuidados domiciliares, preparação para o autocuidado, incorporando também os saberes reinantes nas famílias e nas comunidades.

Concordamos com os autores que a necessidade de mudanças no modelo assistencial de saúde é urgente, contudo, cabe problematizar as formas de efetivação dessas ações, considerando o ataque às políticas sociais que tem sucateado e diminuído cada vez mais os investimentos nos serviços à população usuária. A adoção de modelos que superem a lógica hospitalocêntrica é essencial, mas precisam acontecer de modo que não sobrecarregue as famílias. Como temos visto, a lógica de mercado vem superando todas as esferas da organização social, e na saúde, essa prioridade atinge literalmente a vida da população.

A Atenção Domiciliar é ofertada no SUS através dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e apresentaremos brevemente a organização desse serviço. O SAD é entendido como serviço complementar aos cuidados realizados na Atenção Básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar (Brasil, 2016). As equipes que compõem o SAD são formadas pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) - que podem ser constituídas como EMAD tipo 1 ou EMAD tipo 2¹⁹ - além da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

As EMADs são as principais responsáveis pelo acompanhamento do usuário no domicílio e têm a composição de profissionais da área médica, de enfermagem, de fisioterapia ou serviço social, além de auxiliares ou técnicos de enfermagem. Já as EMAPs precisam ter composição mínima de 3 profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações de assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional (Brasil, 2016).

As EMADs e EMAPs devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), e as EMADs são pré-

¹⁹ O que vai diferenciar o tipo de EMAD indicada para cada município é o número da sua população. A EMAD tipo 1 é para municípios com 40 mil habitantes ou mais e a EMAD tipo 2 é para municípios com população entre 20 mil e 39.999 habitantes.

requisito para constituição de um SAD, ou seja, não é possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD (Brasil, 2016).

A EMAD deve fazer, no mínimo, 1 visita por semana e a EMAP pode ser acionada caso a EMAD faça a indicação, solicitando suporte e complementar suas ações. É importante que o SAD se articule com os outros serviços da RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e Atenção Básica (Brasil, 2016). A portaria estima que tenha em média 60 usuários para cada EMAD Tipo 1 e 30 para cada EMAD Tipo 2, mensalmente.

A organização da Atenção Domiciliar está dividida em três modalidades (AD1, AD2 e AD3), nas quais se referem às necessidades de cuidados específicos de cada caso, ao estabelecimento da periodicidade das visitas, o nível de intensidade do cuidado multiprofissional, além do uso de equipamentos (Brasil, 2016).

A primeira delas é a modalidade AD1, que é indicada para usuários que estejam dentro dos critérios estabelecidos pela portaria e precise de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais. Nessa modalidade, a responsabilidade fica a cargo das equipes de Atenção Básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades dos casos, tendo o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação (Brasil, 2016).

A segunda modalidade é a AD2, que tem como objetivo abreviar ou evitar hospitalização de usuários que possuam: afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal (Brasil, 2016).

Para a terceira modalidade AD3, considera-se elegível o usuário com qualquer uma das situações apresentadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento (s) ou agregação de procedimento (s) de maior complexidade (por exemplo,

ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade dos SADs (Brasil, 2016).

Dessa forma, é a partir dessa classificação que será estipulado o grau de dependência física e mental do usuário e vai determinar a complexidade do cuidado. Quando falamos de idosos, crianças e adolescentes, por exemplo, a tendência é que essa dependência seja maior, o que exigirá ainda mais responsabilidades do cuidador.

Um dos eixos fundamentais para efetivação da Atenção Domiciliar é o conceito de desospitalização, o que em linhas gerais, está associada à humanização do usuário e sua família, e oferece uma recuperação mais rápida no domicílio buscando racionalizar a utilização dos leitos hospitalares (Silva et al, 2017).

O processo de desospitalização opera como um conjunto de ações e encaminhamentos realizados pela equipe interdisciplinar, ocorridos ainda quando o usuário está internado, visando a saída do hospital de forma segura. A família é parte essencial nesse processo, tendo em vista que o usuário internado pouco pode contribuir nas questões objetivas, como por exemplo, na organização e readequação do domicílio ou mobilização para resolver assuntos externos²⁰. A desospitalização preconiza um melhor aproveitamento dos leitos e a redução de gastos, considerando que o perfil dos usuários elegíveis é de longa permanência nos hospitais e conseqüentemente geram grandes custos para a instituição.

Para a família os benefícios da desospitalização são evidentes, visto que, possibilita a convivência em casa, a aproximação com familiares e amigos, diminuição dos riscos de infecção com a saída do ambiente hospitalar e quando pensamos no caso de crianças, que muitas vezes não conhecem outros espaços além do hospitalar, temos o desenvolvimento significativo de aspectos comportamentais e cognitivos.

A ideia de rede é bastante utilizada na desospitalização e na Atenção Domiciliar. Isso porque, além da coparticipação da família, outras redes de apoio podem e devem subsidiar nos cuidados, com ações e serviços de saúde

²⁰ Assuntos burocráticos em geral, de cunho socioassistencial ou jurídico.

integrados, buscando garantir um dos princípios do SUS: a integralidade do cuidado. O usuário não está isolado, a família deve ser considerada na atenção e compreendida como um todo, inclusive, com articulação com outras políticas públicas. O eco da atenção integral deve repercutir não só na saúde, mas também na qualidade de vida do usuário e da sua família.

Mendes (2010) afirma que numa perspectiva internacional os sistemas de saúde são predominados pelos sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas.

(...) os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população (Mendes, 2010, p. 6).

Logo, nos sistemas fragmentados os diferentes níveis de atenção à saúde²¹ não são articulados, o que Mendes (2010) chama atenção, visto que, nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado. Para o autor as redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

O autor embasa a necessidade de articulação em rede, pois argumenta que existem evidências de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos (Mendes, 2010, p. 6).

Como vimos anteriormente, a organização da Atenção Domiciliar está dividida em modalidades e os cuidados dos usuários que necessitam desse serviço podem apresentar demandas de baixo, médio e alto grau de complexidade. Nesse sentido, há a exigência de habilidades específicas para lidar com aparelhos tecnológicos como aspirador, nebulizador, respiradores, entre outros, além de conhecimentos essenciais para manipulação de medicamentos e insumos hospitalares.

Logo, a família precisa capacitar-se em tarefas específicas e técnicas da área da saúde, nas quais não se preparou e não escolheu para tal, compromissos que sobrecarregam, na maioria das vezes, apenas um familiar – e

²¹ No Brasil, o SUS é organizado por três níveis de atenção: 1) Baixa complexidade (Atenção Básica ou primária); 2) Média complexidade e 3) Alta complexidade.

como já vimos, esse familiar na maioria dos casos se expressa na figura feminina (mãe, filha, avó, vizinha).

Esse quadro, em que se ensaia o deslocamento da lógica do cuidado institucional ao domiciliar responde por uma maior responsabilização da família frente aos seus membros na mesma proporção em que o Estado se ausenta do cumprimento de seu papel. Em que pese o reconhecimento da importância de participação da família no processo de recuperação da saúde de seus membros, o que se discute é a transferência de atribuições e responsabilidades que frustram diante de uma realidade social adversa (Monteiro & Nogueira, 2015, p. 151).

A realidade social adversa que as autoras se referem está relacionada às expressões da “questão social” que se manifestam nas condições objetivas das famílias brasileiras, materializadas no cotidiano das relações sociais através da pobreza, da violência urbana, de gênero, abandono, dentre outras situações (Monteiro & Nogueira, 2015).

O domicílio é um espaço particular, íntimo do usuário e sua família, onde os profissionais vão encontrar diversos modos de vidas, histórias e hábitos. Isso significa que as equipes de atenção domiciliar - e não só - precisam estar atentos, é indispensável se despir das visões preconceituosas, para não conduzir o trabalho para um viés conservador. Nogueira e Monteiro (2015) sinalizam que uma concepção fechada, limitada, idealizada e pré-concebida de família pode produzir alguns conflitos entre a família e a equipe.

Embora o impacto das mudanças nas relações, padrões e concepções de família perpassem o cotidiano dos profissionais de saúde, sua compreensão ainda é atravessada pelas impressões e modelos internalizados e idealizados de família burguesa. (...) Nesse sentido, há a necessidade de capacitação crítica e qualificação constante dos diversos profissionais da equipe de saúde no que tange à concepção da família contemporânea e das legislações que regulam suas relações com seus membros, com o Estado e com a sociedade (Nogueira & Monteiro, 2015, p. 155).

A relação entre a equipe e a família deve ser bastante discutida na Atenção Domiciliar, pois existe uma tendência de adoção de um papel fiscalizador da equipe, que comumente culpabiliza a família. O viés moralizador e julgador frente à falta de organização ou dificuldades para resolver determinadas tarefas, na verdade é um equívoco quando não se considera a conjuntura social, econômica e política. Conforme as autoras sugerem, a

capacitação crítica e qualificação da equipe são essenciais para superar o caráter moralizador e/ou repressivo direcionados à família.

Existem ainda questões de poder que perpassam essa relação – e que também acontecem dentro do espaço institucional. As famílias muitas vezes não se sentem a vontade para compartilhar informações ou sugerir outras formas de cuidado. É de extrema importância que o conhecimento da família sobre o cuidado do usuário seja considerado, afinal, quem passa a maior parte do tempo cuidando? Quem realiza rotineiramente as atividades necessárias para a permanência do usuário em casa? A interação entre a equipe e família se faz necessária na Atenção Domiciliar, visto que, a comunicação entre os pares é essencial.

4.1.1.

A configuração do PADI do Rio de Janeiro

O SAD no Rio de Janeiro foi inaugurado em 2010 com o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), que tinha como proposta oferecer assistência em casa, prioritariamente, às pessoas com 60 anos ou mais de idade, mas como já vimos após atualizações das legislações o programa ampliou seu perfil e hoje contempla todas as faixas etárias. Atualmente, o programa está instalado nos hospitais municipais Miguel Couto, Salgado Filho, Lourenço Jorge, Pedro II e Francisco da Silva Telles, localizados respectivamente nos bairros do Leblon, Méier, Barra da Tijuca, Santa Cruz e Irajá.

O programa conta com 103 profissionais divididos entre as 5 bases, atendendo cerca de 900 usuários em todo o município. O SAD é organizado a partir da lógica territorial, sendo referência em Atenção Domiciliar. Deve se relacionar com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a Atenção Básica, atuando como matriciadores, quando necessário (Brasil, 2016). Os profissionais envolvidos fazem uma cobertura no município, totalizando 164 bairros, dentro das Áreas Programáticas: 2.1, 3.2, 3.3, 4.0 e 5.3.

Em relação ao mapeamento do perfil dos usuários, o maior índice é de idosos, pessoas acamadas por patologias crônicas, pessoas com lesões oriundas de acidentes de trânsito e pessoas com gastrostomia e traqueostomia. Uma particularidade dos PADIs do município do Rio é que existem poucas

crianças atendidas – como já vimos o perfil pensado inicialmente para o programa era de idosos, e por isso a maioria dos assistidos ainda prevalece sendo essa parcela da população.

A admissão de qualquer usuário em serviço ou programa de Atenção Domiciliar se inicia com a estabilidade clínica, e no PADI do município do Rio de Janeiro não é diferente. O usuário não necessariamente precisa estar internado, mas precisa residir no município do Rio de Janeiro, possuir um ou mais cuidadores e ter restrição ao leito ou limitação de sair do seu domicílio, além de preencher os critérios que o impossibilite de ser atendido pela Atenção Básica.

Se o usuário não está internado no hospital da base do programa, a porta de entrada é a Atenção Básica via o SISREG, que é o Sistema Nacional de Regulação. Outra forma de inserção no programa é tentar via demanda espontânea e procurar a sala onde o programa fica localizado. Para aqueles que estão internados no hospital que fica a base do programa, existem técnicos de enfermagem que fazem captação nos leitos e verificam os possíveis usuários enquadrados no perfil do PADI.

A equipe de administrativo recebe as demandas, podendo ser de qualquer uma das formas que apontamos anteriormente e agenda uma visita de avaliação no domicílio. Nesse momento, além das condições clínicas do usuário, o cuidador, o território e o domicílio também são avaliados.

Nos itens anteriores, vimos que as condições clínicas do usuário precisam ser estáveis para a admissão no PADI e abordamos a centralidade do cuidador nesse tipo de programa. A questão do território também precisa ser aprofundada em estudos futuros, considerando o aumento da violência urbana²² no município, que interfere na garantia de atendimento desse tipo de modalidade de atenção à saúde, haja vista, a particularidade de deslocamento até o local de moradia do usuário. No que se refere à avaliação do domicílio, são consideradas questões de cunho ambiental, se a residência tem condições de receber a equipe, se é possível acessar a localidade da residência, a existência de animais domésticos que coloque em risco a saúde do usuário, entre outros pontos observados pela equipe.

²² Atualmente, o mecanismo para assegurar os profissionais do PADI nesse quesito, é a participação da equipe numa oficina denominada de Acesso Mais Seguro, que trata questões de prevenção, comportamento nas localidades consideradas perigosas e formas de lidar em situações de risco. Além disso, o PADI em parceria com as Clínicas da Família do território, antes de sair para as visitas entra em contato e a partir da classificação, que pode ser verde (seguro), amarela (atenção) ou vermelha (perigo), avaliam a saída da equipe para o território.

Após a visita de avaliação do domicílio e constatação da equipe que o usuário está dentro do perfil determinado pelo programa, agenda-se outra visita, mas agora para efetivar o atendimento.

A periodicidade das visitas é planejada de acordo com a combinação das demandas específicas dos usuários e com a disponibilidade dos profissionais. O profissional faz a solicitação através de um formulário e cabe à equipe administrativa organizar todas as solicitações de todos os profissionais.

Essa forma de organização nos parece confusa, isso porque, os parâmetros de escolha para as combinações das visitas podem ser colocados em questão, já que a equipe administrativa não tem conhecimento sobre as demandas centrais de cada família. Existe uma categoria considerada prioritária? Ao realizar a agenda a equipe administrativa consegue ser fiel aos pedidos dos profissionais? Práticas como estas tendem a reforçar a lógica da saúde centrada no médico, sendo considerado o profissional mais importante, e mais, ainda coloca em xeque a autonomia das outras categorias.

Existe uma articulação entre o PADI e o hospital municipal que o programa está situado. Como mencionado acima, ocorre uma dinâmica de captação dos usuários dentro do perfil, que exige interação entre a técnica de enfermagem que é responsável pela busca e os profissionais que trabalham nas unidades de internação. Mas agora com o déficit de pessoal, a técnica de enfermagem também está na rua fazendo visitas, a consequência disso é que o usuário dentro do perfil tem alta e o programa não consegue absorver.

