



Luciana da Conceição e Silva

**A precarização do trabalho dos
assistentes Sociais no Sistema Único
de Saúde do Rio de Janeiro**

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social, do
Departamento de Serviço Social da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Márcia Regina Botão Gomes

Rio de Janeiro
Setembro de 2022



Luciana da Conceição e Silva

**A precarização do trabalho dos
assistentes Sociais no Sistema Único
de Saúde do Rio de Janeiro**

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

Prof.^a Márcia Regina Botão Gomes

Orientadora

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Prof.^a Inez Terezinha Stampa

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Prof.^a Nilza Rogeria de Andrade Nunes

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Prof. Ney Luiz Teixeira de Almeida

UERJ

Prof.^a Aurea Cristina Santos Dias

UFF

Rio de Janeiro, 21 de setembro de 2022

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

Luciana da Conceição e Silva

Graduou-se em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 2013. Especializou-se em Saúde da Mulher pela Residência Multiprofissional na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 2015. Especialista na temática “Impactos da Violência na Saúde” realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Assistente social - experiência na área da saúde com experiência na atenção primária, urgência/emergência e alta complexidade (transplantes de órgãos e tecidos). Experiência na Assistência Social na Proteção Social Básica. Mestre em Serviço Social formada pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC- Rio).

Ficha Catalográfica

Silva, Luciana da Conceição e

A precarização do trabalho dos assistentes Sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro / Luciana da Conceição e Silva; orientadora: Márcia Regina Botão Gomes. – 2022. 309 f.: il. color.; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Serviço Social – Teses. 2. Precarização. 3. Trabalho. 4. Serviço social. 5. Sistema Único de Saúde. I. Gomes, Márcia Regina Botão. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço a meu amigo, a divindade que me acompanha, o Cristo chamado Jesus, pela força e provisão para escrever esse trabalho.

Agradeço a minha irmã Natalia pelo apoio com minha rotina, pela amizade e companheirismo de sempre para sempre. Agradeço às minhas sobrinhas Sofia e Laura pela compreensão por todas as vezes que pedi para sair o quarto da tia para que eu conseguisse me concentrar. Espero que fiquem orgulhosas da tia!

Agradeço a minha mãe Maria Amalia, minha irmã Priscila, meu pai Augusto César, e ao meu padrasto, Alberto Luis, em memória.

Agradeço ao Antonio Rafael pelo apoio no início do doutorado. Lembro que, quando recebi a aprovação no doutorado da PUC-Rio, você estava ao meu lado lendo o resultado para que eu acreditasse que era de verdade.

Agradeço ao Muhammad Oliveira por me trazer alegria, paz e tranquilidade que eu necessitava para concluir esta tese. Chegou para me trazer mais sentimento de alívio da dureza da nossa vida.

Agradeço a minha amiga, a intelectual e profissional inspiradora, Senir Santos da Hora, que me presenteou com reflexões e debates importantes sobre a precarização do trabalho do(a) assistente social no SUS.

Agradeço a minha turma de doutorado da PUC-Rio. Quero agradecer a Raquel Militão por ter tido disponibilidade emocional para ouvir minhas angústias em todo esse processo, ajudar-me com informações e me animar. Sua amizade foi um balsamo em muitos momentos. Agradeço ao Daniel pelos momentos de trocas. Eu tenho muito prazer por te conhecer neste período do doutorado. Agradeço a Meiry pelo carinho e tantas conversas e trocas. Estamos nos devendo muitos rolês! Agradeço a Luiza Casseiro pelas poesias e por você existir. Você é única!

Agradeço à equipe que trabalhou comigo no Hospital Municipal de Saquarema e me apoiou muito no início do doutorado para eu conseguir assistir as aulas da PUC-Rio. Obrigada Adriana e Landa pelas trocas de plantão para que eu pudesse estudar. Obrigada à assistente social Graça, que coordenou o Serviço Social e foi comprometida eticamente com o aprimoramento intelectual da sua equipe. Sem palavras para agradecer-las.

Obrigada a minha atual equipe de trabalho em Rio das Ostras que me ensinam e inspiram tanto: Caroline Magalhães, Agatha Alves, Renata Marins, Alessandra Bernardo, Gabriela Ribeiro, Vanessa Mussi, Tatiana Gomes, Karla Madruga.

Agradeço à assistente social Patrícia Bueno de Abreu pela paixão pelo SUS e apoio quando eu iniciei o doutorado na época em que eu trabalhava com transplantes. Em memória.

Gratidão à minha dupla da residência, enfermeira Carollyne Valle e Psicóloga Renata Aragão, pessoas que vivenciaram as experiências contraditórias do curso de residência multiprofissional e que carregam amizade e companheirismo. Também agradeço à assistente social Laís que também conheci na residência multiprofissional e até hoje participa destes momentos de reflexões e luta pelo SUS.

Agradeço à Professora Inez Stampa por ser tão generosa conosco na sua função como docente e quando está como gestora do departamento. Ensina muito mais que conteúdo acadêmico. Ensina a grandeza da sua humanidade, competência e profissionalismo. Felicidade por ter aproveitado as suas disciplinas no mestrado e no doutorado!

Agradeço ao corpo docente da Pós-Graduação do Serviço Social da PUC-Rio, que muito contribuiu para minha trajetória acadêmica e profissional. Quando eu fiz o processo seletivo do doutorado estava vivenciando jornada de trabalho muito extensa na média e alta complexidade do SUS lidando com questões complexas no atendimento à população. Estava adoecendo com tudo o que precisava fazer para continuar trabalhando (dormir pouco, pegar trajetos longos, comer de forma inadequada, dentre outros). Fazer a seleção do doutorado foi uma tentativa de criar uma nova lógica de rotina para minha vida. Quando um corpo docente aceita e aprova no seu processo seletivo um aluno trabalhador que mora longe e que vem de determinada origem de fração de classe e origem racial, da qual eu vim, está fazendo escolha e investimento ético-político importante na direção do que vocês ensinam aos seus alunos. Agradeço à oportunidade que o departamento da PUC-Rio me proporcionou!

Agradeço à querida Professora Marcia Regina Botão, que apareceu em um momento difícil no final do mestrado e agora me acompanhou em todo o doutorado trazendo muita e contribuição para a minha formação. Obrigada pela competência e pelo acolhimento.

Gratidão à banca da qualificação: Prof. Dr. Ney Luiz Teixeira de Almeida, Profa. Dra. Nilza Rogéria de Andrade Nunes, Profa. Dra. Monica Senna pela rica discussão pelas contribuições, sugestões e críticas para aprimorar a pesquisa. Vocês me iluminaram naquele momento.

Agora, lembro-me de como a minha vida se entrelaçou com a vida do querido professor e meu orientador do mestrado Marcio Brotto: ainda no curso da Residência Multiprofissional em Saúde onde o Marcio foi convidado a compor a banca. Após tivemos muitos momentos de conversa. Recebi o estímulo e

acolhimento no mestrado na PUC-Rio. O querido professor Marcio impactou a minha forma de pensar e me mostrou que era possível continuar estudando. Na certeza de que os frutos permanecem vivos e que, dessa forma, a vida permanece, Marcio Brotto, grata por tudo! Em memória.

Eu quero agradecer aos(as) assistentes sociais que participaram na pesquisa empírica. Não posso citar seus nomes, porém sou muito grata pela disponibilidade de vocês. Eu também sou assistente social e também trabalho no SUS. Identifiquei-me em muitas situações e relatos que vocês apresentaram. Obrigada a todos os assistentes sociais que trabalharam durante a pandemia de Covid-19. Nós sempre estaremos na “linha de frente”!

Esta tese só se concluiu porque, mesmo termos enfrentado esta Pandemia, estamos vivos hoje e estamos preservando o mínimo da sanidade mental para conseguir escrever este trabalho. Por isso sou grata todo conhecimento produzido pela humanidade que nos deu condições de forma coletiva superar os piores momentos da pandemia: com o conhecimento técnico de todos os profissionais da saúde e da assistência social, com os(as) pesquisadores(as), com as universidades, os cientistas. Viva a Vacina e viva o SUS!!

Resumo

Silva, Luciana da Conceição e; Gomes, Marcia Regina Botão. **A precarização do trabalho dos assistentes Sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2022. 309p. Tese de Doutorado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A tese em questão objetivou analisar a precarização do trabalho dos(as) assistentes sociais no SUS da capital fluminense, buscando refletir sua relação com o conjunto de expropriações dos direitos dos trabalhadores no contexto de crise do capital. Foram identificados alguns modos de precarização que compõem esse processo, tais como: condições de trabalho, vínculos de trabalho, salários, entre outros. A partir desses dados, buscou-se apontar incidências na vida das trabalhadoras do SUS lotadas no município do Rio de Janeiro (RJ) entre os anos 2015 e 2021, nas três esferas federativas, responsáveis pelo funcionamento das unidades hospitalares e de pronto atendimento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com estratégias metodológicas que envolvem revisão bibliográfica e pesquisa empírica. Foram entrevistados(as) 21 assistentes sociais. Conclui-se que, no SUS do município do Rio de Janeiro, há um predomínio de contratos de trabalho com vínculos precários dos(as) assistentes sociais, afetando os(as) profissionais de forma objetiva e subjetiva. Estes(as) vivenciam condição de precariedade com sobrecarga emocional, salários incompatíveis com as exigências de formação e níveis altos de escolaridade, carga horária excessiva decorrente dos múltiplos vínculos de trabalho para suprir suas necessidades de reprodução social. O trabalho dos(as) assistentes sociais no SUS do RJ, assim como os demais profissionais que atuam na área da saúde pública, tem se caracterizado pelo crescente processo de expropriações secundárias dos trabalhadores expressa na retirada dos direitos sociais e trabalhistas. Essa expressão fenomênica do trabalho demonstra aumento da exploração do conjunto de trabalhadores, intensificação do trabalho, redução do custo com salários para os contratantes, o que atende aos interesses privatistas da política pública e desvalorização do conjunto da força de trabalho que depende desse serviço essencial.

Palavras-chave

Precarização; Trabalho; Serviço Social; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Silva, Luciana da Conceição e; Gomes, Marcia Regina Botão (Advisor). **The precariousness job of the social work in the Unified Health System of Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2022. 309p. Tese de Doutorado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The thesis in question aimed to analyze the precariousness of the work of social workers in the SUS in the capital of Rio de Janeiro (RJ) seeking to analyze its relationship with the set of expropriations of workers' rights in the context of capital crisis. Some modes of precariousness that make up this process were identified and analyzed, such as: working conditions, employment relationships, wages, among others. From these data, we sought to point out incidences in the lives of SUS workers stationed in the city of RJ between the years 2015 to 2021, in the three federative spheres, responsible for the operation of hospital units and emergency care. It is a qualitative research, with methodological strategies that involve bibliographic review and empirical research. 21 social workers were interviewed. It is concluded that, in the SUS of the city of Rio de Janeiro, there is a predominance of employment contracts with precarious ties of Social Workers, affecting the professionals in an objective and subjective way. They experience a precarious condition with emotional overload, wages incompatible with training requirements and high levels of education, excessive workload resulting from multiple work relationships to meet their needs for social reproduction. The work of social workers in the SUS in RJ, as well as other workers working in area of public health, has been characterized by the growing process of secondary expropriations of workers expressed in the withdrawal of social and labor rights. This phenomenal expression of work demonstrates the increase in the exploitation of workers as a whole, intensification of work, reduction in the cost of wages for contractors, what meets the privatist interests of public policy and devaluation of the whole workforce dependent on this essential service.