O sucateamento do serviço fica evidente com a demissão de muitos profissionais e a falta/atraso do pagamento de outros, que gera uma sobrecarga para os trabalhadores que ficam, modificando a organização e a rotina do programa, prejudicando principalmente os usuários do serviço. A dinâmica de captação prévia nos leitos de internação aparece como importante estratégia para fortalecer o princípio da integralidade do SUS, onde as ações se dão de forma integrada, articulando os setores diferentes do hospital, e dando acesso aos usuários a promoção da saúde. Vale destacar, que esse princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, havendo ações intersetorias nas diversas áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos usuários.

A precarização da política de saúde pública pode ser expressa nos PADIs de diversas formas: 1) distribuição e redução dos recursos humanos e materiais; 2) intensificação do trabalho da equipe em função das metas; 3) condições de trabalho, entre outras.

Hoje no atendimento por base atende-se em média de 180 a 200 usuários. Cada base tem 2 EMADs, compostas por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e 1 EMAP composta por nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, dentista e terapeuta ocupacional.

A quantidade de usuários por equipe não é bem dividida por conta da questão de território, é comum ter equipes com mais pacientes que outras. São estabelecidas quatro rotas por base, onde cada médico é responsável por uma rota, já os fisioterapeutas e enfermeiros ficam responsáveis por duas rotas cada um. Isso quer dizer que para atender essas 4 rotas, será necessário quatro médicos, dois fisioterapeutas e dois enfermeiros, já os demais profissionais se revezam em todas as quatro rotas.

O trabalho dos profissionais do PADI consiste, principalmente, em orientar o cuidador domiciliar. As terapias de reabilitação, por exemplo, acontecem com a orientação do profissional e o cuidador fica responsável por executar a conduta.

Duas questões devem ser consideradas e problematizadas na Atenção Domiciliar: a primeira refere-se ao cuidador que não escolheu e não tem conhecimento específico para realizar essa função. Nesse caso, a família é sobrecarregada e a figura feminina assume centralidade dos cuidados, mesmo sem competência técnica para realizar tal atividade, com possibilidades de colocar em risco a saúde do usuário. Para além das tarefas domésticas assumidas pelas mulheres nos seus domicílios por conta das diferenças de gênero reproduzidas em nossa sociedade patriarcal, a mulher assume também a função de cuidadora da saúde.

A segunda questão se refere à lógica gerencialista da atividade realizada pela equipe de profissionais envolvidas no cuidado, pois o número de visitas impostas aos trabalhadores não permite o desenvolvimento de um trabalho com maior qualidade, mas sim a economia de recursos dos contratantes dos serviços. Essa lógica de mercadorização embutida no SUS que diverge dos seus objetivos fundamentais não deveria onerar os profissionais, muito menos as famílias.

Quando as entrevistadas foram perguntadas se existiam metas mensais para a equipe, todas responderam que sim, que existiam metas, mas não souberam informar de modo exato quais seriam essas metas. Uma das assistentes sociais relatou que existe uma cobrança intensa para a realização do máximo de visitas domiciliares possíveis, onde em alguns momentos os próprios trabalhadores sugerem suspender o almoço para conseguir fazer mais visitas.

O fato das profissionais não terem conhecimento sobre as metas a serem cumpridas por elas mesmas, é um alerta, pois expressa a falta de controle do seu processo de trabalho. Ao realizar as visitas automaticamente, desconhecendo as exigências numéricas postas, as profissionais aceitam sem problematizar o que a instituição demanda, ou seja, as possibilidades de questionamentos ficam desmobilizadas e fragilizadas. Essa falta de controle não é necessariamente intencional, mas, sobretudo, em decorrência da falta de possibilidade para realização de planejamentos e projetos profissionais.

Segundo as informações fornecidas pela gestão do programa, existem dois tipos de metas no PADI: quantidade de visitas domiciliares e quantidade de procedimentos realizados. Não existe meta individual para as categorias profissionais, as metas são de responsabilidade das equipes. Cada EMAD tem que executar 600 procedimentos por mês e cada EMAP 500, ou seja, a meta mensal para cada base é de 1700 procedimentos, considerando a soma das 2 EMADs e 1 EMAP ($600+600+500=1700$).

A intensificação do trabalho é notória na organização e definição de metas a serem cumpridas. Atualmente a exigência são de no mínimo 6 visitas diárias. Se o tempo total de trabalho dos profissionais é de 8 horas, e precisamos considerar o deslocamento de um domicílio para o outro, mais o trânsito, o tempo de atendimento fica bem limitado, sem possibilidades de extensão caso o profissional ou usuário precise. A lógica de atendimento por metas e a mensuração do valor de trabalho por quantidade de procedimentos - para a economia de recursos em benefício das empresas gestoras do serviço - transforma a atenção à saúde numa mercadoria, que por sinal, mal ofertada e de qualidade questionável. Nesse sentido, assimila alguns elementos da gestão toyotista que vimos no capítulo anterior, onde a flexibilização das relações de trabalho impera juntamente com a intensificação e precarização do mesmo.

Como analisamos com Druck (2011) anteriormente, características desse tipo de gestão, fixa um curto prazo e impõe rapidez ao processo de produção e

de trabalho, exigindo dos trabalhadores que se submetam a qualquer condição para atender à novos ritmos.

Apesar disso, de uma maneira geral, não existe nenhuma regra quanto ao tempo de atendimento, cada profissional avalia de acordo com o seu entendimento sobre a necessidade do usuário. Neves e Dambha-Miller et al (2017) fizeram uma pesquisa que teve como objetivo descrever o tempo médio de consulta do médico da atenção primária em países economicamente desenvolvidos e de baixa renda/de renda média, além de examinar a relação entre a duração da consulta e os resultados econômicos e de saúde da organização.

O estudo avaliou 67 países, incluindo o Brasil, e os pesquisadores constataram que o tempo médio de consulta varia de 48 segundos em Bangladesh a 22,5 min na Suécia. No Brasil, esteve entre 7 e 8 minutos, sendo avaliados cinco estudos, nas cidades de Ribeirão Preto, Fortaleza, Campo Grande, Ponta Grossa e o Estado da Paraíba. Na China, por exemplo, muitos médicos atendem até 90 pessoas em 12 horas de trabalho (Neves & Dambha-Miller et al, 2017). O estudo concluiu que o tempo curto de atendimento pode afetar negativamente a saúde e a carga de trabalho do médico, além da qualidade de assistência ao usuário.

É importante identificar, que com a mercadorização da saúde seja via OS, planos de saúde e seguros de vida, até mesmo os profissionais considerados liberais, como é o caso dos médicos, também estão submetidos à intensificação do trabalho com consequência na qualidade dos serviços prestados, sobretudo, para os usuários mais pobres: com redução da qualidade e péssimas condições de atendimento. Tudo isso faz parte do projeto neoliberal de redução estatal e privilegiamento do setor privado.

Essa questão da quantidade de atendimentos acaba limitando o trabalho das assistentes sociais à soluções imediatas, uma vez que a profissional se vê cheia de demandas para responder e acaba sendo uma profissional do hoje, do agora, aquela profissional que vai responder às questões de modo mais ágil e superficial.

Caso o usuário precise de mais atendimentos, precisará recorrer a outros serviços, podendo ser privado ou filantrópico, ou como acontece na maioria das situações, a população fica sem atendimento. O caráter de complementaridade

do setor privado que vimos anteriormente é posto em lugar central para o usuário acessar o seu direito à saúde previsto constitucionalmente.

Almeida e Alencar (2015) chamam a atenção para o fato de que o setor estatal vem sendo atravessado por uma nova racionalidade administrativa. Como o trabalho do assistente social ocorre principalmente no setor de serviços e particularmente nos serviços sociais voltados para as demandas coletivas de reprodução social, os autores alertam que existe uma tendência para a lógica de organização do trabalho dos parâmetros racionalizadores do trabalho na indústria (Almeida & Alencar, 2015, p. 161).

A perspectiva da “modernização” da gestão administrativa, a lógica da produtividade e da diminuição dos custos tem um impacto direto no aparato organizacional estatal responsável pelos serviços sociais. Tais alterações se expressam na forma de conceber, definir, organizar e gerir as políticas sociais, assim como também nas relações e condições de trabalho dos profissionais envolvidos nos distintos processos de trabalho. Como trabalhador assalariado, o assistente social sofre os mesmos constrangimentos do conjunto da classe trabalhadora, inclusive aqueles que são trabalhadores do setor estatal (Almeida & Alencar, 2015, p. 161).

A lógica da racionalidade administrativa privada não é exclusividade somente dos assistentes sociais – e demais trabalhadores - das empresas privadas. A gestão do serviço público cada vez mais se apropria do discurso de alcance de metas, controle de desempenho, redução de custos, racionalização do serviço, sistemas de padronização do trabalho, entre tantos outros, dessa forma, injetando as formas de organização das empresas privadas nas instituições públicas.

Sob o argumento de transitar para um tipo de administração pública, considerada burocrática, rígida e inoperante para uma administração que se quer gerencial, flexível e eficiente justificou as mudanças centrais no aparelho de Estado para a recuperação da capacidade de formulação e avaliação de políticas, para o resgate da agilidade de gestão, da eficiência e da qualidade da prestação de serviços. Tudo isso, portanto, justificou a promoção de uma ampla reestruturação organizacional, conjugada à renovação de métodos de gestão e de qualificação da força de trabalho (Almeida & Alencar, 2015, p. 161).

Vale lembrar, que as metas impostas para o PADI têm relação direta com a arrecadação dos recursos para a OS e o discurso de redução do custo estatal. Raichelis (2018) aponta que essas parcerias de natureza público-privadas têm ampliado nos aparelhos estatais, em diversas áreas das políticas sociais, como

também têm ocorrido importantes deslocamentos nos modos de gestão e contratação dos trabalhadores através da terceirização dos serviços públicos por meio da subcontratação de empresas ou instituições intermediadoras (Raichelis, 2018, p. 51).

De acordo com os resultados da pesquisa realizada por Moraes et al (2018) a natureza não lucrativa das OSs como entidades do “terceiro setor” é questionável, já que os autores rebatem essa classificação justificando o fato de estarmos numa sociedade conduzida pelo mercado. A pergunta que fica latente é o porquê dessas entidades estarem motivadas tão somente por valores da filantropia, da solidariedade social ou do interesse público?

Assim, o papel conferido à sociedade civil toma forma cada vez mais em iniciativas privadas que se colocam como complementares ao papel do Estado, mas de um modo em que a provisão e a gestão de serviços ocorrem sob nítida dependência da esfera governamental. Nessa direção, foi possível observar que as organizações privadas ditas de interesse público – neste caso, as OSs – carecem de expressivas e permanentes transferências do fundo público para seu financiamento, expansão e consolidação. Em um sistema público de saúde como o SUS, no qual há um déficit de investimento quase incomensurável e cuja sobrevivência técnica e política permanece altamente dependente do setor privado, dá-se que as trocas mercantis estão imbricadas em todas as relações mantidas entre seus componentes público e privado (Moraes et al, 2018).

Essa lógica progressiva que vem abarcando o setor da saúde expressa a intensiva mercantilização do SUS, impulsionada contraditoriamente na década de 1990, justamente no período de propagação de um sistema de saúde público, gratuito e de dever do Estado. Isso tem gerado muitas dificuldades e desafios profissionais. Todas as assistentes sociais entrevistadas fizeram menção às metas e ao desgaste provocado por esse recurso de intensificação e controle do trabalho.

Eu trabalho com Atenção Domiciliar há bastante tempo, é algo que eu me identifico e gosto do que faço, mas eu acho que para o Serviço Social as metas incomodam muito. Não resumir o seu trabalho a procedimentos. Mostrar que você faz parte da equipe, que o seu trabalho traz uma resposta para a melhora do quadro de saúde. No trabalho interdisciplinar funciona muito bem porque a equipe reconhece a importância do Serviço Social. É um desafio continuar fazendo o trabalho com qualidade, mediante a redução do quadro de profissionais, que sobrecarrega os outros profissionais, que não conseguem dar tantas respostas, porque você tem que se dividir, tem que passar em todos os pacientes, se dividindo em bases, continuar fazendo o melhor, que seja um trabalho eficiente, e antes já havia a necessidade muito grande do Serviço Social, só que agora com essas mudanças isso se pode se perder. Antes o desafio era o Serviço Social ser

visto como mais um profissional de saúde, que contribui na assistência e hoje o desafio é continuar dando respostas e se dividir (Assistente Social 01).

(...) é um serviço desgastante e precisava ter mais respeito pelos profissionais. É a gente que vai para a rua, para as casas com péssimas condições de higiene, péssimas condições de vida, lugares insalubres, um calor danado, com jaleco, quente, cansa e estressa. As pessoas não veem, não se importam com isso, não dão um fresco e pensam “ah, já alcançamos nossa meta, vamos dar uma diminuída?” Não, quanto mais tem, mais quer. Se tiver que fazer 200 visitas domiciliares vai ser feito (Assistente Social 03).

A lógica quantitativa de cumprimento de metas se sobressai diante de um trabalho de qualidade. O trabalho fica resumido ao cumprimento dessas metas e para o Serviço Social, a visita domiciliar é o que quantifica o produto do trabalho. O que as entrevistadas relatam acima são os reflexos da falta de investimentos públicos nas políticas sociais, bem como, o sucateamento da política de saúde, que vem causando danos tanto para os profissionais, como para os usuários. A falta de condições de trabalho e a precarização dos vínculos contratuais expressam algumas das consequências do projeto neoliberal.

Hirata (2016) afirma que o trabalho precário conduz à intensificação do mesmo. Isso porque, existe uma ameaça aos trabalhadores estáveis, já que os trabalhadores que estão desempregados e que procuram trabalho estão dispostos a aceitar condições salariais e condições de trabalho mais difíceis e mais penosas. Essa intensificação é também o resultado das novas formas de organização do trabalho e da produção, que atinge em níveis diferentes todas as esferas produtivas.

As assistentes sociais do PADI pouco argumentam sobre a lógica imposta de organização das visitas domiciliares: a ausência de tempo no horário de trabalho para refletir sobre o processo de trabalho dificulta esse movimento crítico. O que para Hirata (2016) esses modelos de organizações flexíveis do trabalho e da produção são essenciais para a própria reprodução do sistema de trabalho e de emprego no momento atual. A autora sinaliza que o resultado dessa intensificação percorre um caminho duplo: danos múltiplos à saúde física e psíquica e um aumento da distância entre assalariados e desempregados e, de modo mais amplo, entre os trabalhadores e aqueles que se encontram sem emprego (Hirata, 2016).

O atraso dos salários prejudica totalmente o trabalho, tem que vir, porque se não eles descontam. Agora por exemplo, estamos fazendo trabalho interno, porque os motoristas não recebem há 3 meses e não tem como sair para a visita sem carro/motorista (Assistente Social, 01).

As assistentes sociais e os demais trabalhadores da equipe ficam numa situação de instabilidade muito grande, já que não podem se ausentar do trabalho para não ter o salário descontado. Nesse sentido, a qualidade do atendimento aos usuários fica comprometida e a exigência de no mínimo 6 visitas diárias coloca em xeque o tipo de atendimento prestado pelos profissionais do PADI, sobretudo, das assistentes sociais, sendo muito difícil conhecer a realidade de 200 usuários inscritos no programa e suas famílias.

A combinação de cargas horárias parciais, de duplo vínculo e de ausência de planejamento pode estar reforçando uma tendência à burocratização da atuação do assistente social, que, sem uma permanência prolongada junto aos usuários, consegue, no máximo, realizar atividades de enfrentamento dos problemas imediatos, sem possibilidade de práticas mais profundas (Trindade, 2017, p. 102).

Assim, a continuidade dos atendimentos fica prejudicada e o trabalho com as demandas mais complexas, dificultado pela rotina intensa de visitas. Trindade (2017) chama atenção também para as atribuições que implicam em continuidades que demandam um trabalho mais de longo prazo, como por exemplo, o acompanhamento social a grupos, a mobilização de comunidades, entre outros. Para ela existe uma ênfase muito grande em atribuições que são mais da ordem das providências e abordagens individuais imediatas. Desse modo, a autora afirma que há uma relação entre a condição profissional e as condições do assalariamento. O que podemos confirmar no relato da profissional a seguir:

Têm pacientes que você consegue fazer um trabalho mais de perto, mas em função do volume, você se perde, acaba esquecendo, tem que dar conta das duas bases. Hoje por exemplo, era para eu estar na outra, mas eu organizo e modifico a minha rotina para estar aqui e resolvendo as questões daqui. Você perde detalhes do atendimento por conta de ter muita coisa (Assistente Social, 01).

Entretanto, apesar de tantas dificuldades postas ao trabalho das profissionais, elas realizam grupos para os cuidadores, com temas de interesse dos usuários e organizam encontros para discussão de assuntos comuns a

realidade da população atendida. Recentemente a gestão conseguiu isenção para sessão de cinema. Essa dimensão do lazer muitas vezes é deixada de lado e considerada menor comparando a outros aspectos da vida social, cabe ressaltar que o lazer é um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Dessa maneira, observamos a instituição do elo orgânico, no qual Costa (2000), afirma ter o Serviço Social a tarefa de cumprir, restabelecendo a articulação entre os setores, profissões, instituições e saberes. As referidas atividades propostas pelas assistentes sociais contribuem para a troca de conhecimentos e proporcionam a integração entre os próprios usuários e a equipe interdisciplinar.

Outro ponto em comum nas respostas das entrevistadas é o atual quadro reduzido de profissionais do PADI, que sobrecarregam de várias maneiras o trabalho, onde a profissional se sente desgastada por ter que repetir diversas vezes o mesmo conteúdo sobre o processo de trabalho em função da rotatividade dos profissionais.

É um desafio continuar fazendo o trabalho com qualidade, mediante a redução do quadro de profissionais, que sobrecarrega o profissional, não consegue dar tanta resposta, porque você tem que se dividir, tem que passar em todos os pacientes, se dividindo em bases, continuar fazendo o melhor, que seja um trabalho eficiente, e antes já havia a necessidade muito grande do Serviço Social, só que agora com essas mudanças isso se perca. Antes o desafio era o Serviço Social ser visto como mais um profissional de saúde, que contribui na assistência e hoje o desafio é continuar dando respostas, se dividir (Assistente social 01).

Essas mudanças recentemente mexem muito com a equipe. Entra muito gente nova e você tem que ficar ensinando toda hora a mesma coisa de novo. E não só para a sua própria categoria. Isso perde tempo, isso desgasta (Assistente social 03).

Sobre os recursos disponibilizados para o trabalho e informados pelas entrevistadas foram citados: transporte, telefone e computadores. Uma das entrevistadas relata que utiliza o próprio telefone móvel para poder entrar em contato com as famílias e afirma que não se sente prejudicada, pois, justifica que a sala está sempre cheia de outros profissionais, o que interfere na privacidade dela com o usuário, já que o Serviço Social não tem uma sala específica para o trabalho.

A ausência de recursos materiais e de estrutura física adequada influenciam as condições técnicas e éticas de trabalho. A fala da profissional

ignora a precarização dessas condições, o que a princípio pode parecer algo de pequeno investimento, mas demonstra a isenção da instituição frente às suas responsabilidades básicas de fornecer os meios necessários para a realização do trabalho.

Nota-se que a lógica de privatização que orienta a estrutura das políticas sociais, e nesse caso da saúde, aparece latente na ponta dos serviços. A transferência da responsabilidade estatal para o setor privado, disfarçado de OS, é justificado falaciosamente pela garantia da qualidade dos serviços, que na prática tem sido desmascarada não só pela experiência da população usuária, como também pelos trabalhadores da política referida. Apesar disso, as OSs têm sido um recurso muito utilizado pelos governantes para a manutenção da lógica neoliberal.

Desse modo, os elementos estruturais e conjunturais destacados nesta dissertação como a intensificação do trabalho, a redução dos recursos humanos e materiais, e as condições de trabalho imprimem características na qualidade das prestações de serviços da equipe do PADI e nas particularidades do trabalho das assistentes sociais.

4.2.

Percursos da pesquisa e particularidades do PADI do Rio de Janeiro

O caminho metodológico utilizado para a inserção no campo de pesquisa foi de caráter qualitativo e exploratório, qualitativo porque buscamos o aprofundamento da análise sobre o trabalho das (os) assistentes sociais no PADI do município do Rio de Janeiro, tendo a preocupação com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na análise e explicação da dinâmica das relações sociais (Gerhardt & Silveira, 2009). E exploratório porque realizamos um levantamento dos referenciais teóricos de produções sobre o tema, sendo efetivo para aproximação com o objeto de estudo (Gerhardt & Silveira, 2009). Além das entrevistas semiestruturadas com as profissionais, que nos proporcionou um importante momento de escuta e diálogo, no que tange a coleta de dados.

Essa pesquisa avançou na busca do conhecimento teórico/prático, com vistas a apreender o trabalho do Serviço Social na Atenção Domiciliar utilizando

principalmente o referencial crítico orientado pela teoria social marxista, conforme o desenvolvimento dos capítulos iniciais desta dissertação.

Para a coleta de dados empíricos, havia um projeto inicial de entrevistar 5 assistentes sociais dos programas de Atenção Domiciliar situados no Rio de Janeiro, contudo, em função da conjuntura política e econômica do município - campo de estudo desta pesquisa - esta meta não pôde ser concretizada, pois descobrimos no decorrer do processo de solicitação de aprovação do comitê de ética, que 2 profissionais tinham sido demitidas e apenas 3 assistentes sociais eram responsáveis por atender e acompanhar as 5 bases do PADI existentes. A política de Saúde no Brasil e no Rio de Janeiro expressam retrocessos importantes de caráter neoliberal, em diferentes aspectos: na redução de investimentos do Estado para aquisição e melhoria de recursos materiais e humanos; adoção de métodos de gerenciamento do trabalho e dos trabalhadores pautado por uma lógica produtivista e intensificadora, dentre outros aspectos.

Para atender às necessidades de atendimento, tem sido feita uma divisão onde cada profissional fica 2 dias inteiros numa base e mais 1 dia e meio em outra. Dessa maneira, foi preciso que a gestão reorganizasse a rotina para que todas as bases tivessem pelo menos uma profissional do Serviço Social, o que também dificultou a realização das entrevistas desta pesquisa, considerando a sobrecarga de trabalho das profissionais e a falta de tempo.

A realização das entrevistas aconteceu na própria base de cada programa, e foi importante porque tivemos a chance de avaliar de perto as expressões da precarização do trabalho. No dia das entrevistas, observamos que a maioria dos trabalhadores estava reunida na sala num dia de semana em horário comercial, uns fazendo trabalhos burocráticos e outros conversando, isso porque os motoristas²³ estavam 3 meses sem receber salário, e as demais categorias 1 mês. Quando indagamos a presença deles mesmo sem o recebimento do salário, os profissionais justificaram que apesar do atraso, a falta ocasionaria o desconto salarial.

²³ Os motoristas não são vinculados à OS que contrata os profissionais de saúde, essa OS contrata uma outra empresa de transporte que contrata os motoristas, ou seja, existe uma quarteirização das relações de trabalho. O que nos mostra uma maior fragilidade das condições de trabalho, no mesmo espaço de trabalho diversos vínculos e a Prefeitura completamente omissa às suas responsabilidades frente aos trabalhadores que prestam serviços para o Estado.

Quer dizer, um programa que tem a proposta de garantir o direito à saúde da população via atendimento domiciliar não consegue se efetivar, pois, a OS que é responsável pelo pagamento dos trabalhadores não o realiza há 3 meses.

Os trabalhadores relataram inúmeras situações que têm ocorrido e que os usuários que necessitam do programa, inclusive, no desespero com a falta de atendimento, sugerem buscar os profissionais, articulando o que podem e o que não podem para ter um direito garantido em lei, de fato, garantido. Os trabalhadores também informaram que não era a primeira vez que os salários atrasavam, o que desmotivava a equipe como um todo.

Na gestão do atual prefeito Marcelo Crivella, vemos um retrocesso progressivo no campo dos direitos sociais, o que nos parece contraditório considerando a fala do referido gestor, tanto no período de campanha eleitoral, quanto no seu primeiro discurso após a vitória, onde proferiu inúmeras vezes que iria “cuidar das pessoas”. Essa falta de “cuidado” tem impactado de forma perversa não só os trabalhadores do setor público, como também a vida dos usuários dos serviços.

Vale ressaltar, que algumas questões abordadas na entrevista não era de conhecimento das trabalhadoras, o que nos exigiu articulação com a gestão para apreensão dos dados. A entrevista foi dividida em três momentos em função de uma questão organizativa, mas não se deram de modo isolado, até porque houve uma articulação constante dos três eixos durante o processo de escuta com as entrevistadas e algumas questões iam e voltavam o tempo todo.

O primeiro bloco teve como objetivo conhecer o perfil do assistente social, levantando questões de caracterização geral, acadêmico e profissional. Esse eixo buscou investigar quem é o assistente social trabalhador do PADI do município do Rio de Janeiro. O segundo bloco de perguntas teve como objetivo conhecer o funcionamento do programa, bem como, a dinâmica institucional, investigando as relações existentes entre os profissionais/usuários/instituição. Já o terceiro bloco verificou as particularidades do trabalho do assistente social nesse tipo de modalidade de atenção à saúde, considerando questões sobre o planejamento, operacionalização do trabalho e capacitação profissional.

4.2.1.

O perfil das (os) Assistentes Sociais

No que se refere ao perfil geral dos assistentes sociais, a última pesquisa com dados expressivos no Brasil foi realizada em 2005 pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em parceria com o Conjunto CFESS-CRESS²⁴. Na época, a pesquisa foi feita com assistentes sociais com inscrição ativa nos CRESS's de todo o país, e constatou que tinham 61.151 profissionais cadastradas (os) nos conselhos. Contudo, segundo dados atuais do Conjunto CFESS-CRESS, existem hoje cerca de 180 mil profissionais ativos. Para Iamamoto (2014) analisar as mudanças observadas no perfil a partir dos anos 1990 para saber quem é o assistente social hoje, é um dos desafios postos para a profissão.

Logo, como não existem dados mais atuais sobre o perfil profissional, nos basearemos nesses dados do Conjunto CFESS-CRESS para ter, em alguma medida, um quadro comparativo.

Com base na pesquisa de 2005 citada anteriormente, a nível nacional, 78,16% dos assistentes sociais trabalham em instituições públicas de natureza estatal, sendo 40,97% no âmbito municipal, 24%, estaduais e 13,19%, federais. Portanto, naquele período o assistente social no Brasil era em sua maioria funcionário público, que atuava predominantemente na formulação, planejamento e execução de políticas sociais com destaque às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras (Iamamoto, p. 5, 2009).

No entanto, considerando que o número de profissionais triplicou em 14 anos desde o último levantamento e a conjuntura política/econômica vem se modificando gradativamente – leia-se neoliberalismo avançando a passos largos - o aumento significativo da inserção de profissionais no terceiro setor e o grande número de desempregados, pode surpreender e reverter substancialmente os dados anteriores. Além disso, mesmo que a maior parte dos trabalhadores esteja em instituições públicas, o tipo de vínculo pode variar, podendo ser estável (estatutário) ou instável (contratos temporários, bolsas, CLT, etc).

²⁴ Vale destacar que em dezembro de 2016 o Conjunto CFESS-CRESS iniciou uma campanha de recadastramento com o objetivo de unificar os dados, aprimorar a comunicação dos Conselhos, e conhecer o perfil e a realidade das (os) assistentes sociais no Brasil – a pesquisa está em andamento e a coleta de dados tem previsão de permanecer até 31 de dezembro de 2019.

Atualmente o PADI do município do Rio de Janeiro possui três assistentes sociais divididas para as cinco bases do programa: das três profissionais, duas concluíram a graduação na Universidade Federal Fluminense (UFF) e a terceira cursou na Universidade Unigranrio, todas na modalidade presencial²⁵.

Os anos de formação das entrevistadas variam entre 1990, 2002 e 2009, ou seja, somente uma cursou a graduação com o currículo antigo. As atuais diretrizes curriculares foram propostas inicialmente pela Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS) em 1996 e revistas em 1999, estas têm no currículo mínimo aprovado pelo Ministério da Educação em 1982, seu antecedente mais importante (Iamamoto, 2015, p. 614).

Este [o currículo mínimo] foi proposto pela Abess em 1979, em pleno período ditatorial, incorporando alguns avanços do movimento de reconceituação latino-americano. O currículo mínimo expressa um processo de transição, parte da resistência acadêmica e política tanto à ditadura militar implantada no país (1964-85) quanto ao Social Work, em sua difundida trilogia, composta por Serviço Social de caso, de grupo e de comunidade (Iamamoto, 2015, p. 614).