Keywords

Precariousness; Job; Social Work; Unified Health System.

Sumário

| | |
|--|-----|
| Introdução | 18 |
| 1. Trabalho e expropriações no capitalismo | 32 |
| 1.1. Trabalho no capitalismo e expropriações primárias e secundárias | 33 |
| 1.2. Planos e Ações Expropriadoras dos direitos dos trabalhadores no Brasil | 46 |
| 1.3. Precarização do trabalho como uma das estratégias para o aumento da extração de mais-valor | 59 |
| 1.4. Particularidades da precarização do trabalho no setor de serviços | 69 |
| 2. Precarização do trabalho no setor público e privatização do Sistema Único de Saúde | 75 |
| 2.1. O papel do estado no processo de precarização do trabalho | 75 |
| 2.2. Privatização da gestão da saúde pública sob o argumento da parceria público-privado | 86 |
| 2.3. A realidade da gestão de saúde no Rio de Janeiro | 90 |
| 2.4. Assistentes sociais no SUS: terceirização, intensificação e precarização e instabilidade no vínculo de trabalho | 106 |
| 2.5. Gestão privada no SUS do RJ: intensificação do trabalho do(a) assistente social | 122 |
| 3. A precarização do trabalho dos(as) assistentes sociais e o trabalho profissional na saúde pública | 141 |
| 3.1. Assistente social como trabalhador assalariado e precarização do trabalho | 141 |
| 3.2. O trabalho do(a) assistente social na saúde pública | 151 |
| 3.3. Caracterização do(as) assistentes sociais e o vínculo de trabalho no SUS | 157 |

| | |
|--|-----|
| 3.4. Contratos temporários do Ministério da Saúde e Fundação saúde do Estado do Rio de Janeiro: precarização do SUS e dos seus trabalhadores | 164 |
| 3.5. Diversidade de vínculo entre os(as) assistentes sociais de uma mesma equipe | 176 |
| 3.6. A precarização dos servidores estatutários no SUS do RJ | 184 |
| 4. Dimensões da precarização dos(as) assistentes sociais no SUS do RJ: Resultado das entrevistas | 198 |
| 4.1. Condições para realização do trabalho dos(as) assistentes sociais | 199 |
| 4.2. Pluriemprego e o desemprego: vida capturada pelo trabalho e incertezas sobre o futuro | 214 |
| 4.3. Educação Permanente, militância e participação social | 227 |
| 4.4. Trabalho do(a) assistente social no SUS do RJ durante a Pandemia de Covid-19 | 232 |
| 4.5. Precarização da vida dos(as) assistentes sociais que trabalham no SUS do RJ | 248 |
| 5. Considerações Finais | 268 |
| 6. Referências Bibliográficas | 278 |
| 7. Apêndices | 295 |
| 7.1. Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido | 295 |
| 7.2. Apêndice 2 – Carta-Convite para os/s Assistentes Sociais Atuantes no SUS no Município do Rio de Janeiro | 299 |
| 7.3. Apêndice 3 – Questionário | 301 |
| 7.4. Apêndice 4 – Roteiro de Entrevista | 306 |

Lista de quadros

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 – Unidades geridas pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro | 96 |
| Quadro 2 – Unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro geridas por organizações sociais | 97 |
| Quadro 3 – Unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro geridas por organizações sociais (2021) | 98 |
| Quadro 4 – Organizações Sociais no campo do Saúde | 101 |
| Quadro 5 – Gestão de unidades municipais no campo do Saúde (2021) | 102 |
| Quadro 6 – Emprego Público por tipo de vínculo 2015 e 2020 | 108 |
| Quadro 7 – Edital Organização Social Viva Rio | 114 |
| Quadro 8 – Edital Organização Social IPCEP | 114 |
| Quadro 9 – Perfil geral dos(as) assistentes sociais entrevistados | 158 |
| Quadro 10 – Formação dos(as) assistentes sociais e Forma de inserção no SUS | 159 |
| Quadro 11 – Edital Ministério da Saúde | 166 |
| Quadro 12 – Edital Ministério da Saúde | 166 |
| Quadro 13 – Fundação Saúde RJ | 170 |

Lista de gráficos

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 – Quantitativo de assistentes sociais na unidade do SUS | 137 |
| Gráfico 2 – Relacionamento entre assistentes sociais com diferentes vínculos | 178 |
| Gráfico 3 – Influência do tipo de vínculo no relacionamento com gestores e outras equipes da unidade do SUS | 201 |
| Gráfico 4 – Quantidade de vínculos de trabalho que possui como assistente social | 215 |
| Gráfico 5 – Carga Horária Semanal | 215 |
| Gráfico 6 – Desemprego como assistente social | 219 |
| Gráfico 7 – Participação em sindicatos ou movimentos sociais | 228 |
| Gráfico 8 – Trabalhou no SUS durante a Pandemia? | 237 |
| Gráfico 9 – Acesso a Equipamento de Proteção Individual | 238 |
| Gráfico 10 – Reestruturação do ambiente de trabalho para evitar aglomeração | 241 |
| Gráfico 11 – Reorganização da escala da equipe de Serviço Social durante a Pandemia | 242 |
| Gráfico 12 – Higienização do ambiente de trabalho | 242 |
| Gráfico 13 – Tempo de deslocamento para o trabalho | 250 |
| Gráfico 14 – Forma de deslocamento para o trabalho | 250 |
| Gráfico 15 – Escolaridade do pai | 252 |
| Gráfico 16 – Escolaridade da mãe | 253 |
| Gráfico 17 – Profissão do pai | 253 |
| Gráfico 18 – Profissão da mãe | 254 |
| Gráfico 19 – Composição familiar | 257 |
| Gráfico 20 – Possui filho | 257 |
| Gráfico 21 – Há pessoas em âmbito familiar sob seu cuidado? | 258 |
| Gráfico 22 – Renda familiar mensal | 258 |

Lista de abreviaturas e siglas

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIRD – Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento

BM – Banco Mundial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

COVID-19 – Doença por coronavírus 2019

DRU – Desvinculação das Receitas da União

EAD – Ensino a Distância EUA- Estados Unidos da América

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FHC – Fernando Henrique Cardoso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

MARE – Ministério da Administração e da Reforma do Estado

MS – Ministério da Saúde

NERJ – Núcleo Estadual no Rio de Janeiro

NIEPSAS – Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas em Seguridade e Assistência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG'S – Organizações não Governamentais

OS – Organização Social

OSCIPS – Organização da Sociedade Civil de interesse Público Social

OSC – Organizações da Sociedade Civil

PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PL – Projeto de Lei

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAD – Pesquisa por Amostra de Domicílios

PT – Partido dos Trabalhadores

PUC Rio – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

RJ – Rio de Janeiro

RMS – Residência Multiprofissional em Saúde

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SARS-CoV-2 – Síndrome respiratória aguda grave 2

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema único de Saúde

TRAPPUS – Trabalho, Políticas Públicas e Serviço Social da PUC-Rio

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Mãos dadas

Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.

Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,
não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,
não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida,
não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins.
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,
a vida presente.

Carlos Drummond de Andrade

Meu estado de espírito sintetiza estes dois sentimentos
[otimismo e pessimismo] e os supera: sou pessimista com a
inteligência, mas otimista com a vontade. Em cada
circunstância, penso na hipótese pior, para pôr em movimento
todas as reservas de vontade e ser capaz de abater o obstáculo.

Antonio Gramsci

Introdução

O interesse por pesquisar o trabalho do(a) assistente social e o trabalho profissional na política de saúde é resultante da vivência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher no HESFA/ UFRJ, onde me aproximei ainda mais aos temas da saúde e tive o contato com o cotidiano deste tipo de formação e do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa experiência suscitou muitos questionamentos acerca da funcionalidade da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) para esse sistema, além disso, evidenciou alguns desafios na implementação desses cursos, tais como: o sucateamento do serviço e trabalho dentro do SUS, ambiente de formação.

Esses aspectos foram constatados tanto na minha vivência como residente, quanto no relato de residentes de outros programas quando nos reuníamos em encontros regionais e nacionais. Contudo, apesar das dificuldades identificadas, é inegável a contribuição desse curso para o aprimoramento da formação profissional e a sua potencialidade diante do fato de este ser uma modalidade de educação permanente que deve realizar mediação teoria e prática constantemente. A partir deste curso, tive a possibilidade de trabalhar em serviços de saúde importantes, além de me motivar a ingressar no curso de mestrado para pesquisar as potencialidades de limites dos Programas de Residência Multiprofissional.

Minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e a inserção no Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas em Seguridade e Assistência Social (NIEPSAS), então coordenado pelo Prof. Dr. Marcio Eduardo Brotto, como mestranda, possibilitaram o aprofundamento teórico sobre o tema. Por meio da minha participação nos momentos de estudos do NIEPSAS e das disciplinas da PPGSS/PUC-Rio, pensamos e produzimos parte das reflexões sobre temática da RMS. Na dissertação, discutimos as tensões na implementação do programa de RMS no âmbito do SUS. A RMS no discurso oficial propõe fortalecer o SUS, entretanto, insere-se em uma conjuntura de desmonte da política de saúde.

No estudo, concluímos que a RMS se insere num terreno de contradições, e ela mesmo se torna contraditória, tendo em vista que é fruto da concepção da educação permanente formulada, defendida e (re)inventada por grupos ligados à perspectiva da reforma sanitária. Em contrapartida, é utilizada como estratégia de inserção de novos profissionais com vínculos precários numa rede mal estruturada, inclusive de pessoal.

Concluímos que a RMS ainda encontra dificuldades na garantia da interlocução entre formação, gestão, atenção e participação política e pedagógica dos profissionais preceptores e residentes nele inserido. Ainda tendo em vista o modelo de inserção nos programas de RMS, identificamos um duplo movimento; i) o crescimento da oferta de bolsas para residências em saúde; e ii) a diminuição de concursos públicos efetivos e de carreira no SUS.

Portanto, tal estudo nos impulsionou a questionar o contexto mais geral do trabalho na saúde, enxergando a RMS como um dos aspectos relacionados à estratégia mais geral de flexibilização e diversificação dos vínculos de trabalhadores no SUS, apesar de sua imensa importância para a formação continuada.

Outro motivador para meu atual objeto de pesquisa foi minha inserção como assistente social no SUS, tendo experiência de trabalho como estatutária em um vínculo e também como celetista em outro vínculo. No vínculo como estatutária, acompanhei o processo de ingresso da gestão da Organização Social (OS) no hospital de emergência em que trabalhava. Também experimentei o trabalho como celetista na média e alta complexidade do SUS em uma fundação pública de direito privado em um serviço de saúde, cuja responsabilidade executiva pertence ao Estado do Rio de Janeiro que vive um longo processo de precarização da força de trabalho na saúde.

Nestas experiências, observamos as tensões vividas pelos trabalhadores da saúde e a forma como a precariedade das relações de trabalho virou projeto de Estado. A rede estadual de saúde do Rio de Janeiro, por exemplo, extinguiu o ingresso de trabalhadores estatutários e agora só contrata via fundação de direito

privado ou OS. Tal histórico de privatização na gestão no Estado do Rio de Janeiro também será descrito ao longo deste trabalho.

Hoje participo do grupo de pesquisa Trabalho, Políticas Públicas e Serviço Social da PUC-Rio (Trappus), que procura focar as mediações teóricas e históricas presentes nas questões referentes ao trabalho, às políticas sociais e aos sujeitos coletivos a eles relacionados. Neste momento do doutorado, aprofundi o conhecimento a precarização do trabalho, em especial de assistente social.