Quer dizer, embora o ano de formação da entrevistada tenha sido antes da aprovação final das diretrizes curriculares, na década de 1980 já se tem o debate sobre os fundamentos do Serviço Social inspirado na teoria social crítica, que é um marco para a profissão, pois norteia um projeto acadêmico-profissional que se expressa na renovação da legislação profissional (1993), na normatização ética (1993) e nas diretrizes curriculares nacionais (Iamamoto, 2015, p. 615).

Este patrimônio sociopolítico e profissional vem atribuindo uma face peculiar ao Serviço Social brasileiro na América Latina e Caribe, bem como no circuito mundial do Serviço Social. Seu núcleo central é a compreensão da história a partir das classes sociais e suas lutas, o reconhecimento da centralidade do trabalho e dos trabalhadores. Ele foi alimentado teoricamente pela tradição marxista — no diálogo com outras matrizes analíticas — e politicamente pela aproximação às forças vivas que movem a história: as lutas e os movimentos sociais (Iamamoto, 2015, p. 615).

Todas informaram possuir pós-graduação lato sensu e as áreas temáticas ficaram em torno da saúde, gerontologia e política social. As idades das profissionais entrevistadas variam de 42, 49 e 57 anos. Todas se autodeclararam

²⁵ É expressivo o aumento dos cursos de graduação em Serviço Social na modalidade de Ensino a Distância (EAD) e o Conjunto CFESS-CRESS afirma sua posição de que a graduação à distância, ápice deste processo de contrarreforma, é incompatível com a formação profissional em Serviço Social (CFESS, 2015).

pardas e do sexo feminino. No que se refere à carga horária de trabalho das entrevistadas, as três cumprem 30 horas semanais e nenhuma delas possui outro vínculo de trabalho.

A faixa salarial declarada pelas entrevistadas foi de até 3 salários mínimos. Cabe ressaltar que a profissão não possui um piso salarial, no entanto, existe uma Tabela de Honorários Profissionais²⁶, que determina o valor da hora técnica, fixando o valor mínimo a ser cobrado, e serve de parâmetro para prestação dos serviços profissionais que trabalham sem qualquer vínculo empregatício, vínculo estatutário ou de natureza parecida. O site do CFESS também apresenta dados do Salariômetro de 2018 da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe), onde constata que a média salarial da categoria é de R\$2.528,00, e destacam que existem projetos de lei na Câmara dos Deputados reivindicando um piso em torno de R\$4.000,00²⁷.

Todas as assistentes sociais são terceirizadas, com vínculo formal com o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS), que segundo informações do site²⁸, teve sua fundação em 2008, e é classificado como uma entidade privada, sem fins lucrativos, qualificada como OS de Saúde habilitada a atuar na administração de projetos e prestação de serviços na área por intermédio de convênios e contratos.

Como vimos no capítulo anterior com Antunes & Druck (2013), o trabalho terceirizado aparece como estratégia para intensificação dos modos de exploração da classe trabalhadora, deixando de ser exceção para se tornar regra. Todos os trabalhadores do PADI e não só as assistentes sociais, são contratados via OS: expressão evidente da precarização que passa a ser central na dinâmica flexível do capital.

4.2.2.

Particularidades do trabalho do Assistente Social

As discussões a respeito do trabalho do assistente social na Atenção Domiciliar à Saúde são recentes e pouco investigadas. Aliás, o trabalho nesse

²⁶ Segundo a tabela a sugestão de remuneração deve seguir o nível de formação tendo a indicação de graduados/as receberem por hora R\$ 133,81; Especialistas: R\$ 150,28; Mestres: R\$ 189,39; Doutores/as: R\$ 214,10.

²⁷ Essas e outras informações disponíveis no link: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes>

²⁸ http://iabas.org.br/?page_id=203 – consultado em 19/01/2019

tipo de modalidade de atenção à saúde pode ser um risco para armadilhas conservadoras existentes no processo histórico e de formação da profissão, como também pode ser um espaço em potencial na contribuição profissional para a garantia de direitos.

A indicação de possíveis armadilhas conservadoras referida anteriormente aparece como umas das preocupações deste estudo, pois, o trabalho do assistente social é caracterizado pela rotina, pela repetição de tarefas e pela espontaneidade para responder às demandas exigidas da reprodução social, que são apreendidas de modo imediato entre pensamento e ação (Coelho, 2013).

Pontes (2012) afirma que o Serviço Social possui como traço medular a característica de profissão interventiva. O trabalho do assistente social se coloca diante de um campo de mediações complexas, considerando a ordem capitalista e as expressões da “questão social”, onde o autor afirma que essas mediações se tornam cada vez mais complexas quanto maior for a quantidade de determinações histórico-sociais, constitutivas do seu tecido social (Pontes, 2012).

Dessa maneira, Moraes & Martinelli (2012) afirmam que entender a categoria mediação pressupõe a compreensão dos determinantes fundamentais da ontologia do ser social. Isso porque a mediação se sustenta da relação homem (ser social) e natureza (ser natural) (primado econômico do ser social), quer dizer, é o trabalho que condiciona a existência humana. Para as autoras, é um processo que se propõe reconstruir, histórica e ontologicamente a forma de existência do ser social e, portanto volta ao cerne do processo constitutivo do ser social: a produção e reprodução da vida humana. Em outras palavras, a mediação é própria da ontologia do ser social e está presente na sua sociabilidade (Moraes & Martinelli, 2012, p. 3).

Moraes e Martinelli (2012) afirmam que o movimento que a realidade faz (história) é diferente do movimento que a razão realiza para capturá-lo, isso porque é o ser social que determina sua consciência - prioridade ontológica do ser sobre a consciência. Por isso, a necessidade de apreender a realidade em sua totalidade. A totalidade é entendida aqui como um grande complexo constituído de complexos menores, e não como a soma das partes (Moraes & Martinelli, 2012, p. 4).

A totalidade concreta como categoria central da teoria de Marx é extraída pela razão teórica da estrutura do real e não posta como modelo abstrato. A totalidade é constituída de um todo concreto, dinâmico (processual, atravessado pela negação), diferenciado (relações, parte-todo hierarquizado), estruturado (unidade de contrários) e histórico (processo genético histórico-constitutivo). Contudo, o concreto não está dado na imediatez do real, nem no plano fenomênico, da facticidade, da positividade (Moraes & Martinelli, 2012, p. 4).

Logo, as autoras apontam que o processo de conhecimento da realidade concreta é um processo de síntese que a razão teórica reproduz no plano do pensamento, que intercala entre o abstrato (imediatos) ao concreto (mediato), sendo assim, teremos um complexo de problemas que atravessa a relação dialética entre o processo do conhecimento e a própria realidade (Moraes & Martinelli, 2012, p. 4).

A categoria de mediação tanto possui a dimensão ontológica quanto a reflexiva. É ontológica porque “é uma categoria objetiva, que tem que estar presente em qualquer realidade, independente do sujeito”, e intelectual, porque a razão, para ultrapassar o plano da imediatez (aparência), em busca da essência, tem que construir intelectivamente mediações, para reconstruir o próprio movimento do objeto. E, para melhor compreender este dinâmico e movente processo de apreensão pela razão do modo de ser de um complexo na totalidade, necessário se faz compreender a tríade singular-universal-particular (Pontes, 2012).

Pontes (2012) nos auxilia com o entendimento dessa tríade, estabelecendo a universalidade como o plano em que residem as grandes determinações e leis de uma formação social. Baseado nos estudos de Marx e Lukács, para ele, as universalidades emergem de um “rico desenvolvimento do concreto, quando uma característica revela-se comum a um grande número, a uma totalidade de fenômenos”.

Na singularidade as mediações estão ocultas, as coisas parecem não estar conectadas e ter em si um sentido próprio, e a dialética entre o universal e singular acontece através da particularidade, que no dizer de Lukács é um campo de mediações (Pontes, 2012).

Assim, é nesse campo de mediações que os fatos singulares ganham vida, pautados nas grandes leis da universalidade, e a universalidade absorve - ou nas palavras do próprio autor, embebe - a realidade do singular. É a relação indivíduo-sociedade, particularizando-se num campo de mediações, que passa a esclarecer o modo de ser histórico de surgimento, de funcionamento, de

movimento de um complexo total e das forças que se embatem no seu evoluir processual (Pontes, 2012).

A aproximação dialética no conhecimento da singularidade não pode ocorrer separadamente das suas múltiplas relações com a particularidade e com a universalidade. Estas já estão, em si contidas no dado imediatamente sensível de cada singular, e a realidade e a essência deste só pode ser exatamente compreendida quando estas mediações (as relativas a particularidade e a universalidade) ocultas na imediatricidade são postas à luz (Pontes, 2012, p. 10).

Dessa maneira, vemos que a essência dos fenômenos fica oculta na imediatricidade e só pode ser compreendida através das mediações. No trabalho do assistente social não é diferente, sua intervenção se dá na exigência de demandas imediatas e de acordo com Pontes (2012):

Neste plano, o assistente social na intervenção profissional é tomado de assalto por uma forma de demanda que se dá na imediatricidade da aproximação institucional, que é a demanda institucional, aqui entendida como a representação da requisição de resultados esperados dentro de objetivos organizacionais, em consonância com o perfil ideológico organizacional. A demanda institucional aparece ao intelecto do profissional despida de mediações, parametrada por objetivos técnico-operativos, metas e uma dada forma de inserção espacial (bairro, município, etc.), programática (divisão por projetos ou áreas de ação) ou populacional (crianças, idosos, migrantes, etc.). Numa palavra, a demanda institucional aparece presa à imediatricidade, com um 'fim em si mesmo' (Pontes, 2012, p. 13).

Logo, Pontes (2012) sinaliza que as demandas que são postas para o profissional são aparências que devem ser dissolvidas, para que emergjam as mediações ontológicas. Lembrando que no plano da imediatricidade/aparência X essência, o dado sensível da singularidade já contém elementos de relação com a universalidade e a particularidade, e o autor chama atenção, nesse sentido, para o equívoco que muitos profissionais cometem ao desconsiderar os dados referentes a individualidade - especificamente à subjetividade psicossocial do sujeito – e achar válido apenas as reflexões que envolvam categorias sociais/coletivas e totalizantes (Pontes, 2012, p. 14).

Nesse sentido, Lacerda (2014) também nos auxilia, a autora assinala que pensar sobre o trabalho profissional para além da aparência, é necessário a todo o momento exercitar mentalmente o movimento entre singular e universal no que se refere aos elementos envolvidos no exercício profissional cotidiano e suas interconexões com a dinâmica real da sociedade. Mais do que isso, é preciso

pensar em objetivos imediatos e mediatos do exercício profissional, orientando cada pequena ação cotidiana a construções maiores (Lacerda, 2014, p. 24).

Logo, para o profissional é fundamental o domínio do conhecimento empírico do real – mas não só. Pontes (2012) destaca que o controle dessas informações implica em maior ou menor “poder de fogo” no plano da correlação de forças.

A rede de mediações, que dá sentido a estrutura destes fatos, não se encontra à mostra, mas, aparece caoticamente configurada, sem determinações, como partes de um todo abstrato. O objeto de intervenção profissional, construído, tendo apenas como referência a singularidade, não desborda as demandas institucionais, nem tampouco, consegue ultrapassar propalado “chavão pragmático” do “cada caso é um caso” (Pontes, 2012, p. 14).

Será a particularidade a categoria reflexiva que vai propiciar que a universalidade ganhe sentido objetivo-operacional na vida singular. O autor exemplifica:

É quando o “problema” de um punhado de pessoas num mundo isolado, portanto, abstrato, passasse a ser também comum a vários segmentos sociais genericamente, articulado por uma dada força relacional que seria uma dada lei histórico-social (Pontes, 2012, p. 16).

Não são todos os profissionais – e não necessariamente é o assistente social – que conseguem perceber que a singularidade é mais um elemento de análise, necessária, porém, não é somente ela que vai possibilitar desvelar a questão. Muitas vezes as questões recorrentes das famílias atendidas pela equipe de Atenção Domiciliar são consideradas “problemas”, como o autor se refere, mas na realidade são expressões do modo como esses sujeitos atendidos se inserem na sociedade.

Dessa maneira, a situação que está no plano da singularidade como uma questão individual mediatiza-se pelas leis societárias tendenciais e particulariza-se pelas determinações históricas, ganhando, por aproximações sucessivas, concretude no entrecruzamento dos complexos sociais (Pontes, 2012, p. 16). Trata-se de sujeitos sociais, ou seja, não estão separados da realidade.

Assim, Pontes (2012) afirma que todo o conjunto de determinações e mediações, antes dissolvido e submerso na imediaticidade, agora ganha

significado e objetividade. As demandas postas para o assistente social que antes se limitavam às exigências institucionais, agora podem ser superadas pelo alcance de categorias sociais mais amplas e plenas de determinações sociais, o que para o autor permite a reconstrução do objeto de intervenção profissional (Pontes, 2012, p. 16).

Portanto, é na superação da imediatividade que o profissional terá uma visão privilegiada da realidade social, tendo em vista que é nela que incide a intervenção do assistente social (Pontes, 2012, p. 16).

É [no] chão de intensas contradições tensionadas pela luta de classes que o assistente social é chamado a cravar suas ações sobre as questões trazidas e reconhecidas como sendo “direito do usuário” ao qual deve buscar materializar por meio de suas ações profissionais individualizadas. Não há como ignorar que as necessidades não são individuais, posto que são comuns a um conjunto de humanos no interior do mesmo movimento histórico de exploração do trabalho — refrações da “questão social” — e que a resposta a essas necessidades é fruto de direitos conquistados pela luta de classes, refuncionalizada a reprodução do capital pelo Estado burguês, que é quem organiza o aparato institucional constitutivo das políticas sociais (Lacerda, 2014, p. 25).

Para Guerra (2000) é a instrumentalidade a categoria operativa capaz de permitir a ultrapassagem da imediatividade, possibilitando o estabelecimento de vínculos entre o mediato e imediato. Para a autora, a instrumentalidade permite que se estabeleçam vínculos com o projeto ético-político da profissão em defesa dos direitos sociais e das políticas públicas (Guerra, 2000, p. 31).

A instrumentalidade do Serviço Social como mediação é o espaço para se pensar nos valores subjacentes às ações, no nível e na direção das respostas que estamos dando e pelas quais a profissão é reconhecida ou questionada socialmente. É pela instrumentalidade que passam as decisões alternativas concretas, de indivíduos concretos, em situações concretas (Guerra, 2000, p. 30).