Nesse ínterim, esta tese tem por objeto a precarização do trabalho da(os) assistentes sociais que tiveram como inserção profissional a área da saúde pública no Rio de Janeiro, trabalhando em unidades de saúde de média e alta complexidade, Federais, Estaduais ou Municipais, no período de 2015 a 2021. Sob essa ótica, as formas de contratação e permanência dos(as) assistentes sociais nas instituições podem incidir significativamente na qualidade do seu trabalho, bem como em suas condições de reprodução social, por serem trabalhadores(as) assalariados(as) e dependentes da venda da força de trabalho.

Todos os espaços sócio-ocupacionais de trabalho do(a) assistente social são atravessados por contradições do modo de produção e reprodução capitalista. Os (as) assistentes sociais pertencem à classe trabalhadora, portanto, estão sujeitos aos conflitos trabalho na sociedade capitalista. Com isso, o histórico de inserção profissional e permanência do Serviço Social na área da saúde, ainda que seja de modo precário, justifica a relevância desta tese. É importante notar como o trabalho das(dos) assistentes sociais têm sido desvalorizado, mas não dispensado totalmente.

O capital, direta ou indiretamente, na figura do Estado, não pode prescindir do trabalho, inclusive do trabalho dos(as) assistentes sociais na área da saúde. Exemplo recente dessa necessidade social está na experiência da pandemia de Covid-19, que demandou muitas transformações nas formas de trabalhar, sendo uma delas o distanciamento ou, até mesmo, a suspensão completa das atividades. No entanto, no caso do Serviço Social na área da saúde e em outras políticas sociais, a demanda profissional se intensificou diante de tantas mazelas.

Temos como pressuposto, com base nas análises de Marx sobre o desenvolvimento capitalista, no qual toda a forma de movimento do capital e empregadores decorre da constante transformação de parte da população trabalhadora em braços desempregados ou subempregados. Trata-se da reprodução ampliada de trabalhadores disponíveis para o capital. A permanente produção de superpopulação relativa repousa sobre a existência prévia de trabalhadores já expropriados dos meios de produção ao passo que depende da manutenção das expropriações dos seus meios de sobrevivência que resultam na permanente reprodução de trabalhadores subordinados e disponíveis para trabalhar.

Consideramos que há o interesse e projeto de produção de trabalhadores da saúde em rotatividade e disponíveis para a dinâmica de funcionamento da expropriação social capitalista, e para isso o instrumento utilizado são as formas de contratação mais instáveis, temporária e atípicas. Para tal fato acontecer, foi essencial a privatização da gestão da saúde sob o discurso ou desculpa de dar flexibilidade aos processos de contratação de profissionais e compra de insumos ou de não ultrapassar ao teto de gasto da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) com pessoal.

Dessa forma, a precarização dos trabalhadores de um serviço público essencial, como o da saúde, garante não somente a fragilização existencial destes trabalhadores, mas também a valorização do capital ao colocar estes trabalhadores em permanente disponibilidade no mercado por causa da extensão dos contratos com menores garantias.

Como consequência dessa situação, os trabalhadores da saúde convivem com o pesadelo constante do desemprego e a falta de salário. Ademais, vivem na urgência da venda da força de trabalho, abalando a capacidade de suas organizações políticas já fragilizadas pela crescente diversificação dos vínculos no trabalho, o que pulverizou as demandas e as representações de lutas trabalhistas, e pela atual fragilização geral dos sindicatos.

Neste contexto, o(a) assistente social, como profissional que atua entre outras áreas, na política de saúde pública, tem muito reduzido as suas opções de

uma carreira estável no SUS do Rio de Janeiro. Nas pesquisas nacionais de mercado de trabalho do(a) assistente social, o vínculo que ainda predomina é o estatutário, apesar da crescente precarização dos contratos.

Porém consideramos que, no município do Rio de Janeiro (nas três esferas de gestão), já têm predominado os vínculos precários e que os(as) assistentes sociais vivenciam condição singular de precariedade dado a sua particularidade profissional (sobrecarga emocional, exigência de alta escolaridade mesmo com expectativa de baixo salário, pluriemprego e carga horária excessiva, entre outros). Se no passado o vínculo no serviço público era sinônimo de estabilidade e vínculo permanente com a população atendida, atualmente tal panorama se alterou drasticamente no RJ.

Consideramos que o trabalho para assistente social no SUS do RJ é caracterizado pelo crescente processo de expropriações secundárias, tendo relação com a expropriação do fundo público que deveria financiar a saúde pública na prestação dos serviços de qualidade, o que exige, inclusive, inserção de profissionais estáveis, que dá garantia de vínculo permanente com a população. A crescente retirada do regime estatutário no poder público que possibilitava empregos mais estáveis à classe trabalhadora também é uma forma de expropriação do fundo público pelo capital.

Considera-se que o período histórico analisado foi acompanhado pela política de continuidade do interesse privado sobre o fundo público. Como consequência, os governos progressivamente acabaram com a estabilidade dos servidores no SUS do RJ e liquidaram com a formação de uma cultura voltada para os interesses públicos e, no seu lugar, implantou-se uma mentalidade gerencial privada. Tal fato foi fruto das políticas de contradições no governo Lula, com ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos e no desfinanciamento da seguridade social.

No âmbito da gestão estadual do RJ, o governador Sérgio Cabral Filho assumiu o governo em 2007, comprometendo-se com a implantação do projeto das UPAs no estado, numa articulação mais estreita com a agenda federal, o que defende o projeto das fundações estatais de direito privado para a gestão das

unidades públicas. Em 2011, o tal político foi autor do projeto de lei que permite a transferência de unidades estaduais de saúde para a gestão de OS.

No governo municipal do RJ, após mandato de César Maia (que vinha de vários governos com orientação mais voltada ao fortalecimento da administração direta), assume em 2009 Eduardo Paes, aliado de Sérgio Cabral, com definida orientação privatizante. No seu mandato, a Secretaria Municipal de Saúde patrocinou legislação referente às OS, em 2009. Consideramos que foi essa conjuntura histórica de conciliação política foi favorável à privatização da gestão do SUS que colocou o RJ como local privilegiado na rápida e crescente expansão da precarização da força de trabalho da saúde pública e precariedade do próprio serviço de saúde.

A lei que criou as Parcerias Público Privadas (PPP's), de 2004, garantiu financiamento público para serviços que seriam tocados pelo setor privado, ou seja, é o mundo perfeito para o grupo privado da saúde. A expropriação do fundo público é a chave para a manutenção da taxa de acumulação capitalista na criação de possibilidades de extração de rendas para grupos econômicos que foram criados por dentro do estado. Com isso, reproduziu-se o caráter das relações entre estado e mercado na saúde, em que o primeiro fomenta o segundo.

Além disso, considera-se que esse processo de expropriação resulta no acirramento da disponibilidade de assistentes sociais para o mercado de trabalho, tendo como consequência o aprofundamento da subordinação a processos de alienação, a falta de controle e a continuidade da rotina do trabalho, na restrição de sua autonomia ética e técnica, na intensificação do trabalho, instabilidade e rotatividade profissional.

Portanto, serão analisados, neste trabalho, os indicativos que versam sobre a precarização do trabalho dos(as) assistentes sociais na saúde no município do Rio de Janeiro para conhecer como tem se configurado a inserção do(a) assistente social neste período de intensa privatização da gestão do SUS na capital fluminense e mudanças políticas significativas nas esferas de governo.

O objetivo geral é analisar a precarização do trabalho do(a) assistente social no SUS no município do Rio de Janeiro e sua relação com a expropriação dos

direitos dos trabalhadores no contexto de crise do capital. Os objetivos específicos são: i) analisar o papel do crescente do ingresso precário dos(as) assistentes sociais no SUS do Rio de Janeiro; e ii) identificar e analisar as formas de precarização salarial e existencial do trabalho dos(as) assistentes sociais no SUS do município do Rio de Janeiro, nas três esferas federativas, responsáveis pelo funcionamento das unidades hospitalares e Pronto Atendimentos.

Este trabalho de pesquisa tem como inspiração a teoria social Marxista, que propõe um método de análise que utiliza uma interpretação materialista do desenvolvimento histórico e uma visão dialética da realidade e da transformação social. Considerando estas premissas, de que o real precede o ser social e que o ser social transforma este real, buscamos compreender o tema e objeto deste estudo articulado a uma dimensão de totalidade analisado por condições históricas que os perpassam.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com estratégias metodológicas que envolvem revisão bibliográfica e pesquisa empírica. Sobre o estudo bibliográfico, privilegiaremos tais categorias: precarização do trabalho; expropriação do trabalhador; privatização no Sistema Único de Saúde (SUS); e trabalho e Serviço Social.

A pesquisa empírica será realizada por duas estratégias metodológicas. A primeira estratégia será por meio de levantamentos de dados de domínio público, tais como: legislações nos âmbitos federal, estadual e municipal; *sites* do Ministério da Saúde, das secretarias estadual em municipal de saúde do Rio de Janeiro, processos seletivos e documentos pertinentes das OS e fundações privadas que geriram ou estão gerindo unidades de saúde no RJ, portais da transparência e editais de concursos públicos e processos seletivos realizados para ingresso de assistentes sociais na área da saúde no município do Rio de Janeiro.

Por meio do levantamento bibliográfico e de pesquisas sobre modelos privados de gestão e contratação de trabalhadores no SUS, da análise histórica sobre a construção e implementação do SUS e sua relação com os interesses privados considerando, também, o comparativo dessa relação com as outras

políticas públicas, discutiremos o papel do SUS na difusão do modelo privado de gestão no serviço público e do crescente ingresso precário dos seus trabalhadores.

A escolha da capital fluminense deve-se ao fato de que o Rio de Janeiro é uma capital em que, no âmbito da saúde, há execução de serviços de unidades pertencentes às três esferas de governo a exemplo da existência de hospitais municipais, estaduais e federais, este último sendo uma especificidade forte do RJ. O município do Rio de Janeiro possui 71 hospitais públicos sob a responsabilidade das gestões municipais, estaduais e federais. Portanto, abrangemos as três esferas de governo delimitando a investigação nas unidades hospitalares, pois possuem serviços de média e alta complexidade, tendo em vista que são nestes níveis de complexidade em que mais há inserção de assistentes sociais.

Além desses aspectos mencionados, na região Sudeste, há o maior percentual de cobertura de gestão de unidades por OS, segundo Ramos e Seta (2019). No Rio de Janeiro, isso significa nada menos que 98% do total de cobertura na gestão municipal, e na capital paulista, é 62% do total. Com isso, o Rio de Janeiro tornou-se o estado onde ocorreu uma expansão importante da privatização da gestão do SUS.

O recorte histórico escolhido para realizar a pesquisa considera o período de entrada de entidades privadas na gestão estadual após 2007 e municipal em 2009. Tal período considera também o momento de agravamento da crise política e econômica que afetou o Brasil e, em especial, o Rio de Janeiro. A crise econômica foi acompanhada e intensificada por uma crise política que teve início com os escândalos de gerados pela Operação Lava Jato¹, o golpe de Estado sofrido pela então presidente Dilma Rousseff em 2016 e a crise econômica com o fim do ciclo

¹ O Dieese pesquisou 67 setores da economia, a pedido da Central Única dos Trabalhadores (CUT), para identificar os efeitos da Operação Lava Jato na vida dos trabalhadores e na atividade econômica do país. De acordo com tal pesquisa, em decorrência da Lava Jato, o Brasil perdeu R\$ 172 bilhões em investimentos e foram destruídos 4,4 milhões de empregos, o que reduziu em R\$ 85,8 bilhões a massa salarial dos trabalhadores brasileiros. Os cofres públicos deixaram de arrecadar R\$ 47,4 bilhões em impostos. Dessa forma, reduziu os recursos destinados a benefícios da Previdência Social e para o fundo público em geral (DIEESE, 2021), ou seja, a Operação Lava Jato da forma como foi conduzida com intenções políticas em prejudicar certos grupos políticos trouxe efeitos deletérios para a economia do país.

de alta dos preços das commodities no mercado externo, que afetou as exportações brasileiras e diminuiu a entrada de capital estrangeiro no país.

Objetivando mapear e analisar como os níveis salariais, a presença ou ausência de estabilidade, a forma de ingresso, os direitos trabalhistas e a rotatividade profissional marcam a inserção de assistentes sociais, faremos uma síntese dos tipos de processos seletivos realizados neste período – concurso público estatutário, simplificados com previsão de vagas para assistente social nos sites de bancas organizadoras.

Analisamos as formas de acesso do(a) assistente social: critérios, indicação, curriculum, entre outros. No processo de coleta de dados, foi feito um mapeamento de editais de concursos e processos seletivos entre os anos 2015 a 2021. Com a definição desse escopo temporal, será possível mapear o movimento da gestão privada na área da saúde neste período de agravamento da crise econômica e política.

A segunda estratégia metodológica para realização de pesquisa empírica foi a realização de entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais com experiência no SUS do RJ. A pesquisa, realizada com assistentes sociais para compor este trabalho, foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética da PUC/Rio em 26 de abril de 2021 no Parecer da Comissão da Câmara de Ética em Pesquisa da PUC-Rio 012/2021 – Protocolo 10/2021.

Nesse viés, esta tese está dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo, trataremos o conceito clássico do trabalho em Marx e o significado do trabalho no capitalismo e as expropriações primárias e secundárias dos trabalhadores. No segundo capítulo, abordaremos a categoria precarização do trabalho como resultado da expropriação dos trabalhadores e também será abordado o papel do Estado capitalista no processo de precarização do trabalho, sobretudo no serviço público e traremos parte dos resultados da pesquisa empírica desta tese.

No terceiro capítulo, trataremos a precarização do trabalho do(a) assistente social como trabalhador(a) assalariado(a), priorizando a precarização da área da saúde e as particularidades do trabalho de assistentes sociais no SUS com a

articulação com o resultado dos dados das entrevistas. No quarto capítulo, traremos mais resultados da entrevista que realizamos com 21 assistentes sociais que trabalharam no SUS do RJ entre 2015 a 2021 e neste momento nos aproximaremos das vivências da precarização do trabalho relatadas por estes profissionais. Ao final da tese, faremos as considerações finais.

Estratégias Metodológicas para realização das entrevistas com assistentes sociais e para análise dos resultados

Prosseguindo ao trabalho de investigação desta tese, a etapa empírica se constituiu da realização de entrevistas com assistentes sociais que trabalham ou trabalharam na saúde pública no município do Rio de Janeiro no período entre 2015 a 2020, por meio de contatos coletados do convite feito nas reuniões da Comissão de saúde do Conselho Regional de Serviço Social 7ª Região – Cress/RJ.

O objetivo era que os(as) assistentes sociais contribuíssem respondendo ao questionário, que seguiu juntamente com uma carta-convite, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também convidamos os profissionais a participarem da entrevista semiestruturada que se realizou por meio da plataforma Zoom.

As reuniões da Comissão de Saúde do Cress/RJ são espaços abertos a assistentes sociais. Reúnem mensalmente assistentes sociais, estudantes e demais sujeitos interessados nos debates sobre a política de saúde, sua organização, as instituições que a compõem (governamentais e não governamentais, públicas e privadas), orçamento e formas de controle social. Ademais, fizemos contato por e-mail com a diretoria do Cress/RJ e com a coordenação da Comissão de Saúde do Cress/RJ para solicitar permissão para divulgar a pesquisa e convidar assistentes sociais durante as reuniões e fomos autorizados a utilizar esses espaços.

O objetivo das reuniões é situar os espaços sócio-ocupacionais da política de saúde (níveis de atendimento, tipos de demandas), focando nos desafios postos

às diversas dimensões do exercício profissional de assistentes sociais². As reuniões geralmente são feitas presencialmente. Entretanto, com as restrições geradas pela pandemia de Covid-19, as reuniões estão no formato virtual como estratégia para permanecer regularmente esse espaço de reunião.

Na carta-convite, foi feita uma breve apresentação do pesquisador, dos objetivos do estudo, bem como foi solicitada a colaboração na pesquisa, justificando que a participação dos profissionais trará como benefício à ampliação do conhecimento de questões relacionadas aos impactos da precarização do trabalho, sobretudo sobre as relações e condições de trabalho do(a) assistente social no SUS do Rio de Janeiro.

Adotamos a amostragem por saturação em pesquisa qualitativa. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (Fontanella et al., 2008).

Cuidados com aspectos éticos da pesquisa foram observados, indicando, por exemplo, que os(as) profissionais possuam o direito de não participar da pesquisa e que as informações coletadas seriam utilizadas somente para o estudo proposto. A participação na pesquisa é confidencial, e a identidade, bem como a da instituição em que trabalha, não será revelada em nenhuma hipótese. Além do mais, as normas que regulam tais procedimentos são seguidas quando os resultados do estudo forem publicados.

O projeto de pesquisa foi aprovado na Comissão da Câmara de Ética em Pesquisa da PUC-Rio em 26 de abril de 2021. Os convites a assistentes sociais para responderem aos questionários e entrevistas e a realização das mesmas foram feitos entre junho e outubro de 2021.

Foi informado, ainda, que os dados coletados serão apenas para pesquisa, e não ofereceremos nenhum benefício direto para o(a) participante. Busca-se deixar claro que, caso o(a) profissional se recusasse a participar da pesquisa, isso não

² Comissões Temáticas, disponível em: <<https://www.cressrj.org.br/comissoes/comissoes-tematicas/>>. Acesso em: 24 dez. 2020.

traria nenhuma consequência negativa relativa ao seu trabalho. Além disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado se encontra no anexo II deste projeto.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco relacionado ao “malestar” que a reflexão crítica da própria prática profissional e do local de trabalho pode causar nos profissionais. Sabe-se que qualquer processo de reflexão da realidade gera conflitos internos nas pessoas envolvidas, ainda mais em se tratando de profissionais/intelectuais, que serão os entrevistados, e a reflexão pode mobilizar interna e externamente os sujeitos envolvidos. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e pelo bem-estar dos participantes da pesquisa.

A pesquisa classifica-se como de risco mínimo. Para assegurar a segurança dos sujeitos, a pesquisadora irá interromper a coleta de dados em caso de ocorrências de riscos emocionais. Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa interagem com a possibilidade de os profissionais pensarem seu trabalho na saúde, o que possibilitará a visualização dos limites e possibilidades atuais da assistência à saúde no SUS, mesmo em contexto de precarização de seus trabalhadores.

Os dados coletados são utilizados apenas nesta pesquisa, e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, por meio de códigos e, em nenhum momento, será divulgado o nome do entrevistado em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por 5 anos e incinerado ou deletado após esse período.

Entrevistamos 21 assistentes sociais que tiveram experiência de inserção no SUS no município do Rio de Janeiro entre os anos 2015 a 2021. A entrevista teve como objetivo coletar a trajetória profissional destes(as) assistentes sociais para compreender as dimensões da precarização presentes no trabalho e vida desses(as) profissionais.

O objetivo foi identificar como se têm configurado as formas de precarização dos(as) assistentes sociais no SUS do município do Rio de Janeiro e

elaborar uma análise crítica sobre os diferentes processos de precarização do trabalho do(a) assistentes social, intencionando identificar a sua função de expropriação de direitos dos trabalhadores tão necessária à acumulação capitalista. Assim, buscaremos destacar os aspectos que aprofundam a precarização da vida destes trabalhadores e que geram uma sobrecarga física e emocional.

Para conservar o sigilo dos participantes da pesquisa, durante a exposição dos resultados, iremos mostrar as falas dos(as) assistentes sociais os identificando por números de 1 a 21 (cada número representa um assistente social entrevistado). Buscaremos destacar, na análise das entrevistas, os aspectos particulares que aprofundam a precarização do trabalho e da vida destes trabalhadores da saúde.

Os(as) assistentes sociais, ao exercerem uma modalidade de trabalho, que é essencialmente destinada ao trato das expressões da questão social (pobreza, desigualdade social, fome, luto, morte e adoecimentos por falta de acesso à direitos e à riqueza social, entre outros), têm, desde suas origens, uma clara e marcante dimensão humano-societal, que lida diretamente com indivíduos humanos e sociais. Dentre os quais são trabalhadores(as) com escolaridade elevada, porém com posição subalterna ocupada na divisão sociotécnica do trabalho na saúde e trabalhadores que possuem dimensões de inserção de gênero, raça e pobreza que particularizam a sua condição de precariedade.

Apresentaremos a análise dos dados, inspirado em Alves (2013), discutindo, no primeiro momento, a precarização salarial dos profissionais caracterizado como a precarização dos vínculos de trabalho, a remuneração, os direitos trabalhistas, as condições de trabalho, a carga horária, as condições de participação sindical, de política e de educação permanente. Depois refletiremos sobre a precarização existencial destes trabalhadores, levando em consideração os rebatimentos na vida dos mesmos.

Na precarização existencial, considera-se que as condições em que se trabalha e como a sobrecarga de trabalho consome a vida social de assistentes sociais, expressando o fenômeno da vida reduzida ao modo de trabalho do capitalismo e uma vida veloz por ser consumida pelo tempo imposto pelo modo de produção e reprodução do capital. É uma precarização do trabalhador que torna

sua vida capturada pelos interesses do trabalho e de se tornar sempre “empregável” em um ambiente instável de crescente desemprego e retirada de direitos sociais e trabalhistas.

Ao optar por tal apresentação teórico-analítica, é importante realizar a seguinte provocação: no concreto, não existe um mundo do trabalho apartado do conjunto da vida social e da totalidade da existência dos indivíduos particulares. Não existe um ambiente onde os seres humanos trabalham e outro onde existe, além disso, não existe um “mundo do trabalho” e um “mundo da vida” separados.

Não se tem uma visão dualista a este respeito e compreende-se que, ao apresentar a precarização em várias dimensões, ressalta-se que, no processo complexo e contraditório da realidade concreta, a precarização se expressa nessas dimensões de forma concomitante. Portanto, não é possível mencionar uma “precarização salarial” restrita ao “mundo do trabalho” e uma dimensão da precariedade de modo de vida independente das demais sob o modo de produção capitalista que, desde o surgimento da sociedade industrial, leva os trabalhadores à débeis condições de moradia, alimentação, transporte, cultura, saúde e vida.

Também ressaltamos que compreendemos que o aprofundamento da precarização é consequência dos processos expropriação contínua que trabalhadores(as) vêm sofrendo com o quadro da expropriação dos direitos trabalhistas e das relações de trabalho que para o capital é fundamental e se constitui como condição necessária no seu processo de acumulação e de expansão. Dessa forma, uma vez que a procura imensa dos trabalhadores por inserção no mercado, que se faz decair os salários e rebaixar do valor da força de trabalho, os processos de expropriação são insuprimíveis, porque contribuem para que os trabalhadores aceitem ter a sua jornada de trabalho prolongada e toda a vida capturada pelas demandas do trabalho.