Vale destacar, que a instrumentalidade se refere, não ao conjunto de instrumentos e técnicas, mas sim a uma propriedade ou um determinado modo de ser que a profissão adquire no interior das relações sociais, no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional (Guerra, 2000).

É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações (Guerra, 2000, p. 2).

São nas formas de utilização, criação e adequação das condições existentes que os profissionais transformam os meios e instrumentos de trabalho para dar instrumentalidade às suas ações. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social, quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho (Guerra, 2000).

Para Iamamoto (2004) a análise do Serviço Social no âmbito das relações sociais capitalistas visa superar os influxos liberais que propagam a ideia da chamada “prática profissional” como prática do indivíduo isolado. Nessa perspectiva, os processos históricos são reduzidos a um “contexto” distinto da prática profissional, onde a prática é tida como uma relação singular entre o assistente social e o usuário, desvinculada da “questão social” e das políticas sociais (Iamamoto, 2004).

Essa visão ahistórica e focalista tende a subestimar o rigor teórico-metodológico para a análise da sociedade e da profissão, - desqualificado como “teoricismo” - em favor das visões empiristas, pragmáticas e descritivas da sociedade e do exercício profissional, enraizadas em um positivismo camuflado sob um discurso progressista de esquerda. Nessa perspectiva, a formação profissional deve privilegiar a construção de estratégias, técnicas e formação de habilidades – centrando-se no “como fazer” – a partir da justificativa que o Serviço Social é uma “profissão voltada à intervenção no social” (Iamamoto, 2004, p. 08).

Para a autora, esse tipo de direcionamento está fadado a criar um profissional que aparentemente sabe fazer, mas não consegue explicar as razões, o conteúdo, a direção social ou os efeitos do seu trabalho na sociedade.

Corre-se o perigo do assistente social ser reduzido a um mero “técnico”, delegando a outros - cientistas sociais, filósofos, historiadores, economistas, etc - a tarefa de pensar a sociedade. O resultado é um profissional mistificado e da mistificação, dotado de uma frágil identidade com profissão. Certamente o Serviço Social é uma profissão que, como todas as demais, envolve uma atividade especializada - que dispõe de particularidades na divisão social e técnica do trabalho coletivo - e requer fundamentos teórico-metodológicos, a eleição de uma

perspectiva ética e a formação de habilidades densas de política (Iamamoto, 2004, p. 08).

Esse traço tecnicista passou a ser questionado a partir do Movimento de Reconceituação, conforme vimos no capítulo anterior, e hoje a intervenção do assistente social é constitutiva de diferentes dimensões, dentre elas destacam-se a teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa²⁹, que constituem uma relação de unidade, e a depender da necessidade do trabalho pode existir a possibilidade de uma delas ser enfatizada.

Em síntese, no trabalho da assistente social na Atenção Domiciliar é necessário considerar que os sujeitos atendidos, não são pessoas isoladas no mundo, suas escolhas, desejos, aspirações se relacionam com as condições socialmente determinadas. Por outro lado, o fato de serem sujeitos históricos e sociais, também pode interferir de algum modo na sociedade, caso contrário seriam meros reprodutores de uma história que chegou ao fim.

4.2.3.

Planejamento, operacionalização do trabalho e capacitação profissional

Para Couto (2009) qualquer leitura da realidade não deve desprezar o fato que o trabalho do assistente social se coloca na tensão direta entre trabalho e capital. Caso contrário, o profissional corre o risco de produzir um conhecimento pragmático, descritivo, desconectado da sociedade e com condições de culpabilização individual de sujeitos, famílias e grupos sobre as mazelas produzidas pela sociedade capitalista (Couto, 2009).

A autora sinaliza que embora os princípios norteadores do projeto profissional estejam fundados na construção de uma sociedade anticapitalista, são nos parâmetros do capitalismo que se materializa a profissão. Desse modo, o assistente social no seu processo de trabalho cotidiano é chamado a prestar serviços que podem corroborar o status quo ou atuar para criar outras formas de sociabilidade. Couto (2009) afirma que para que isso ocorra, é necessária uma

²⁹ A dimensão teórico-metodológica refere-se à capacidade de apreensão do método e das teorias. A dimensão ético-política diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de analisar a sociedade e a própria profissão como campo de forças contraditórias, considerando-se o caráter eminentemente político do exercício profissional. A dimensão técnico-operativa refere-se mais estritamente aos elementos técnicos e instrumentais para o desenvolvimento da intervenção (GUERRA, 2000).

sólida formação teórica e técnica, que possa fugir das improvisações. É imperioso planejar o trabalho, dar-lhe sentido teleológico (Couto, 2009, p. 2).

Almeida (2006) aponta que todo trabalho profissional tem uma direção política, ética e teórica, podendo estar explícita ou não no projeto de intervenção. Para ele, a ação profissional possui sempre objetivos, ainda que sejam objetivos institucionais, tendo o assistente social consciência disto ou não. Por isso, o autor justifica a importância do processo de sistematização da prática³⁰ para recobrir criticamente estes objetivos.

Assegurar como parte da análise do trabalho do assistente social a sua referência aos objetivos propostos e a um projeto que o orientou, é de fundamental importância neste processo, visto que a atividade de sistematização envolve preocupações e procedimentos que devem realimentar a condução do trabalho do assistente social (Almeida, 2006, p. 7).

Quando perguntadas sobre a elaboração do projeto de intervenção profissional, as assistentes sociais responderam que a construção do projeto foi feita de forma coletiva, houve o reaproveitamento de um material antigo de trabalho de uma delas, que foi adequado para a realidade do município. A assistente social 01 sinaliza que isso foi feito há bastante tempo e que será necessário rever.

Consideramos indispensável a reavaliação do projeto de trabalho das assistentes sociais do PADI, haja vista a conjuntura política e econômica da saúde no município, cujo processo de trabalho das profissionais vem sofrendo rebatimentos diretos, explicitados na ausência de assistentes sociais, o que acaba gerando a sobrecarga, intensificação e precarização das condições de trabalho. Nesse sentido, o projeto de intervenção pode ser uma ferramenta estratégica para a consolidação do projeto ético-político profissional. Logo, as ações de planejamento podem ser fundamentais para esse enfrentamento - tendo em vista que a prioridade da gestão é quantificar e super valorizar as ações técnicas.

³⁰ Almeida (2006, p. 03) afirma que a sistematização da prática foi entendida pelo CELATS como todo o processo de organização teórico-metodológico e técnico-instrumental da ação profissional em Serviço Social. Assim, ele alerta que a preocupação com a sistematização se inicia com a própria delimitação dos referenciais que orientarão a eleição dos aportes teóricos, da condução metodológica, da definição das estratégias de ação, do reconhecimento do objeto da intervenção profissional, assim como de seus objetivos e da avaliação dos resultados alcançados.

Couto (2009) aponta que o projeto de trabalho também pode ser uma importante estratégia de reconhecimento profissional. O que para ela não é um mero instrumento e, muito menos, um manual a ser seguido. A autora salienta:

Deve condensar as possibilidades e os limites colocados ao profissional para executar suas tarefas e deve iluminar sua constante avaliação da eficácia de seus instrumentos, técnicas e conhecimentos para atingir as metas propostas, que devem estar articuladas aos elementos presentes no espaço sócio-ocupacional, como também referendarem os compromissos profissionais (Couto, 2009, p. 4).

Nele o assistente social materializa o trabalho a ser desenvolvido, identificando as questões que requerem a sua intervenção, bem como, reconhece de que modo essa intervenção irá responder às necessidades sociais que, transformadas em demandas, serão privilegiadas nos processos de trabalho nos quais a profissão é requerida (Couto, 2009).

Mas vale ressaltar, que o projeto deve ser escrito, tendo materialização e possibilidade de ser acessado, acompanhado e entendido. Para Couto (2009) sua formulação deve conter alguns elementos fundamentais, como a identificação, delimitação e a justificativa do objeto da ação. Qual a proposta de atendimento, quais refrações da “questão social” serão objetos de sua intervenção? O objetivo do trabalho também precisa ser definido. O que pretende-se fazer? Quais objetivos pretende-se alcançar? Outro elemento é a identificação das metas, sendo preciso quantificar e qualificar o trabalho proposto. Quais resultados são esperados? Como o trabalho será monitorado? O apontamento dos recursos é outro ponto importante. Quais recursos serão necessários para a sua execução? A autora chama atenção para esse quesito, onde cada vez mais os assistentes sociais precisam entender sobre mecanismos de formulações de orçamentos. Por fim, Couto (2009) indica a necessidade da existência de mecanismos de controle social de seu trabalho. Como os registros serão efetuados? Como o conhecimento produzido no trabalho será potencializado?

Dessa maneira, para a autora um projeto de trabalho deve ser um instrumento potente de impacto sobre a realidade, e os seus produtos devem apontar a transformação dessa realidade. Todo o conhecimento produzido precisa realimentar novos projetos e oferecer elementos para colaborar na ampliação de direitos sociais para a população usuária (Couto, 2009)

Costa (2000) afirma que embora o Serviço Social detenha um razoável volume de informações e de um grande acúmulo de experiências, em geral, não vem conseguido imprimir uma direção intelectual — no sentido gramsciano — ao seu trabalho. Para a autora falta para a profissão essa direção intelectual que permita dar visibilidade política e técnico-administrativa ao conjunto de questões do trabalho cotidiano. Costa (2000) supõe que este fato seja um produto da condição de trabalhador assalariado e subordinado às exigências do trabalho sobre o capital.

Fica evidente o peso não só da condição de trabalhadoras assalariadas, mas também da subordinação do trabalho que a autora se refere, haja vista que as exigências de metas e quantificação de procedimentos postos pela gestão, prejudicam a tal impressão intelectual no trabalho não só das assistentes sociais do PADI, como também dos demais profissionais, uma vez que a ausência de trabalhadores sobrecarrega as profissionais e dificulta — mas não impossibilita completamente — o investimento intelectual.

Essa lacuna não é novidade para a profissão, isso porque, em função do seu histórico de formação, a dimensão interventiva predominou no processo de trabalho, o que para Alves (2015) expressa a necessidade de se estabelecer de maneira indissociável a relação entre as dimensões interventivas e investigativas para disseminar as bases de uma leitura histórico-crítica da realidade social em que se produz o cotidiano.

Nesse sentido, na modalidade de atenção à saúde aqui analisada, um instrumento técnico-operativo específico tem protagonismo: a visita domiciliar³¹ - no entanto, apesar da importância indiscutível, outros recursos podem e devem ser utilizados como veículo de busca para melhoria e qualidade de vida dos usuários, como veremos adiante.

Contudo, a visita domiciliar não é uma ferramenta privativa dos assistentes sociais, outras categoriais profissionais também fazem uso dela de acordo com os seus conhecimentos e competências. Para Lima (2012) o que é exclusivo dos assistentes sociais é o referencial teórico crítico que permite a realização de uma análise da totalidade em consonância com a dimensão ético-política da profissão. Entretanto, apesar de existir uma regulamentação que respalde os

³¹ Ainda que pareçam sinônimos a Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde e a visita domiciliar é compreendida como um dos instrumentos utilizados pelos profissionais vinculados aos programas e serviços dessa modalidade.

profissionais no uso das visitas domiciliares, não há certificação de que todas as visitas domiciliares aconteçam de forma crítica.

Para Santos e Noronha (2008) a visita domiciliar é o instrumento mais polêmico da profissão, tendo em vista seu histórico de controle e inquérito social, objetivando a fiscalização e comprovação das informações prestadas pela população. As formas de utilização da visita domiciliar, bem como, de outros instrumentos e técnicas, variam de acordo com a compreensão do profissional sobre esse recurso, aspectos relacionados à habilidades técnicas, conhecimento teórico e visão política, vão influenciar diretamente na sua operacionalização.

A visita domiciliar deve objetivar conhecer as condições de vida dos usuários, além da apreensão de aspectos do cotidiano que fogem do atendimento profissional realizado na instituição, e o seu uso pode ser por requisição institucional ou como uma decisão do próprio profissional. Segundo o CRESS (2017), não são raras as visitas domiciliares que são requisitadas ou até mesmo realizadas com outros objetivos que não os sintonizados com os preceitos éticos da profissão. Sendo assim, cabe aos assistentes sociais se atentarem para possíveis contradições entre os objetivos da requisição/decisão e dos pressupostos ético-profissionais (CRESS, 2017).

Na Atenção Domiciliar a visita é indispensável, no entanto, trata-se de um recurso invasivo, que atravessa os limites privados e alcança questões que talvez não fossem reveladas no ambiente institucional. Logo, as práticas de atendimento não devem perder de vista os objetivos propostos e prezar pela defesa dos direitos e da melhoria da qualidade de vida da população assistida.

A visita domiciliar pode ser um meio importante para a garantia de direitos e diversas ações compõem o trabalho profissional no momento da visita, tais como, orientações e encaminhamentos a respeito das políticas sociais, articulação com a rede de recursos assistenciais do território, busca e incentivo da rede de apoio familiar e comunitária, além do trabalho interdisciplinar. As várias formas de registro – prontuário, entrevista social, relatório social, estudo social, parecer social – bem como, outros meios de trabalho, como a observação, escuta qualificada, são fundamentais para o processo de trabalho das assistentes sociais do PADI.

Diante do exposto, destacamos a Educação em Saúde como um importante instrumento de trabalho do Serviço Social. Santos & Senna (2017)

afirmam que mesmo não sendo de uso exclusivo da categoria, o assistente social tem sido constantemente requisitado, sobretudo no âmbito da chamada Atenção Primária em Saúde. Para as autoras, as concepções de Educação em Saúde estão imbricadas com os modelos de atenção à saúde constituídos no Brasil, que fazem parte dos processos sociais, políticos e econômicos, onde a própria emergência da Educação em Saúde como campo de prática se relaciona ao que vem a se constituir a Saúde Pública no Brasil (Santos & Senna, 2017).

(...) a Educação em Saúde assume concepções diversas em diferentes contextos sociais. Concepções essas que incidem na forma de agir e implementar ações socioeducativas, na medida em que expressam modelos distintos e mesmo divergentes. A literatura que trata da Educação em Saúde tem sido unânime em identificar a existência de duas grandes matrizes de abordagem ou modelos de Educação em Saúde que têm influenciado as práticas sanitárias no Brasil: o chamado modelo tradicional e o modelo dialógico. Essas matrizes tendem a assumir posições polares no debate em torno da temática da Educação em Saúde (Santos & Senna, 2017, p. 440).