1

Trabalho e expropriações no capitalismo

Neste primeiro capítulo, abordaremos brevemente a concepção clássica de trabalho com base em Marx e a característica do trabalho no modo de produção capitalista. Além disso, discutiremos as categorias de expropriação primária desenvolvida no capítulo XXIV de “O capital” e sua atualização elaborada por Fontes (2020), que trata de modo dialético e histórico esses conceitos.

Essas produções bibliográficas nos fornecem elementos para um exame qualificado dos contínuos processos de usurpação de riquezas por parte do capital sobre os diferentes modos de vida e existência na terra. Ao longo dos anos, o capital demonstra não poupar as formas animal, vegetal, mineral e humana.

Neste debate, portanto, faz-se necessário apropriar-se desses fundamentos da sociedade para que a investigação sobre o trabalho profissional dos(as) assistentes sociais não seja efetivado endogenamente. Trata-se de uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, em que os(as) profissionais se inserem na condição de trabalhadores(as) assalariados(as), sofrendo todos os processos de alienação, exploração e expropriação advindos do trabalho abstrato.

Em síntese, serão abordados alguns aspectos da dinâmica do trabalho no capitalismo e o seu caráter expropriador contínuo, iniciando com a análise clássica de Marx elaborada nos capítulos XXVIII e XXIV, do livro I e volume II, de “O Capital” e da obra da autora Virgínia Fontes (2010), que revisita e atualiza as interpretações de Marx e outros autores marxistas, bem como situa os acontecimentos sociais considerando a realidade brasileira. Este capítulo faz-se necessário nesta tese, tendo em vista que a precarização do trabalho e dos direitos sociais é uma das principais estratégias de expropriação secundária dos trabalhadores(as) na atualidade.

Por fim, neste capítulo, também abordaremos o conceito de precarização do trabalho. Para tanto, buscaremos referências nas produções de Ricardo Antunes e Giovanni Alves para discutir a precarização do trabalho com o objetivo de melhor

compreender como esse processo impacta o trabalho e a vida de assistentes sociais trabalhadores com inserção majoritária nos serviços públicos estatais.

1.1.

Trabalho no capitalismo e expropriações primárias e secundárias

Nesta tese, utilizaremos o conceito clássico em Marx (2013) do trabalho como relação entre homem e a natureza que permite que o indivíduo produza elementos indispensáveis à sua vida, por meio da transformação do elemento natural, que também transforme a si próprio. Pelo trabalho o homem se diferencia dos outros animais, constituindo-se como gênero humano e permitindo a produção de bens materiais essenciais à reprodução humana.

Para satisfazer suas necessidades, o homem se confronta com a natureza, transformando-a e transformando a si próprio também, por meio da aquisição de novas habilidades. Sendo o trabalho um ato específico da atividade humana, o indivíduo realiza o confronto com a natureza de modo que ele próprio, por meio dessa ação, possa mediar, regular e controlar esse ato, dominando o processo de trabalho em sua totalidade.

Ao se apropriar ativamente do mundo natural para produzir sua vida, o homem torna a apropriar a natureza para si. Noutras palavras, por meio de sua atividade, reelabora a própria matéria natural, dando-lhe um novo caráter e fazendo dela objetividade social. Nesse processo, o homem realiza suas potências mediante exteriorização de suas forças essenciais – realiza-se, desse modo, pelo trabalho a humanização do mundo e dos indivíduos.

Na análise sobre o processo de trabalho, Marx (2013), ao referir-se aos elementos simples do processo de trabalho – a atividade orientada a um fim, seu objeto e seus meios –, recoloca a importância das ferramentas, ou seja, dos meios de trabalho, para a compreensão das formações econômicas e, por consequência, da individualidade, que se produz nas sociabilidades a elas correspondentes.

Quanto aos meios de trabalho, ao indicarem o grau de desenvolvimento das forças produtivas, as condições sociais nas quais se trabalha indicam o grau de

desenvolvimento das capacidades humanas. Em outras palavras, são indicadores do patamar de humanização em que os indivíduos se encontram inseridos: “O que eles são coincide, portanto, com sua produção, tanto como que produzem como com o modo como produzem”.

O trabalho possui um caráter ontológico retirando o homem de sua condição meramente biológica por ser o primeiro ato histórico dos homens objetivando satisfazer suas necessidades materiais de reprodução social, fundando, assim, o ser social. Nesse viés, toda a sociedade terá uma forma específica de trabalho como sua base, pois o trabalho é produtor de uso necessário para a existência na humanidade. Assim, todas as práxis sociais, aqui entendidas como atividades, práticas e ações dos sujeitos, têm seu nexos causador e fundador no trabalho em seu sentido ontológico.

Em “O Capital”, ao explicitar a racionalidade do modo de produção capitalista, Marx revela que, na sociedade capitalista, inaugura-se uma relação de compra e venda da força de trabalho, por meio do salário, em que o trabalho adquirirá o caráter de trabalho abstrato, tendo como objetivo central a produção de mais-valia.

Nesse ínterim, entende-se que a geração e acumulação de riquezas no capitalismo têm como centro a exploração do trabalho humano, ou seja, o trabalho daqueles que realizam o intercâmbio orgânico com a natureza. Ademais, é por meio do trabalho do proletariado que se produz a riqueza material e a mais-valia que se retira a fonte do assalariamento dos demais trabalhadores.

Na sociabilidade capitalista, o modo de produzir a vida alicerçada na relação antagônica entre capital e trabalho, entre proprietários dos meios de produção e proprietários da força de trabalho, indica uma dada forma de existência dos homens, genérico-individual, no curso do processo histórico de autoconstituição do ser social.

Marx (2013) destaca que o processo de trabalho sob a produção capitalista, aquela força de trabalho é a própria do capitalista, apresenta dois fenômenos específicos: i) o controle do capitalista sobre o trabalhador, verificando se o seu trabalho está seguindo em ordem e se a matéria-prima e os instrumentos estão

sendo utilizados sem prejuízo ou desperdício; e ii) o produto produzido pelo trabalhador não pertence a ele, mas ao capitalista, que tem posse do seu trabalho.

Portanto, no modo de produção capitalista, o trabalho passa a se degradar, tornando a força de trabalho humana mera mercadoria que serve para produzir outras mercadorias. O trabalho, nesse sentido, não é uma forma de realização humana, mas sim uma forma do indivíduo sobreviver na sociedade. O capital retira do trabalho a sua função específica, que é a de produzir objetos úteis à vida social, e torna este trabalho produtor de valor.

Marx (2013), analisando o modo de produção capitalista, em sua fase inicial, identifica o fetiche da mercadoria, ou seja, desvela as relações sociais omitidas nos produtos com valor de uso e valor de troca comercial e, a partir daí, esclarece os mecanismos de constituição de riqueza valor e mais valor contidos nessas relações. As formas de exploração exercida pela classe capitalista à classe trabalhadora e a subordinação estabelecida nesses processos são elementos essenciais para o conhecimento desta sociedade.

Os mecanismos de dominação e subordinação são estabelecidos historicamente e com base material, não são fruto do acaso e de determinações sobrenaturais, daí a importância de desdobrar e demonstrar a composição orgânica do capital e suas diferentes manifestações. Segundo Marx (2013), a composição do capital é formada fundamentalmente por: i) capital constante e ii) capital variável.

O capital constante é constituído pelo capital fixo que corresponde ao conjunto de meios de produção duradouros, tais como instalações, maquinaria ou ferramentas, que intervêm nos vários ciclos produtivos e pela parte do capital circulante que inclui o conjunto dos meios de produção designados por consumos que são transformados ou destruídos durante o processo de produção, como matérias-primas, artigos semifabricados, combustíveis ou energia.

Já o capital variável reside na parte que resulta da compra da força de trabalho por um valor inferior ao criado no decorrer do processo produtivo. Na transferência para um novo produto, a força de trabalho cria mais-valor que passa a compor a mercadoria.

A produção de mais-valor, ou criação de excedente, é a lei absoluta do modo de produção capitalista. Por isso, a demanda crescente por força de trabalho é contrabalançada pelo fato de que a acumulação capitalista leva à concentração e centralização de capitais.

No princípio da explicação de Marx, no Capítulo XXIII de “O Capital”, há a discussão do aumento da produtividade do trabalho – expressa no “volume relativo dos meios de produção que um trabalhador transforma em produto durante um tempo dado” (Marx, 2013, p. 698) –, que está relacionada à crescente incorporação de tecnologia ao processo de produção. Assim, o volume crescente dos meios de produção em comparação com a força de trabalho neles incorporada expressa a produtividade crescente do trabalho (Marx, 2013., p. 699). Um reflexo desse processo é o aumento da fração de capital constante em relação à de capital variável na composição do capital.

Tendo em vista que a elevação da produtividade do trabalho é requisito e consequência desse processo, com a centralização de capital, “uma massa menor de trabalho basta para pôr em movimento uma massa maior de maquinaria e matérias-primas” (Marx, 2013, p. 704). Com isso, ocorre o decréscimo absoluto da demanda por trabalho derivando no que Marx conceituou de “superpopulação relativa” ou “exército industrial de reserva” instalada pelo processo de modernização tecnológico do ambiente fabril no século XIX. A “superpopulação relativa” estará disponível para produzir mais valor, e sua abundância garante ao capital a possibilidade de manter os salários dos efetivamente empregados em um nível baixo para que os processos de variação da taxa de lucro não signifiquem um freio à acumulação.

Segundo Marx (2013), há três formas de existência da superpopulação relativa: flutuante, latente e estagnada. A primeira corresponde ao fluxo contínuo de atração e repulsão dos trabalhadores nos centros da indústria moderna – fábricas, manufaturas, fundições e minas dentre outros. A segunda, chamada de latente, corresponde à constante disponibilidade de trabalhadores do campo, “liberados” (proletarizados) pelo avanço da agricultura propriamente capitalista, gerando uma superpopulação latente no próprio campo, cujo fluxo para os centros urbanos acaba por fortíssima, diante dos baixíssimos salários e do pauperismo

rurais. Por fim, a terceira categoria é composta pelo setor ativo da classe trabalhadora que tem as ocupações mais irregulares, como o trabalho domiciliar, por jornada, dentre outros.

Marx acrescenta a essas três formas um sedimento mais baixo, que é o “pauperismo”. Também o pauperismo é por ele dividido em três categorias: aptos a trabalhar; órfãos e filhos de indigentes (candidatos ao exército industrial de reserva); e, em terceiro lugar, os “degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho” (Marx, 2013).

A forma estagnada da superpopulação relativa constitui, segundo o autor, “ao mesmo tempo, um elemento da classe trabalhadora que se reproduz e se perpetua a si mesmo e participa no crescimento total dessa classe numa proporção maior que os demais elementos” (Marx, 2013, p. 718). Nesse ponto do capítulo, Marx expõe a chamada lei geral, absoluta, da acumulação.

A lei segundo a qual uma massa cada vez maior de meios de produção, graças ao progresso da produtividade do trabalho social, pode ser posta em movimento com um dispêndio progressivamente decrescente de força humana, é expressa no terreno capitalista – onde não é o trabalhador quem emprega os meios de trabalho, mas estes o trabalhador – da seguinte maneira: quanto maior a força produtiva do trabalho, tanto maior a pressão dos trabalhadores sobre seus meios de ocupação, e tanto mais precária, portanto, a condição de existência do assalariado, que consiste na venda da própria força com vistas ao aumento da riqueza alheia ou à autovalorização do capital. Em sentido capitalista, portanto, o crescimento dos meios de produção e da produtividade do trabalho num ritmo mais acelerado do que o da população produtiva se expressa invertidamente no fato de que a população trabalhadora sempre cresce mais rapidamente do que a necessidade de valorização do capital (Marx, 2013, p. 720).

Nesse momento em que discute a fundo a superpopulação relativa, Marx afirma que os ajustes que o capital promove para adequar a força de trabalho a suas necessidades resultam na miséria de camadas cada vez maiores do exército ativo de trabalhadores.

Para manter os processos de exploração e dominação, tornou-se imperativo ao capital a expansão em novos territórios, criando um sistema de produção de troca generalizados que se intensifica até os dias atuais de modo recriado.

No capítulo XXIV de “O Capital”, o autor continua a se debruçar sobre o entendimento do modo de produção capitalista e utiliza a categoria expropriação

para explicar o processo de separação entre produtores e seus meios de produção na acumulação primitiva, ou seja, os primórdios da organização econômica e social do capitalismo, nas primeiras décadas do século XVI. Para o autor, esse processo de expropriação acontece em cinco momentos diferentes da história.

O primeiro momento da chamada expropriação acontece com expulsão violenta dos camponeses das terras; o segundo momento acontece com o roubo dos bens da Igreja Católica, sendo que esta garantia aos camponeses empobrecidos parte de seus dízimos arrecadados; o terceiro momento acontece com a destruição da classe de camponeses independentes, entre os séculos XVII e XVIII; o quarto momento acontece com o fim do absolutismo monárquico britânico e o roubo dos domínios do Estado; e o último momento acontece quando os lavradores da base fundiária são expulsos, de fato, das propriedades, tendo a classe que passara a constituir a burguesia (Marx, 2013).

O objetivo dessas medidas era retirar do campesinato o único meio de subsistência de que esses dispunham, e no caso, os processos de expropriação nos séculos XVI e XVII aconteciam com o uso da violência, e os demais no aconteciam veiculadas pela própria lei. Embora apresentem diferenças de natureza estratégica, visavam comum à retirada dos trabalhadores de suas terras, a fim de obrigá-los a vender a sua força de trabalho e inseri-los no processo de acumulação capitalista.

Fontes (2010) utiliza-se da categoria expropriação demonstrando que, no capitalismo, esses processos não se limitaram ao período do seu surgimento, mas se mantiveram e se atualizaram ao longo dos anos para garantia da manutenção e expansão do capitalismo no mundo. Assim, as expropriações primárias nunca foram superadas completamente, e outras formas de expropriação passaram ocorrer, o que Fontes chamou de expropriações secundárias.

A expropriação primária está localizada na forçada disponibilização da força de trabalho das massas agrárias quando essas são conduzidas às cidades para o “trabalho livre” com num crescente processo de urbanização, ou mesmo expulsas de suas terras com o uso da violência e pela incapacidade de produção e reprodução no meio agrário.

Já a expropriação secundária constitui os novos mecanismos do capitalismo na sua fase mundializada de incidir sob todas as esferas da vida social. Dessa maneira, a autora conclui que a expropriação secundária desemboca na “transformação da capacidade de trabalho em mercadoria, impulsionada pela necessidade econômica de subsistência a fim de subverter essa necessidade em disponibilidade dos trabalhadores” (Fontes, 2010, p. 47). A autora também evidencia o caráter combinado das formas de expropriação primária e secundária na contemporaneidade, além de reafirmar que a base social capitalista é forjada, tendo as expropriações como base da concentração e acumulação.

Com base na categoria analítica desenvolvida por Marx (2013) e atualizada por Fontes (2010), observa-se que estamos diante de um processo de expropriações de trabalhadores agrícolas, transformados em superpopulação relativa “latente”. Os dados do censo do IBGE de 2010 indicam que 84% da população brasileira reside nas cidades, contra 16% no campo, já os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2015 afirmam que 84,72% dos brasileiros vivem em áreas urbanas, enquanto 15,28% vivem em áreas rurais. A configuração atual da lógica do capital é tratada por Virgínia Fontes como “capital imperialismo”, e tal autora destaca a especificidade do peso das expropriações nessa configuração:

Menos, portanto, que um retorno a formas arcaicas, as novas expropriações (somadas à permanência das expropriações primárias) demonstram que, para a existência do capital e sua reprodução, é necessário lançar permanentemente a população em condições críticas, de intensa e exasperada disponibilidade ao mercado. Em caso de pesar como neoconservadores ou pós-modernos, que considerou terminada uma época de "trabalho", uma velocidade e extensão das desapropriações desviadas ou contrárias. Essa nova escala de disponibilização de trabalhadores, entretanto, modificou ou ajustou o processo de trabalho no mundo, e tornou-se profundamente desigual, porém sob o efeito de um concerto concertado e combinado da grande propriedade concentrada (Fontes, 2010, p. 47).

Embora fazendo referência mais direta ao capítulo XXIV de “O Capital” – sobre a “acumulação primitiva”, a análise de Fontes é também é compatível com o debate do capítulo XXIII da Obra de Marx. Especialmente no que se refere à relação necessária entre acumulação capitalista e ampliação do processo de proletarianização e expropriação dos trabalhadores.

Segundo Fontes (2010), a expropriação da classe trabalhadora, na dinâmica de concentração de capitais, apresenta-se e expressa-se na separação desta classe das condições e dos recursos sociais de produção. Isso faz com que a lógica dominante nesta sociedade seja de submissão real do trabalho ao capital, ou seja, além de a produção não ser voltada para a satisfação das necessidades sociais, a necessidade de venda da força de trabalho, em condições até degradantes, é naturalizada.

A lógica da expropriação é permanente, tendo em vista a necessidade de generalizar a expansão capitalista. Na avaliação de Fontes (2010), a expropriação primária de trabalhadores do campo, atraídas para as cidades ou expulsas de suas terras, por diversas razões, permanece e se aprofunda, ao lado de expropriações secundárias que, impulsionadas pelo capital-imperialismo, vão permanentemente lançando a classe trabalhadora em condições críticas, intensas e extremamente ofensivas à existência humana, e no caso brasileiro não é diferente.

Para a autora, falar em capital-imperialismo significa fazer referência a uma forma de capitalismo, já impregnada de imperialismo, mas que exacerba a concentração de capitais e impulsiona intensas expropriações de populações inteiras, tanto no que se refere às próprias condições de existência social, ambiental e biológica, como também ampla expropriação de direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora. A autora considera que as expropriações – primárias e secundárias – são necessárias à manutenção da dinâmica de reprodução do capital, em sua busca incessante de enfrentar suas crises de acumulação (Fontes, 2010).

Para a Fontes (2010), o “capital-imperialismo” refere-se à atual fase de desenvolvimento do capitalismo que se iniciou após a Segunda Guerra Mundial e se aprofunda atualmente. Nessa fase, há o predomínio do “capital fictício”, cuja base de acumulação ainda depende da exploração da força de trabalho.

As principais características desse período são a expansão do capital e a internacionalização da produção com a consolidação das grandes corporações multinacionais. As agências financeiras internacionais seriam o instrumento que

garantiriam a hegemonia e atuação desses grandes monopólios. Para Fontes (2010),

O “capital-imperialismo” corresponde à “totalidade que somente pode existir em processo permanente de expansão e que, tendo ultrapassado determinado patamar de concentração, se converte em forma de extração de mais-valor dentro e fora das fronteiras nacionais (Fontes, 2010, p. 152).

Para a autora, o processo de concentração monopólica no Brasil iniciou-se com a ditadura militar em 1964 e tem se aprofundado nas últimas décadas. Com esse processo, houve um crescimento da exportação de produtos industrializados e exportação de capitais para outros países. Desde 1980, a sociedade brasileira experimenta o predomínio do capital monetário, alcançando a forma capital-imperialismo. Assim, a transnacionalização de capitais brasileiros baseada na exploração de força de trabalho e de recursos naturais em outros países, especialmente na América do Sul, seria a ilustração da inserção brasileira no capital-imperialismo.

Interessa notar que o processo expropriação dos trabalhadores está em pleno curso e que sua aceleração significa uma subjugação ao mercado e às formas de extração de sobretrabalho. Nesse contexto, novas expropriações secundárias começaram a incidir sobre os trabalhadores da área urbana de maneira a tornar o conjunto de trabalhadores novamente disponível de maneira integral para o mercado com a mercantilização da existência: aposentadorias, direitos sociais como educação e saúde que são privatizados.

O direito ao contrato de trabalho vem sendo modificado, convivendo trabalhadores com acessos muito desiguais a direitos. No mesmo setor de trabalho, uns são efetivos com maior leque de direitos trabalhistas no contrato de trabalho, e outros são terceirizados ou com contratos de curta duração e destes muitos sem direito a FGTS, férias, décimo terceiro, entre outros, aspecto que pode ser observado nas instituições privadas e públicas.

No caso das políticas de saúde, mas especificamente no SUS, os contratos de trabalho têm se configurado como uma mistura de formatos diversos, em que os direitos dos trabalhadores são cada vez mais usurpados. Essa diversidade será

apresentada mais adiante no capítulo X. De certa maneira, reproduz-se na própria relação de trabalho um processo desigual e combinado, que agrega trabalhadores com graus diferenciados de direitos e remuneração na realização de tarefas amplamente socializadas.

A análise de Marx (2013) no capítulo XXIII permitiu identificar traços estruturais do capital como tendências que, sem interferência de algum segmento ou segmentos da sociedade, seriam mantidas como recorrentes. Na atual conjuntura, sem a superação da lógica do modo de produção capitalista, pode-se notar elementos de continuidade desses processos, ainda que as expressões atuais possuam características próprias do período histórico, por exemplo, a característica do atual proletariado.

Em outras palavras, por meio da demonstração da contraditória dinâmica, a acumulação capitalista depende sempre de um processo de incessante transformação de grupos humanos em massas proletarizadas, hoje com características distintas do início do capitalismo, embora tenda a gerar uma superpopulação relativa também crescente, assim como um pauperismo (absoluto e/ou relativo), que tende a agravar a “questão social”.

Assim, quanto ao destaque conferido por Marx, as formas da superpopulação relativa não são exteriores à classe trabalhadora, mas sim parte constitutiva da sua própria “existência” como classe são em sua essência atuais, apesar de suas particularidades históricas, algumas já indicadas por Fontes (2010).

No capítulo XXIV, Marx (2013) desnuda como a expropriação dos trabalhadores da propriedade, produção e terra foram as bases para a acumulação capitalista, demonstrando os nexos e as relações que são necessárias para que tal desenvolvimento acontecesse. Ao analisarmos o capítulo XXIV, chamada acumulação primitiva, percebemos o quanto é atual e necessário entendermos a acumulação capitalista, aliada à concentração e centralização dos meios de produção e reprodução da vida e a sua transformação em propriedade privada e mercadoria.

O aprofundamento do estudo da categoria expropriação por Fontes (2010) mostra como o capital vem impondo um acelerado processo de destruição de direitos sociais, o que contribui para favorecer a mercantilização do trabalho, de bens e serviços e, portanto, ampliar os processos de acumulação de capital, como tem sido o direito à saúde.

Concordamos com Fontes (2010) que as expropriações não se restringem a uma fase histórica do capitalismo na acumulação primitiva e que as expropriações contemporâneas se tornaram agressivas e ilimitadas, ao converter características humanas, sociais ou elementos da natureza em potenciais mercadorias, cujo acesso somente é possível por meio da compra e do mercado.