Nesse sentido, as duas grandes matrizes identificadas para os modelos de Educação em Saúde, têm como principais características: 1) modelo tradicional - é um tipo de educação bancária, onde a função do educador é depositar conteúdos aos educandos. A educação acontece de forma verticalizada e o educador disciplina, prescreve, dita e escolhe o conteúdo programático, de uma maneira geral, o educador é sujeito do processo e os educandos, objetos que se submetem a ele; 2) modelo dialógico - apresenta o diálogo como fundamento teórico e metodológico, tornando o usuário protagonista da prática educativa. Assim, o educando aparece como sujeito de sua própria história, responsável também pela construção de novos posicionamentos no processo saúde-doença-cuidado (Santos & Senna, 2017).

Historicamente, no âmbito da saúde, a questão da educação foi construída sob o molde tradicional. O próprio termo *paciente* pode nos ajudar a pensar sobre essa concepção, sendo direcionado para aquele que se submete passivamente, sem questionar ou criticar as orientações que lhe são dadas. Recomendações são impostas e o usuário é compreendido como sujeito que desconhece, sobretudo, o seu próprio corpo.

Cabe destacar que no modelo dialógico é possível estabelecer uma interlocução crítica da realidade, refletindo sobre as demandas e serviços de

saúde, fortalecendo as condições de possíveis estratégias de transformação (Santos & Senna, 2017).

(...) a educação popular em saúde no SUS busca não apenas reverter o quadro de saúde da população envolvida, como também fortalecer e intensificar a participação, o que viabiliza a democratização das políticas públicas e da promoção da saúde. Nesse sentido, essa perspectiva se articula aos princípios que orientaram a criação do SUS, quando se tem como referência a participação, a promoção e as ações integradas como componentes fundantes do sistema público de saúde (Santos & Senna, 2017, p. 444).

Para Santos & Senna (2017) o ato da Educação em Saúde pode contribuir para o profissional de Serviço Social articular as diversas mediações e contradições que surgem no cotidiano dos espaços sócio ocupacionais, potencializando outras formas de condução das dimensões metodológicas e políticas que transforme a realidade. Nesse sentido, o assistente social deve conhecer a realidade do usuário e priorizar ações educativas coletivas que apostem na emancipação humana. Evidencia-se, portanto, o caráter essencialmente político do exercício profissional do Serviço Social.

Diante de tempos sombrios, cada vez mais se faz necessário apostar no coletivo nas formas de intervenção, nas estratégias de fortalecimento da mobilização e na participação dos usuários onde os grupos educativos podem ser estratégicos desse processo. Em suma, há de se apostar no acompanhamento das dinâmicas societárias, como também na capacitação permanente dos profissionais de Serviço Social (Santos & Senna, 2017, p. 445).

Portanto, a Educação em Saúde pode e deve ser um instrumento para o processo de trabalho das assistentes sociais do PADI. A relevância do desenvolvimento de ações mediadoras pedagógicas, ético-políticas que contribuam para formação da sensibilidade crítica e reforçam que a dimensão socioeducativa da profissão pode viabilizar meios de construir a transformação social no cotidiano dos usuários (Santos & Senna, 2017).

Além dos instrumentos referenciados, outros recursos também foram elencados pelas assistentes sociais entrevistadas. Segundo elas, houve uma reunião para elaborar alguns protocolos padrões, sendo citado como principal o plano terapêutico - que tem sido feito de forma seletiva, elegendo a família que possui mais necessidade de atenção, já que a demanda grande e o volume demasiado de atendidos impede a discussão de todos os casos.

Os citados planos terapêuticos, também podem ser chamados de Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um conjunto de propostas de ações terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (Brasil, 2007).

A elaboração do PTS acontece por meio de encontros com toda a equipe, onde todas as opiniões são importantes para contribuir na reflexão e assistência do cuidado em saúde. Essa sistematização das ações previstas para o usuário e sua família devem conter 4 momentos: o “diagnóstico”, que abrange as dimensões orgânicas, psicológicas, sociais e o contexto singular do usuário, a “definição de metas”, dispostas em uma linha de tempo podendo ser metas de baixo, médio e alto prazo, que devem ser negociadas com o usuário, a “divisão de responsabilidades e tarefas” entre os membros da equipe, onde é definido as atividades de cada profissional e a “reavaliação”, na qual se discute a evolução, através de avaliação e correção de trajetórias já realizadas (Brasil, 2007).

A participação da família na construção do PTS é fundamental, porque expressa uma relação de parceria entre a equipe e família. A família não é depositária passiva dessa relação, pelo contrário, ela vive 24 horas por dia aquela situação e conhece melhor do que ninguém as questões relacionadas ao seu familiar. A Educação em Saúde no desenvolvimento do PTS deve ser permanente. A família deve ser inserida, tendo autonomia para agir ativamente, interagir, trocar e construir possibilidades terapêuticas para o cuidado.

Boschetti e Teixeira (2004) destacam a diferença entre priorização e seletividade, onde a primeira deve ter como preocupação a definição de quais são as situações e quem são os usuários que deverão ser atendidos primeiro, num universo claramente demarcado de metas a serem atingidas. As autoras reforçam que esse processo não significa excluir, restringir o campo de ação ou construir estratégias para reduzir este universo, mas sim dar preferência a alguém relativamente ao tempo de realização de seu direito (Boschetti & Teixeira, 2004).

Conforme sugerem as autoras, essa prioridade deve ser temporária e com vistas a ser superada, onde o horizonte é construir estratégias de planejamento e execução, visando a realização do direito de todos aqueles que possuem as prerrogativas concedidas pela Lei (Boschetti & Teixeira, 2004).

Estabelecer prioridades não significa conformar-se em restringir o acesso aos direitos pela escassez ou insuficiência de recursos. Ao contrário, esta deve ser pensada como a arte de aplicar os meios e recursos disponíveis, explorar e criar as condições necessárias com o fim de alcançar objetivos específicos (Boschetti & Teixeira, 2004, p. 3).

O que para as autoras diferem do conceito de seletividade, cuja principal característica se distancia do horizonte de superação, de buscar formas para ampliar o universo de atendimentos, pelo contrário, a seletividade é regida pelo objetivo de eleger, selecionar, optar, definir quem deve passar pela "peneira" ou pelo crivo (Boschetti & Teixeira, 2004).

Os objetivos da seletividade não são estabelecer estratégias para ampliar o acesso aos direitos, mas definir regras e critérios para escolher, para averiguar minuciosa e criteriosamente, quem vai ser selecionado, quem vai ser eleito para ser incluído. A seletividade esgota-se em si mesma, em seus critérios de "menor elegibilidade" e conforma-se com a redução e a residualidade nos atendimentos (Boschetti & Teixeira, 2004, p. 4).

A sobrecarga dos profissionais do PADI impede a execução integral e qualificada desse tipo de instrumento. Compreendemos que há uma dinâmica de seletividade das ações planejadas para as famílias acompanhadas pelo programa, considerando as contribuições de Boschetti e Teixeira (2004), inclusive, observamos uma associação com a focalização, pois restringe e reduz as ações direcionadas aos usuários do serviço.

A focalização, contrariamente ao pensamento corrente, não pode ser entendida apressadamente como sinônimo de seletividade. Em seu sentido vernacular, significa pôr em foco, fazer voltar a atenção para algo que se quer destacar, salientar, evidenciar. A focalização, nesse sentido, pode ser compatível com a universalização: no universo de pessoas atendidas em creche, por exemplo, é preciso focalizar aquelas crianças desnutridas com ações para combater a desnutrição. Focalizar, nessa direção, não é restringir o acesso aos direitos, mas no universo atendido, diferenciar aquelas que necessitam de atenção especial para reduzir desigualdades (Boschetti & Teixeira, 2004, p. 4).

No entanto, esse aspecto positivo que as autoras se referem acima não acontece no PADI, pois as situações dos usuários eleitos para serem discutidas têm um caráter de exclusão dos demais, considerando que não existem possibilidades objetivas de discussão de todos os casos, já que não tem tempo e nem profissionais suficientes.

Dessa maneira, fica explícito que o contexto político e econômico analisado anteriormente – corte de verbas, ausência de investimentos no setor público, incentivo à privatização das empresas estatais, disseminação das OSs, terceirização, precarização dos vínculos de trabalho, desregulamentação das legislações trabalhistas, intensificação do trabalho, entre tantos outros aspectos apresentados - perpassa fortemente a organização do PADI e todos esses acontecimentos estruturais e conjunturais são determinantes para o processo de trabalho das assistentes sociais.

Contudo, outros desafios se colocam nessa relação de atendimento domiciliar, destaca-se nesta pesquisa dois aspectos de natureza ético-política: 1) a dificuldade de manutenção do sigilo durante o atendimento, pois a equipe interdisciplinar realiza a visita no mesmo dia e horário; 2) o fato de integrar uma equipe que possui diferentes categorias profissionais com conhecimentos e visões de mundo distintas.

A questão do sigilo profissional precisa ser refletida nessa modalidade de atenção à saúde, tendo em vista que o domicílio é o principal local de atendimento. Nessa lógica, as assistentes sociais precisam criar estratégias para garantir a proteção da população usuária, possibilitando o atendimento individual, quando necessário. Cabe destacar, que apenas poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário se tratando da equipe interdisciplinar (CFESS, 2012). Apontamos ainda o dever do assistente social em abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade e o policiamento dos comportamentos (CFESS, 2012).

A casa é um ambiente muito particular, as visitas domiciliares precisam ser planejadas e o usuário/família deve estar ciente da visita da equipe. Tal afirmação pode parecer óbvia, mas não é. Muitas equipes utilizam o recurso da “visita surpresa” com a justificativa de “observar aspectos escondidos pelo usuário e sua família”. Compreendemos que qualquer falha referente aos cuidados pode ser constatada nas visitas, mesmo porque o trabalho na Atenção Domiciliar pressupõe que o usuário e sua família sejam sujeitos do processo de cuidados e não pessoas sem autonomia que precisam ser fiscalizadas ou controladas. Além disso, esse tipo de ação tem um recorte de classe muito evidente, pois reforça o caráter de subalternidade conferido à classe trabalhadora, considerando que nenhum agente estatal ou privado acessaria à

classe dominante sem aviso prévio. A presença de um porteiro já seria uma primeira barreira, por exemplo.

Sendo assim, o Código de Ética da profissão indica como dever do assistente social no que diz respeito às relações com outras categorias, incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar (CFESS, 2012).

Para Costa (2007) a interdisciplinaridade deve ser uma construção reflexiva coletiva que tenha o objetivo de analisar e problematizar as práticas cotidianas, e as relações de saber e de poder para assim construir práticas mais efetivas, e formas de trabalho mais satisfatórias para trabalhadores e usuários.

A atuação interdisciplinar requer construir uma prática político-profissional que possa dialogar sobre pontos de vista diferentes, aceitar confrontos de diferentes abordagens, tomar decisões que decorram de posturas éticas e políticas pautadas nos princípios e valores estabelecidos nos Códigos de Ética Profissional (CFESS e CFP, 2007, p. 39).

Na Atenção Domiciliar as visitas são sempre interdisciplinares. Nenhum profissional realiza visita sozinho, o que para a assistente social 01 é uma vantagem porque são olhares diferentes diante da mesma situação. A intenção é que essas percepções apreendidas nas visitas sejam discutidas em reuniões periódicas da equipe, que eles denominam de “estudo de caso”. Anteriormente esses encontros aconteciam mensalmente, contudo, tem ocorrido com espaços de tempo maior em função das demissões dos profissionais.

Reforçamos a importância desse espaço coletivo de reflexão para o trabalho dos profissionais na Atenção Domiciliar, considerando a relevância de intervenção crítica no trato com as expressões da “questão social”, uma vez que esse tipo de prática pode contribuir para que a equipe possa se despir de condutas moralistas e conservadores nos atendimentos às famílias assistidas pelo programa.

Quando perguntadas quais categorias estabeleciam melhor parceria, a psicologia apareceu em todas as falas, sendo justificada pela aproximação da área do conhecimento.

A gente trabalha muito em parceria, até por conta de muitas dessas questões de possíveis violências, maus tratos, ou questões de conflitos, ou de estar estabelecendo uma divisão de cuidados. A gente tem um entrosamento bom e os demais profissionais também, a gente fica muito atento a situação do paciente (Assistente Social, 01).

O relato da profissional expressa a realidade de muitos espaços sócio ocupacionais onde o trabalho do assistente social tem uma interação direta com o profissional de psicologia. Embora sejam categorias com acúmulos teórico-políticos diferentes, o diálogo pode e deve aliar reflexão crítica, participação política, compreensão dos aspectos objetivos e subjetivos inerentes ao convívio e à formação do indivíduo, da coletividade e das circunstâncias das diversas situações que se apresentam ao trabalho profissional (CFESS e CFP, 2007).

Nesse trabalho interdisciplinar entre o Serviço Social e a psicologia – e não só – é possível construir espaços de discussão sobre responsabilidades e possibilidades na construção de uma proposta ético-política e profissional que não fragmente o usuário (CFESS e CFP, 2007). Contudo, é preciso estar atento para não conduzir o trabalho para uma perspectiva de integração social, homogeneização social, psicologização dos atendimentos individuais ou das relações sociais (CFESS e CFP, 2007).

A assistente social 01 cita ainda reuniões que ela denomina de “mediação”, que podem acontecer com a presença apenas da família ou também de outras categorias profissionais.

Vou te dar um exemplo de uma paciente que era cuidada pela sobrinha e um filho que não se envolvia muito nos cuidados. A gente queria trazer esse filho para os cuidados e estar mais próximo dessa mãe. Tem relatos que anteriormente ele tinha um convívio maior, mas ele ficou desempregado, começou a fazer trabalhos mais informais ou trabalhar no uber e acabou tendo menos tempo e se distanciando da mãe. Ele ficou bem focado na questão financeira. E por conta desse problema financeiro, ele acaba pedindo para essa sobrinha, que é a cuidadora principal, que faça menos trocas de fralda para economizar os gastos. Mas isso estava piorando o quadro da paciente, por conta de infecção urinária e uma ferida que ela tinha. A enfermeira estava cobrando que as trocas de fraldas precisavam ser mais frequentes, por conta até do curativo e a urina só piorava a lesão. Chamei esse filho para uma conversa para gente tentar criar uma estratégia que pudesse melhorar as condições dessa paciente e pedi que a enfermagem estivesse presente, porque são eles que vão poder explicar o porquê da troca de fralda com mais regularidade. Enfim, esse foi um caso mais simples, menos complicado, mas têm casos de conflitos e quem tiver presenciado ou o profissional que estiver sentindo que o trabalho dele não está fluindo por conta de uma determinada situação, eu envolvo todos esses profissionais e fazemos uma grande reunião (Assistente Social 01).