Os processos de privatização das políticas públicas, mercantilização dos direitos sociais e as supressões de direitos trabalhistas são expressões dessas expropriações contemporâneas e se revelam como o principal meio de atualização da reprodução capitalista. O direito à educação, à previdência social e à saúde, por exemplo, transita da esfera dos direitos para a da oferta de serviços privados e mercantis, por vezes considerados complementares ou suplementares aos serviços públicos, como expressão das modernas expropriações que afetam as classes trabalhadoras.

A precarização das políticas públicas (saúde, educação, previdência, entre outros) somadas à retirada de direitos trabalhistas, à precarização do trabalho e ao desemprego são a ameaça maior para a população privada das condições de existência por ser a principal maneira de o capital disciplinar grandes massas de trabalhadores, provendo a permanência de expropriações e produzindo mais seres necessitados de vender força de trabalho em concorrência com os trabalhadores empregados que conseguem acessar uma gama maior de direitos trabalhistas.

Boschetti (2020), ao falar sobre a supressão de direitos sociais como uma forma de expropriação contemporânea, ressalta que os processos privatizantes da previdência e saúde públicas se somam à retirada dos direitos do trabalho para suprimir da classe trabalhadora a possibilidade de acessar parte da riqueza socialmente produzida, apropriada pelo Estado sob forma de fundo público, constituído por impostos e tributos para financiar os serviços públicos,

submetendo-se ao imperativo da acumulação capitalista ao reduzir a participação social do Estado na reprodução ampliada da força de trabalho.

Mota (2018), em concordância com Fontes (2010), defende que as expropriações contemporâneas se referem à ampliação da exploração dos trabalhadores, seja direta ou indiretamente, não se restringindo à apropriação de seus meios de trabalho e de vida. A expropriação direta se daria pela precarização do trabalho com aumento de produtividade, empobrecimento e desgaste físico dos trabalhadores.

Já o mecanismo indireto se daria pela desconstrução dos direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora, transformando em mercadorias e serviços que já foram pagos pelos trabalhadores e que, dessa forma, fazem-nos ainda mais explorados econômica e socialmente. Assim, Mota conclui que acaba ocorrendo uma

[...] remercantilização da já mercantilizada força de trabalho. Vejamos: a apropriação do fundo público pelo capital já supõe a apropriação da renda do trabalhador, dentre outros meios, pela tributação regressiva; a essas se somam o aumento da produtividade sem equivalente aumento salarial, determinando a ampliação do déficit do consumo dos bens-salários, e o avassalador endividamento dos trabalhadores para aquisição desses bens necessários às suas condições materiais, sociais e culturais da vida (Mota, 2018, p. 172).

Logo, observa-se que a desconstrução das políticas públicas faz recair a responsabilidade de sua total reprodução aos próprios trabalhadores, que já possuem poucos meios para sua subsistência. Nesse sentido, pode-se afirmar que o Estado retira aquilo que é direito do trabalhador, que por ele foi produzido e a ele deveria retornar. Esse movimento caracteriza, portanto, um novo meio de expropriação, compreendendo que se refere à retirada das condições de existência dos trabalhadores, de condições básicas necessárias para a reprodução da classe trabalhadora.

Nesse contexto, o papel do Estado muda na reprodução ampliada do capital, assumindo funções cada vez mais limitadas à regulação e normatização das políticas sociais com potencial de se constituir em nichos de acumulação por meio de sua privatização e redução, como é o caso da saúde, previdência, mas também educação, habitação, transporte e outras.

Tal realidade, por um lado, deixa os trabalhadores livres da obrigação de se submeterem a qualquer tipo de trabalho ou atividade para assegurar sua subsistência e de sua família, jogando-se às relações de mercado sem nenhum tipo de proteção. Por outro lado, no âmbito do trabalho, flexibiliza as normas e submete o trabalhador a regras ditadas pelo capital, o que favorece mais intensamente a extração de mais valor.

É dessa leitura de expropriação permanente que se compartilha esta tese, considerando a compreensão da expropriação em seu aspecto mais ampliado e implicado historicamente. Autoras como Fontes (2010), Boschetti (2020), Mota (2018) concordam, portanto, ancoradas no pensamento de tradição marxista, que novas formas de expropriações contemporâneas vêm sendo desenvolvidas pelo capital, com o suporte do Estado, a fim de alimentar a valorização do valor no âmbito da acumulação. Neste contexto, analisamos que a precarização do trabalho e da vida dos(as) assistentes sociais no SUS insere-se no processo de expropriação secundária na supressão de direitos do trabalhador e no sucateamento da política de saúde pública.

Como trabalhador(a) assalariado(a), o(a) assistente social vivencia a destituição e expropriação das condições de reprodução da vida por meio de relações precarizadas de trabalho que também atingem a maioria da classe trabalhadora. A redução de direitos trabalhistas é uma resposta da ofensiva burguesa à crise do capital em sua busca incessante por lucros. O aumento do desemprego, do subemprego e da precarização do trabalho e as novas formas de contratação – por tempo determinado, por projeto, por hora, por tempo parcial, e outras – interferem na qualidade de vida.

Desse modo, as expropriações do capital provocam impactos destruidores nos direitos já conquistados pelos trabalhadores na sociedade brasileira. As reflexões neste projeto buscam pensar como o(a) assistente social trabalhador do SUS no Rio de Janeiro vivencia esta realidade de expropriação social no ambiente de precariedade do trabalho e da seguridade social.

1.2.

Planos e Ações Expropriadoras dos direitos dos trabalhadores no Brasil

Sader (1995) identifica o neoliberalismo como uma estratégia de dominação da classe burguesa que desemboca em relações econômicas, sociais e ideológicas. O autor não preconiza a extinção do Estado, mas sim um novo Estado, forte para garantir as liberdades do mercado e parco na proteção ao mundo do trabalho.

O Brasil, a partir dos anos 1990, adentrou num período marcado por uma nova ofensiva burguesa, sob influência do neoliberalismo em que, mais uma vez, adapta-se às requisições do capitalismo mundial (Iamamoto, 2014). Nesse período, atendendo às exigências das lideranças do capitalismo internacional e suas instituições representantes como os organismos multilaterais, FMI, OMC, entre outras, foi desenvolvido no primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), compreendido entre os anos de 1995 a 1998, o Programa de Publicização instituído com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), esse se propôs a redefinir a concepção e a gestão da política social e, por conseguinte, os direitos sociais consignados na Constituição Brasileira de 1988. Sob a liderança do então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, foi aprovado pela Câmara da Reforma do Estado e submetido ao Presidente da República, sendo sancionado em novembro de 1995.

Como já pesquisado por outros estudiosos, a proposta central desse Plano era a reconfiguração das responsabilidades do Estado reduzindo especialmente as suas responsabilidades de interesse coletivo. O Estado, segundo os governantes, necessitava solucionar quatro problemas: i) um problema econômico-político: a delimitação do tamanho do Estado; ii) outro também econômico-político: a redefinição do papel regulador do Estado; iii) um econômico-administrativo: a recuperação da capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; e iv) um político: o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade, e governar (Braz et al., 2014, p. 2).

De acordo com o PDRAE, a administração pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins) (Braz et al., p.16). Transferir a gestão social para entidades privadas de caráter público não estatal, com uma visão atrelada ao modelo gerencial flexível com autonomia administrativa e financeira, própria da lógica existente na iniciativa privada tendo como argumento a desburocratização do Estado, é promover a privatização dos serviços públicos.

O PDRAE continha uma análise da crise do Estado, a partir da evolução histórica da administração pública até um diagnóstico da administração na altura em que o plano estava sendo proposto (Lustosa-da-Costa, 2010a, p. 159). Não se objetiva aqui apresentar toda esta análise, mas apenas registrar as principais propostas do plano no sentido das mudanças do aparelho do Estado na visão gerencialista. O PDRAE

[...] assinalava ser necessário o aperfeiçoamento e a profissionalização contínuos dos servidores públicos, a orientação dos objetivos da administração pública para o 'cliente-cidadão', a flexibilização de normas e simplificação de procedimentos e o desenho de estruturas mais descentralizadas (Lustosa-da-Costa, 2010a, p. 160).

O plano fazia uma descrição da parte que seria preservada da burocracia, o núcleo estratégico, encarregado de formular as políticas públicas, composto pela cúpula dos três poderes da República, incluídos os Ministros e seus auxiliares diretos e o Ministério Público. Também eram consideradas atividades exclusivas do Estado, o exercício do poder de polícia, a função de regulamentação, a função de fiscalização, o fomento e a seguridade social básica (Mare, 1995, p. 41).

Os serviços públicos não enquadrados nas atividades exclusivas de Estado, ou seja, aqueles serviços em que o Estado pode atuar em competição com a iniciativa privada, como a educação, a saúde, a cultura, ciência e tecnologia e meio ambiente, deveriam ser publicizados³, com um grau maior ou menor de investimento de recursos públicos e com supervisão diretamente exercida pelos

³ O Bresser Pereira, chama de publicização, em sua proposta, o movimento em que se transfere para o denominado terceiro setor a produção dos serviços competitivos ou não exclusivos de Estado (saúde, educação, por exemplo), estabelecendo-se um sistema de parceria entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle. Desse modo, o Estado abandona o papel de executor ou prestador direto de serviços.

ministérios; a produção de bens e outros serviços, que eram prestados por empresas estatais, seriam privatizados e regulados por agências reguladoras.

Segundo Gurgel (2012), as teorias organizacionais e seus grandes sistemas de gestão não são apenas conjunto de métodos e técnicas, mas são também discursos ideológicos que têm como objetivo obter a cooperação e a aceitação dos trabalhadores para os procedimentos empregados. Deve-se integrá-los ao sistema de reprodução do capitalismo e cooptá-los contra o movimento sindical.

Desse modo, observamos que o capital aperfeiçoou suas táticas de controle sobre o trabalho e sobre os trabalhadores. Esse controle sempre se fundamentou no processo ideológico perpassado pelos modos de gestão, e isso abarcou também a organização do trabalho na esfera pública.

O Plano Diretor da Reforma do Estado citou as OS, pela primeira vez sob a justificativa de que seria necessário dar agilidade e flexibilidade à gestão estatal considerada, em seu discurso ideológico, morosa e pouco eficiente. O documento cita como um retrocesso na Constituição de 1988 a “estabilidade rígida”, os gastos com os dos servidores públicos civis e a falta da flexibilidade operacional da administração indireta.

Assim, ao longo do tempo, surgiram e se desenvolveram modelos e regimes como as OS, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), as Parcerias Público-Privadas (PPPs) e as Fundações Públicas de Direito Privado, que ficaram conhecidas simplesmente como Fundações Estatais.

No Brasil, o maior envolvimento da iniciativa privada em funções públicas surge com a contrarreforma do Estado iniciada na década de 1990, atingindo seu ápice com o governo de FHC com a adoção da política de privatização, flexibilização de monopólios públicos e estímulo ao denominado “terceiro setor”. Mas é no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva que a expressão “Parcerias Público-Privadas” toma força, com a edição da Lei n.º 11.079/2004.

As PPPs, segundo expunha o Governo de Luiz Inácio Lula da Silva, visavam principalmente a aportar recursos privados na área de infraestrutura, elevando a taxa de investimentos no País. Outro objetivo das PPPs, em decorrência da reforma gerencial, é a privatização, em sentido amplo, das atividades não exclusivas do

Estado. No entanto, essa fuga não é, nem poderia ser, total, pois o próprio contrato de PPP tem natureza pública.⁴

Muschell (1995) destaca o conceito de “privatização ativa”, na qual um governo desenvolve políticas que estimulam a participação privada no setor de saúde. No caso brasileiro, materializar-se-ia a tendência crescente da “privatização ativa”, quando o Estado estimula a formação de um mercado interno na saúde, amplia as modalidades de transferência do fundo público para o setor privado e garante os instrumentos legais para a operacionalização deste modelo, num contexto em que a lógica mercantil vem se tornando crescente e definidor dos rumos da política de saúde.