As situações de não adesão ao tratamento são recorrentes na saúde, elas indicam o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do profissional de saúde, podendo ser justificado por vários motivos. Tavares et al (2016) afirmam que os principais fatores de não adesão ao tratamento estão relacionados à características individuais do paciente, à doença em si, aos medicamentos utilizados e à interação entre o usuário e os serviços de saúde, entre outros. No caso da Atenção Domiciliar esse tipo de situação pode ser ainda mais evidente, visto que, a prática de cuidados é intensa e na maioria dos casos, exige do cuidador não só a realização dessas ações em saúde, mas também das tarefas domésticas. A interação entre a família e os profissionais é determinante para a oferta da Atenção Domiciliar, e muitas vezes é o assistente social que intermedia essa relação. Muitas categorias profissionais de saúde não têm disciplinas na formação que deem conta do trato e da comunicação com as famílias, o que dificulta a realização e efetivação do trabalho em saúde.

Nessa situação específica exemplificada pela entrevistada, o problema identificado não pode ser individualizado, é preciso sair desse lugar da aparência e da culpa da família, e considerar o entrave entre as reais condições e a necessidade do cuidado. Cabe ao assistente social desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos (Iamamoto, 2007).

A capacitação é um compromisso profissional. A importância da participação em eventos acadêmicos e científicos, que as entrevistadas alegam frequentar pouco em função da realização das visitas, precisa estar no rol de prioridades das profissionais. A falta de tempo para qualificação e aperfeiçoamento profissional expressa o prejuízo na educação permanente em saúde (EPS), prevista na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Diferente da concepção de educação continuada, a educação permanente em saúde propõe:

(...) incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; modificar substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; abordar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ampliar os espaços

educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias (Brasil, 2009, p. 44).

Segundo Campos e Santos (2016) a educação continuada reduz as concepções sobre o trabalho à dimensão objetiva e técnica, o que acaba não dando conta das necessárias mudanças dos processos de trabalho e das relações entre os profissionais. A educação permanente em saúde para os autores assume um eixo teórico e metodológico distinto ao da educação continuada tradicional, pois se preocupa com a reelaboração do conhecimento e sua forma de aplicação nos processos de trabalho, além de reconhecer o valor pedagógico das situações de trabalho e fomentar as discussões transversais.

A participação em eventos que envolvam temas relacionados ao trabalho, é fundamental para refletir sobre as questões do cotidiano, reforçando o assistente social num lugar de profissional intelectual e que ilumina sua prática a partir da articulação das dimensões teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

A assistente social 02 menciona que existe a possibilidade de participação mediante a negociação com a coordenação do programa, mas agora por conta do número reduzido de profissionais está cada vez mais complicado. Nesse sentido, seria mais indicado estabelecer uma norma padronizada para esse tipo de solicitação ou instituir rodízios em que exista a possibilidade de revezamento nas participações dos eventos e haja o compromisso entre as profissionais de socialização dos materiais e dos debates para as demais.

A assistente social 01 cita o grupo do aplicativo whatsapp como facilitador da comunicação, onde as assistentes sociais trocam informações gerais sobre o processo de trabalho e conteúdos informativos, o que para nós aparece como um ponto de alerta. Consideramos importante o uso dessa tecnologia como *complementar* ao processo de trabalho, no entanto, é preciso ter em vista que encontros presenciais são fundamentais para a troca entre as profissionais. Outro ponto que é preciso chamar atenção é a segurança desse tipo de recurso, as mensagens estão expostas à rede, o que pode pôr em risco informações relacionadas às profissionais, à instituição e até mesmo ao usuário.

Ao falar das possibilidades, todas as profissionais consideram a Atenção Domiciliar um espaço rico de trabalho, onde o aprendizado é constante.

Diferente de um trabalho na enfermagem, por exemplo, quando você vai atender, não fica ninguém próximo ou você mesmo não fica próximo ao atendimento do colega, no atendimento no domicílio você está ali, há todo tempo você está junto, está na mesma casa, você aprende muito com o outro. Seja na nutrição, seja na medicina. Você não vai orientar e fazer o trabalho do outro, mas você acaba aprendendo em troca. E a gente até brinca um com o outro “iiii, sei orientar de curatela” - a gente escuta sempre a orientação do outro, não tem como você não aprender (Assistente Social, 01).

Segundo a assistente social 03 há uma troca constante, onde os próprios profissionais tiram dúvidas e para ela isso expressa o reconhecimento do trabalho, confirmando a sua importância profissional.

A gente está buscando a cidadania das pessoas, está trabalhando com o direito do usuário. Muitas vezes chega em casa e ninguém nunca orientou sobre determinadas coisas. É uma série de direitos, de benefícios e a figura do assistente social é muito importante. É ele que vai dar condições para uma melhora na qualidade de vida da pessoa, seja porque contribui para o recebimento do benefício do usuário ou porque orienta para retirada da documentação que não tinha. Ele é um cidadão, é gente. Eu quero brigar por aquilo que eu tenho direito e trabalhar com as pessoas essas questões. Enquanto a gente pode brigar, vamos fazer (Assistente Social, 03).

O seu conhecimento transcende a casa do paciente, é a sua equipe, sua família, sua casa, enfim, sempre tem alguém que precisa de uma orientação. E é o que diz o Serviço Social mesmo, a gente não tem que guardar para gente. Tem que dividir, multiplicar as informações. Às vezes no próprio local de trabalho as coisas não são divulgadas. O Serviço Social tem que se preocupar com essas coisas, saber onde eu estou, o porquê de estar aqui, qual é o meu papel, e o que eu posso contribuir com o outro (Assistente Social, 02).

Outro ponto observado é que a instituição não investe em política de estágio e nenhuma das profissionais supervisiona estagiário. Compreendemos as dificuldades do cenário atual, sem profissionais suficientes, atrasos recorrentes nos salários, falta de transporte, entre tantos outros problemas existentes na gestão do programa, contudo, a presença de um estagiário poderia ser uma importante estratégia para contribuir no processo de reflexão do trabalho. O momento da supervisão de estágio, por exemplo, poderia ser um espaço ímpar de análise concreta de situações concretas e relevantes para se compreender as dimensões constitutivas das questões específicas que se põem no campo de estágio (Caputi, 2016).

Configura-se [a supervisão de estágio] como espaço para se equacionar o significado e o lugar do instrumental técnico, para se criar e recriar possibilidades políticas para a ação profissional; para se desenvolver valores éticos, e é, sem dúvida, momento privilegiado para se superar o nível de uma racionalidade

imediatamente que é própria da vida cotidiana, e possibilitar a construção de mediações (Caputi, 2016, p. 393).

Desse modo, apesar dos limites provenientes da precarização do trabalho, o estagiário pode ser um dos caminhos para revisão e avaliação dos instrumentos e técnicas do processo de trabalho no PADI. Essa aproximação com a academia poderá render frutos para o fortalecimento da identidade profissional, autonomia e reconhecimento institucional.

Logo, a nossa expectativa no início da pesquisa seria encontrar questões diferentes das outras áreas da saúde pública, porém, no decorrer da investigação, percebemos se tratar de expressões da “questão social” frequentes a outros lugares, bem como, impactos recorrentes do projeto neoliberal.

Nesse contexto, identificamos dois aspectos principais que se desdobraram em outras características do trabalho do assistente social na Atenção Domiciliar. O primeiro deles é o fato do atendimento ser realizado no domicílio – identificamos uma série de implicações, conforme abordamos no decorrer deste trabalho. O segundo aspecto diz respeito aos cuidados no domicílio serem feitos a partir de orientações à família, o que antes acontecia no ambiente hospitalar e por profissionais de saúde, agora acontece sob responsabilidade da família. Aqui, essa questão apareceu como central na nossa pesquisa, isso porque envolve a sobrecarga das famílias, que na maioria dos casos são chefiadas por mulheres, trabalhadoras e negras³², e consequentemente exige das (os) assistentes sociais a expertise para criação de estratégias e formas de lidar com essa realidade tão complexa.

³² Em pesquisas futuras será importante considerar as configurações atuais das famílias.

5

Considerações Finais

É importante perceber o que está na base de todo o processo visto no decorrer deste estudo: compreender o modo de produção capitalista, suas formas de organização e suas transformações recorrentes, nos auxilia a refletir sobre as reconfigurações da “questão social” nesse contexto complexo de hegemonia neoliberal, e que consequentemente incide no trabalho do Serviço Social.

A conjuntura política e econômica atual do município do Rio de Janeiro é caótica, especialmente no que diz respeito ao provimento da saúde pública. Inúmeros cortes de recursos voltados para serviços essenciais para a população, que são considerados gastos e não investimentos, atingem violentamente os que mais precisam e usurpam não só os direitos sociais, como também o principal direito previsto na Constituição Federal de 1988: o direito à vida.

As estratégias de diminuição dos ditos gastos públicos expressam os avanços das políticas neoliberais, que preconizam a lógica de privatização dos serviços de saúde, com intenso desmonte da política pública, universal e de responsabilidade do Estado.

Com base nos dados coletados, observa-se que os rebatimentos da precarização da política de saúde pública podem ser expressos no PADI, tanto pela redução de investimentos do Estado - para aquisição e melhoria de recursos materiais e humanos – como também na adoção de métodos de gerenciamento do trabalho e dos trabalhadores pautado por uma lógica produtivista e intensificadora – prioridade da gestão privada das OSs.

Esse cenário reforça a política de saúde na perspectiva de mercado, onde o Estado se isenta e transfere a responsabilidade do cuidado para a família. Embora não seja o foco deste trabalho, a apropriação do tempo de trabalho não remunerado das famílias, sobretudo, o tempo das mulheres, é preocupante no contexto da Atenção Domiciliar e identificamos essa questão como um ponto chave para o trabalho dos assistentes sociais.

Para as famílias, a decisão de ir para casa e assumir a responsabilidade dos cuidados parece o caminho mais natural, e observamos uma contradição nesse sentido, por um lado, não há dúvidas da importância do retorno ao lar, mas por outro, a sobrecarga de cuidados é intensa. As famílias coparticipam e são sobrecarregadas ao mesmo tempo, mas considerando toda a conjuntura exposta nesta dissertação, a sobrecarga tem destaque e prejudica a vida da população usuária do serviço aqui analisado.

Pensar na consolidação de programas e serviços de Atenção Domiciliar que não sobrecarreguem as famílias significa pensar em equipes capacitadas, que entendam a realidade social do usuário e sua família como produto das relações contraditórias da sociedade capitalista, e não com visões de cunho moralista e conservador. Além da necessidade de articulação entre as políticas públicas (saúde, assistência social, habitação, educação, etc) que consigam garantir a integralidade de atenção ao usuário e sua família.

É inegável que a existência de uma equipe de Atenção Domiciliar acompanhando o usuário ameniza a sobrecarga da família, mas não é suficiente para eliminar a intensidade dos cuidados e os custos que ficam a cargo da família. A repetitividade, a rotina cansativa, são alguns dos aspectos que contribuem para o desenvolvimento de tensões psicológicas e físicas por parte dos familiares - infelizmente ainda são poucos os estudos que trazem dados dessas consequências para os cuidadores.

As propostas de internações programadas, como acontecem em outros países, podem ser uma alternativa para aliviar o cansaço dos cuidadores. Tais proposições estabelecem acordos entre a família e a equipe, com o objetivo de planejar períodos de internação do usuário, para que o cuidador possa tirar um tempo de descanso. A ampliação da rede de apoio com incentivos (monetário ou não) também pode ser um caminho para evitar a sobrecarga da família.

Os custos básicos com energia elétrica, água, alimentação e cuidados específicos ficam a cargo da família e o Estado reduz suas responsabilidades. A criação de políticas públicas que subsidiem essas famílias é urgente. Não defendemos de forma alguma que essas pessoas se tornem moradoras de hospitais, pelo contrário, compreendemos a importância e a necessidade dessas famílias retornarem ao lar, e mais do que isso, que essa transição seja planejada, organizada e respeitosa com o usuário e sua família, e, sobretudo que a garantia de permanência no domicílio seja segura, efetiva e justa.

Vemos ainda que na área da saúde, assim como, em outros espaços, trabalham profissionais de diferentes ramos do conhecimento, com saberes teóricos, práticos e éticos distintos, com projetos profissionais e de sociedade controversos, mas tudo isso é intrínseco às relações sociais. A disputa é constante. O assistente social tem importante papel nesse sentido, e não só na intervenção com o usuário e sua família, mas também com a equipe, preconizando os princípios do Código de Ética Profissional, empenhando-se na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças.

Assim, a dimensão política da profissão também merece destaque na Atenção Domiciliar. É importante que haja um movimento dos profissionais para a criação de espaços que contribuam para formação crítica dos usuários, valorizando o caráter socioeducativo da profissão e favorecendo meios de construir a transformação social no cotidiano da população. Uma alternativa pode ser aproveitar os momentos de atendimento para abordar questões para além das orientações ou encaminhamentos mais imediatos. Desenvolver diálogos sobre a realidade da saúde pública no contexto atual e tantos outros temas presentes na vida dos usuários pode ser um caminho para o profissional contribuir na superação de pensamentos do senso comum, por exemplo.

Em suma, as reflexões expostas aqui não pretendem encerrar as complexas questões que envolvem o trabalho do assistente social no PADI do município do Rio de Janeiro, mas contribuir para uma leitura crítica dessa modalidade de atenção à saúde, fornecendo elementos para visualizar como a configuração desse tipo de serviço e sua forma de operacionalização provoca o Serviço Social a pensar estratégias para o seu processo de trabalho.

ALENCAR, M. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

ALMEIDA, N. L. T. Retomando a temática da sistematização da prática. In: BRAVO, M. I.; MOTA, A. E.; TEIXEIRA, M. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, p. 399-408, 2006.

ALMEIDA, N.L.T.; ALENCAR, M. M. T. Serviço Social e trabalho: particularidades do trabalho do assistente social na esfera pública estatal brasileira. **O Social em Questão**, a. XVIII, n. 34, 2015.

ALVES, G. L. Processos de trabalho, precarização e Serviço Social: uma relação necessária! **O Social em Questão**, a. XVIII, n. 34, 2015.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro**, v. 12, n. 3, p. 499-518, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000300499&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>.

ANTUNES, R. Revista 1|2: Trabalho, Educação e Saúde. In: **O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, p. 229-237, 2003.

_____. **O Caracol e sua Concha: Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo. Boitempo, 2005.

_____. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. 10. São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (Alienação). **Caderno CRH**, n. 37, Salvador, 2002.

_____. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. Campinas: Cortez, 1999.

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A epidemia da terceirização. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho**. São Paulo: Boitempo, v. III, p. 13-24, 2013.

_____. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **Revista O Social em Questão**, a. XVIII, n. 34, 2015.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, Col. Biblioteca Básica/Serviço Social, v. 9, 2011.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, I.; TEIXEIRA, S. O. **Seletividade e focalização da política de assistência social no Brasil**. 2004. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-081.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 07 jun. 2018.

_____. **Lei nº 10.424**, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10424.htm. Acesso em: 07 jun. 2018.

_____. **Lei nº 5026**, de 19 de maio de 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Disponível em: http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548/Lei%205026_2009.pdf. Acesso em: 07 jun. 2018.

_____. **Portaria nº 825**, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 07 jun. 2018.

_____. **Plano diretor da reforma do aparelho de Estado**. Brasília, Documentos da Presidência da República, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.416**, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2414_23_03_1998.html>. Acesso em: 07 jun. 2018.

_____. **Resolução RDC Nº 11**, de 26 de Janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>. Acesso em: 07 jun. 2018.

_____. **Portaria nº 2.029**, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011_comp.html. Acesso em: 07 jun. 2018.

_____. **Portaria nº 2.529**, de 19 de outubro de 2006 (Revogada pela PRT GM/MS nº 2.029 de 24.08.2011) Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html>. Acesso em: 07 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**, v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

_____. As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: CFESS/ CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

CAMPOS, K. A.; SANTOS, F. M. D. A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista do Serviço Público**, v. 67, n. 4, p. 603-626, 2016.

CAPUTI, L. Supervisão de estágio em Serviço Social: significâncias e significados. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 389-394, out./dez. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/B%C3%A1rbara/Downloads/43674-161736-1-PB.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2019.

CARCANHOLO, M. D. Por que Dilma não faz um governo de esquerda? A economia política dos governos do PT. **Jornal dos Economistas**, n. 310. Rio de Janeiro: CORECON-RJ, 2015.

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

CFESS e CFP. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CartilhaFinalCFESSCFPset2007.pdf>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

_____. **Código de Ética do assistente social e Lei n. 8.662/93**. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

_____. (Org.). **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

COELHO, M. A Imediaticidade na prática profissional do assistente social. In: **Serviço Social: temas, textos e contextos**. Coletânea nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

COSSIN, M. P. da S. **As Políticas Sociais nos governos do PT e a consolidação da hegemonia burguesa no Brasil**. 4º SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, Minas Gerais, 2016.

COSTA, M. D. H. Os serviços na contemporaneidade. In: FERNANDES, A. E. S. M. (Org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

COSTA, M. D. H.. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XXI, n. 62, mar. 2000.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 14 dez. 2018.

COUTO, B. R. Formulação de projeto profissional de trabalho. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009. p. 651-663.

DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política e Sociedade**, n. 5, 2004. p. 139-164.

DAHMER PEREIRA, L.; Políticas Públicas de Assistência Social brasileira: avanços, limites e desafios. Natureza: Trabalho Completo. Editora: Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social - Estudos e Documentos, v. 1. 2006.

DRUCK, G. Trabalho, Precarização e Resistências: novos e velhos desafios? CADERNO CRH, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, Oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2018.

GERHARDT, T. E.; D. T. SILVEIRA. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GRANEMANN, S. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: CFESS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS e ABEPSS. p. 223-238, 2009.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 62, 2000.

HARVEY, D. **O Neoliberalismo: História e Implicações**. São Paulo, Edições Loyola, 2008.

_____. **Condição Pós-Moderna: Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural**. São Paulo, Edições Loyola, 2013.

HIRATA, H. Trabalho, Gênero e Dinâmicas Internacionais. **Revista da ABET**, v. 15, n. 1, Jan./Jun. 2016.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche; capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. In: Programa de Capacitação continuada para assistentes sociais. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD, 2009.

_____. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **As Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil – 2010**. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/fasfil/2010/default.shtm>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

MARCONSIN, C.; FORTI, V.; MARCONSIN, A. F. Neoliberalismo e reestruturação produtiva: debatendo a flexibilização dos direitos trabalhistas no Brasil. **Serviço social em Revista**, Londrina, v. 14, n.2, p. 23-46, jan./jun. 2012.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I, Seção III, Capítulo V: Processo de Trabalho e Processo de Valorização. Tradução: Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. Círculo do Livro Ltda, edição 1996

_____. _____. Capítulo VI (inédito). São Paulo: LECH, 1978.

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 5(5):2297-2305, Belo Horizonte, 2010.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

MENÉNDEZ E. L. **Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria**. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. p. 451- 464, 1988.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. TRABALHO EM SAÚDE. In: **Dicionário da educação profissional em saúde/Isabel Brasil Pereira e Júlio César Frana Lima**. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2018.

MIOTO, R. C. T. Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 699-720, out./dez. 2015

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009, p. 273-303.

MORAIS, H. M. M. de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00194916, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2018. Epub Feb 05, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00194916>.

NETO, A. V. O.; DIAS M. B. Atenção Domiciliar no SUS: o que representou o Programa Melhor em Casa? **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, OUT 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social - Uma análise do Serviço Social no Brasil pós64**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Crise do capital e consequências societárias. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, 2012.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política – uma introdução crítica**. 4. Edição. Ed. Cortez. SP, 2010.

NOGUEIRA, A. C.; MONTEIRO, M. V. A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: Reflexões Críticas Sobre a Prática Profissional**. São Paulo: Papel Social, 2015.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em serviços de saúde**. Adaptação do texto apresentado no seminário "O choque teórico", promovido pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1991. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wpcontent/uploads/2017/11/Otrabalhoemservicosdesaude_Nogueira.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018

OCKE-RES, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012.

PAIM, J. S. Saúde da família: Espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface**, 5:143-146, 2008.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 28 dez. 2018.

PONTES, R. N. A categoria mediação em face do processo de intervenção do serviço social. **Revista Conexões geraes**. n. 2, ano 1. 2º semestre de 2012. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-104.pdf>>. Acesso em 31 set. 2018.

RAICHELIS, R. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (Org.). **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, p. 25-65, 2018b.

SAMPAIO J. R. P. A. As opções do Partido dos Trabalhadores. **Dossiê Blog MARXISMO21**, 2013. Disponível: <https://marxismo21.org/10-anos-de-governos-do-pt-natureza-de-classes-e-neoliberalismo/>>. Acesso em: 24 fev. 2019:

SANTOS, F. H. C.; MELO, T. V. Visita Domiciliar no Serviço Social: instrumento de controle ou de garantia de direitos? In: Org: RAMOS, A;

SANTOS, F. H. C. **A Dimensão Técnico-Operativa no Trabalho do Assistente Social: ensaios críticos**. 2018.

SILVA, G. S. **Transferência de renda e capital portador de juros: uma insidiosa captura**. 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado em Trabalho e Política Social). UERJ, 2010.

SILVA, K. L. et al. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

_____. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017, 38(4):e67762. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>.

_____. Internação domiciliar no Sistema único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n. 3, p. 391-7, 2005.

SILVA, M. L. L. Trabalho e previdência social no Brasil no contexto de crise do capital. **O Social em Questão**, a. XVIII, n. 34, 2015.

SIMIONATTO, I.; COSTA, C. R. Estado e políticas sociais: a hegemonia burguesa e as formas contemporâneas de dominação. In: **Revista Katálysis**, v. 17, n. 1, p. 68- 76, 2014.

STAMPA, I. T. Transformações recentes no “mundo do trabalho” e suas consequências para os trabalhadores brasileiros e suas organizações. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 30, v. 10, p. 35-60, jul./dez. 2012.

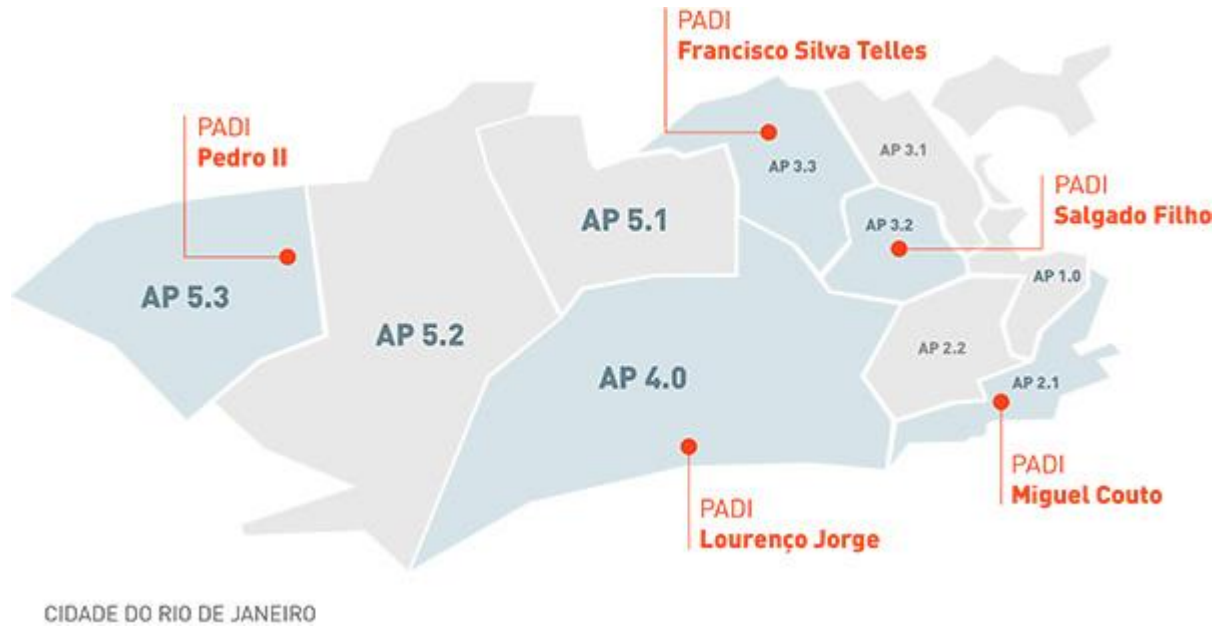
STAMPA, I. T; SANTANA, M. A. Trabalho no capitalismo contemporâneo (apresentação). **O Social em Questão**, a. XIV, n. 25/26, 2011.

TAVARES, N. U. L, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2016; 50(supl. 2):10s

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas em Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ed. Revan: Ucam, Iuperj, 1998.

Anexo – Áreas atendidas pelo PADI - Rio de Janeiro



Apêndice – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente termo em atendimento à Resolução CNS nº510/2016, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “**O trabalho do assistente social nos Programas de Atenção Domiciliar à Saúde do município do Rio de Janeiro**”. A pesquisa se dará sob a responsabilidade da pesquisadora Bárbara Figueiredo Santos, aluna do curso de Pós-Graduação do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio, ressaltando os seguintes aspectos:

Objetivo: Analisar o trabalho do assistente social nos Programas de Atenção Domiciliar à Saúde do município do Rio de Janeiro.

Justificativa: Colaborar para o trabalho do assistente social nos Programas de Atenção Domiciliar à Saúde, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa ajudar na construção coletiva do trabalho do Serviço Social.

Confidencialidade do estudo: Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. As respostas das entrevistas serão de uso exclusivo do pesquisador, e assim sendo, não será anexado à dissertação. Cabe ressaltar, no entanto, que os dados serão analisados no corpo da dissertação, respeitando-se a veracidade do conteúdo e à confidencialidade.

Crítérios de inclusão: Profissionais de serviço social inseridos nos Programas de Atenção Domiciliar à Saúde, por mais de um (1) ano.

Participação voluntária: A participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Procedimentos para a pesquisa: os participantes voluntários terão todas e quaisquer formas de esclarecimento e informações sobre a pesquisa, bem como da metodologia adotada a todo e qualquer momento. A sua participação consistirá em conceder entrevista, orientada a partir de roteiro semiestruturado. A entrevista será gravada (áudio), transcrita e as falas pertinentes usadas no decorrer da pesquisa.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa: As transcrições serão armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 05 anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações do CEP/CONEP.

Riscos e desconfortos: Os possíveis danos associados à sujeição a pesquisa estão relacionados ao desconforto emocional por compartilhar informações pessoais ou que envolvam a terceiros. Neste sentido, entendemos a necessidade de assistência aos participantes por meio de escuta qualificada e manejo dos esclarecimentos pertinentes na condução da pesquisa, considerando a confidencialidade e a privacidade dos dados da pesquisa conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade humana.

Benefícios: Ao participar desta pesquisa o entrevistado não terá nenhum benefício direto, no entanto, será disponibilizado o resultado da pesquisa sobre os processos de trabalho do Serviço Social na Atenção Domiciliar à Saúde. Sendo assim, esperamos que a pesquisa colabore na qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Resultados: Os resultados serão divulgados durante a apresentação da dissertação, em local e data divulgadas previamente, pela pesquisadora, em cerimônia aberta ao público. A síntese crítica da pesquisa será submetida para a publicação de artigos.

Consentimento para participação: Estou de acordo com os termos para a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa e aos procedimentos. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional a que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação até um mês antes da data da entrega da dissertação, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação, neste estudo, não me trará nenhum benefício econômico.

Título do Projeto: O trabalho do assistente social nos Programas de Atenção Domiciliar à Saúde do município do Rio de Janeiro

Prezado (a):

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de Dissertação de Mestrado, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC Rio, tendo em vista sua contribuição.

As informações obtidas serão confidenciais, utilizadas somente para os fins da pesquisa, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, inclusive quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa.

Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal ou profissional se esta for a sua decisão. Sua participação é muito importante e voluntária. Você

não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

Os resultados dessa pesquisa contribuirão para o trabalho do (a) assistente social nos Programas de Atenção Domiciliar à Saúde.

Também permitirá a identificação de questões a serem enfrentadas pelos profissionais, buscando a permanente qualificação do trabalho.

Os possíveis danos associados à sujeição a pesquisa estão relacionados ao desconforto emocional por compartilhar informações pessoais ou que envolvam a terceiros. Neste sentido, entendemos a necessidade de assistência aos participantes por meio de escuta qualificada e manejo dos esclarecimentos pertinentes na condução da pesquisa, considerando a confidencialidade e a privacidade dos dados da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador responsável e de sua orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável: Bárbara Figueiredo Santos

Orientadora: Márcia Regina Botão Gomes

Contato do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio: (21) 3527-1290

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o (a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 2215-1485.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter entendido os objetivos e benefícios da pesquisa. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora:

Assinatura: _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018.