Nesse sentido, nada mais conveniente do que implementar mecanismos legais que possibilitam a fuga dos preceitos constitucionais da licitação e do concurso público e criar possibilidade de contratação de pessoal fora dos limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)⁵ a partir dos anos 2000.

Essas condições, próprias e possíveis para o setor privado, além de se constituírem como núcleo da flexibilização, desde então assumida pela administração pública, também explicam o importante movimento de adesão ao modelo de gestão privada (por meio de OS, fundações de direito privado, entre outros) pelos gestores estaduais e municipais de saúde em todo o país.

No caso da política de saúde pública, seguindo o modelo das PPPs, foram criadas as OS para gerenciar unidades de atendimento, sob o argumento de serem instituições do “terceiro setor” e uma nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde.

⁴Parcerias Público-privadas. Site do Ministério da Economia. Disponível em: <<http://plataformamaisbrasil.gov.br/ajuda/glossario/parceria-publico-privada-ppp>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

⁵A lei estabelece, em regime nacional, parâmetros para gasto público de cada ente federativo. De acordo com a medida, cada aumento de gasto precisa estar previsto em fonte de financiamento correlata, e os gestores precisam respeitar questões relativas ao fim de cada mandato, não excedendo o limite permitido e entregando contas saudáveis para seus sucessores. Entre as normas criadas pela LRF, está o limite de gastos com pessoal. A União só pode gastar até 50% da receita líquida corrente. Já estados, municípios e Distrito Federal, 60%. Caso a despesa chegue a 95% do limite estabelecido, são vedados a concessão de vantagens, a criação de cargos e empregos e o pagamento de horas extras, entre outros itens (Lei complementar nº 101, 2000).

Em relação à discussão sobre “terceiro setor”, Montañó (2001) considera que o termo apresenta imprecisões conceituais ao opor a concepção entre Estado e sociedade, aspecto de inspiração liberal, ao expor as divergências entre os estudiosos do tema sobre quais segmentos da sociedade civil comporiam o “terceiro setor” e ao mistificar seu caráter não governamental, autônomo e não lucrativo.

Referenciamo-nos em Montañó (2001), o qual entende que não deve haver fragmentação entre “primeiro setor” (Estado), “segundo setor” (mercado) e “terceiro setor” (sociedade civil). Em relação aos segmentos da sociedade civil que comporiam o “terceiro setor”, parece não haver consenso a respeito de quais seriam estes segmentos, se apenas as organizações formais de múltiplas naturezas (fundações empresariais, sindicatos, entidades religiosas) ou aquelas de natureza individual e informal.

Além disso, deve-se questionar o suposto caráter não governamental, autônomo e não lucrativo dessas organizações, fundações, entre outros. Isso porque essas entidades estão intrinsecamente relacionadas à política de governo, pois sua sobrevivência, seu financiamento, seus projetos, sua área de abrangência, são definidos e são fortemente apoiados pelas políticas governamentais. Portanto, não são autônomas quanto à prática, à ideologia, nem financeiramente.

Desse modo, o caráter declarado de não lucratividade das entidades do “terceiro setor” não pode esconder seus claros interesses econômicos por meio de isenções de impostos e outros subsídios estatais, assim como a possibilidade de remunerar com altos salários seus corpos diretivos.

No atual contexto de privatização, o capital passa a ser deslocado para outras esferas, como educação e saúde. Assim, esses que são diretos constitucionais transformam-se em um mercado, em que a produção de relações sociais se materializa em práticas humanas, que são orientadas pela racionalidade do capital. Diante desse contexto, os processos sociais estão se transformando e passando a serem pautados na produtividade e competitividade tornando o serviço público subordinada ao mercado. De acordo com este projeto, a tarefa do Estado

“consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (Bravo, 2009).

O Serviço Social também sofre interferência desse processo, tendo em vista a alteração das demandas que lhes são dirigidas, além de alterações das condições e relações de trabalho que passam a ser cada vez mais desregulamentadas e flexibilizadas (Iamamoto, 2014). Ademais, as medidas adotadas se contrapõem ao projeto ético-político profissional, uma vez que solicitam cada vez mais a focalização e a seletividade das políticas sociais em detrimento da universalização e da democratização (Bravo & Matos, 2008).

Com a delimitação do tamanho do Estado com as políticas de cunho neoliberal, o trabalho vem sofrendo diversas transformações até mesmo dentro do serviço público, o que ocorre nas formas de trabalho subcontratado e precarizado e afeta inclusive a categoria de assistentes sociais. Essas mudanças na administração do Estado (com a contrarreforma do Estado) afetaram a organização do trabalho e nas ofertas de serviços prestados à população. Os impactos da contrarreforma podem ser detectados desde a concepção do PDRAE, na medida em que o documento aponta tendências privatistas, desresponsabilizando o Estado das Políticas Sociais e abrindo espaço para a gestão privada dos serviços públicos.

A estratégia de expropriação secundária mercantilizando os direitos sociais dos trabalhadores faz-se por meio do redirecionamento o papel do Estado na oferta dos serviços, o qual caberia o protagonismo ao fornecer os serviços e as políticas públicas, inclusive a de saúde. Porém, ao contrário disso, os órgãos privados, que deveriam atuar apenas em ações complementares na saúde, têm se expandido bastante. Além do mais, para os órgãos públicos, a intenção é terceirizar os serviços e privatizar numa verdadeira relação de troca e comercialização, sem priorizar a necessidade e o direito do acesso universal à saúde pela população.

Na América Latina, pode-se identificar uma expansão do neoliberalismo no final dos anos de 1980. Se na Europa Ocidental, durante o período pós-guerra, foi construído um Estado de Bem-Estar-Social, que promovia um sistema universal

de provisão social, incorporando subalternamente alguns interesses dos trabalhadores, na América Latina isso não foi uma realidade.

O capitalismo tardio e dependente no continente não encontrou nas medidas adotadas pelos dirigentes do Estado um direcionamento que garantisse a construção de sociedades com menores índices de desigualdades sociais. Assim, o impacto provocado pelas políticas de ajuste neoliberal contribuiu para o aprofundamento da concentração de renda, propriedade e poder no continente (Draibe, 1993).

No Brasil, em comparação com outras partes do mundo, houve uma chegada tardia do neoliberalismo, que tem relação com a força do processo de redemocratização e saída da ditadura militar. O conceito de Seguridade Social inscrito na Constituição de 1988 representa um ensaio do Brasil a uma política de bem-estar social, apesar de suas restrições a apenas três políticas e da tensão entre universalidade e seletividade que está presente em seus princípios. Contudo, no país, logo após a constituinte de 1988, o neoliberalismo começou a sua expansão propositiva na década de 1990 (Draibe, 1993).

Segundo Behring e Boschetti (2011), apesar das lutas democráticas e dos movimentos sociais que levaram inclusive às conquistas em 1988, os anos de 1990 foram marcados pela contrarreforma do Estado, e atualmente essa tendência vem se agravando. A reforma, segundo as autoras, pode ser considerada como um patrimônio da esquerda e das conquistas geradas pela luta dos trabalhadores, contudo, com o neoliberalismo, as políticas sociais entraram num ambiente contrarreformista com medidas orientadas para o mercado.

Particularmente, na saúde pública, as contrarreformas representaram o paradoxo para o SUS de que, apesar de fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, este vem sendo minado pela falta de recursos, pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento.

Por isso a proposta de saúde pública e universal na prática está sofrendo um processo de privatização passiva que afeta a qualidade dos serviços prestações à população e que gera precarização do trabalho para profissionais do SUS, inclusive os(as) assistentes sociais. (Silva, 2003; Behring & Boschetti, 2011). A intensa contrarreforma estatal que possibilitou a privatização dos serviços e das unidades do SUS fez com que o trabalho de assistente social na saúde pública tem se tornado, como regra, instável e com múltiplos vínculos contratuais precários.

Tais questões que afetaram os trabalhadores da década de 1990 se aprofundaram nas primeiras décadas do século XXI, no caso dos contratos de assistentes, por exemplo, observa-se o predomínio de vínculos instáveis. Outra tendência que se aprofunda contemporaneamente quanto às expropriações secundárias é relacionada aos contratos de trabalho e ao desemprego. Na atual fase do capitalismo, o desemprego tornou-se condição normal e uma arma de disciplinamento da classe trabalhadora.

Conforme Fontes (2010), os Estados capitalistas tanto reduziram sua intervenção na reprodução da força de trabalho empregada quanto ampliaram a contenção da massa crescente de trabalhadores desempregados, preparando-os para a subordinação direta ao capital.

Segundo Mészáros (2009a), testemunhamos, na atualidade, os impactos de um processo contraditório, inerente à forma de produção dominada pelo capital: as grandes massas humanas que, nos mais variados campos de atividade laboral continuam a ser expulsas do processo de trabalho (e consideradas “redundantes” pelos imperativos da expansão lucrativa), não podem ser consideradas supérfluas como consumidoras que asseguram a continuidade da reprodução ampliada e da autovalorização do valor. Tal fato nos coloca uma perspectiva sobre o futuro extremamente incerta, se seguida “a linha de menor resistência”.

No contexto atual de crise estrutural do capital, as saídas, antes possíveis que seguiam os parâmetros socioeconômicos estabelecidos (deslocamentos expansionistas, a produção militarista, a instituição de uma taxa diferencial de exploração, a intervenção estatal impulsionadora dos níveis de emprego), tornam-

se mais restritas ou inviáveis. Isso porque elas estavam fundadas na dinâmica do capital no período de ascensão histórica.

Mészáros (2009) afirma que, após a década de 1970, evidenciamos uma ofensiva sob a classe trabalhadora em duas frentes (e não apenas nas partes “subdesenvolvidas”, mas também nos países capitalistas centrais): por um lado, um desemprego que cresce cronicamente em todos os campos de atividade, mesmo quando disfarçado como “práticas trabalhistas flexíveis” – eufemismo para a política de fragmentação e precarização da força de trabalho; e, por outro lado, uma redução significativa do padrão de vida até mesmo daquela parte da população trabalhadora que se apresenta necessária aos requisitos operacionais do sistema produtivo em ocupações de tempo integral.

O desemprego crônico, como resultante das contradições estruturais imanentes à civilização do capital (com sua dinâmica sociometabólica orientada para a acumulação e multiplicação do valor de troca como fim último a ser alcançado), apresenta-se em nossos dias como um grande obstáculo para a continuidade da própria reprodução social.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgada no segundo trimestre de 2022, há 10,1 milhões de brasileiros desempregados e 4,3 milhões de desalentados (inclui os trabalhadores que gostariam de trabalhar mais horas, aqueles que não estavam disponíveis para trabalhar e os que desistiram de buscar emprego).

Os empregos gerados têm sido predominantemente informais. Segundo a PNAD Contínua do IBGE, o número de trabalhadores informais atingiu recorde de 39,129 milhões de pessoas no trimestre encerrado em maio de 2022. O resultado representa uma alta de 2,1% se comparado ao trimestre anterior, é uma diferença de 803 mil pessoas.

Na população ocupada como um todo, no entanto, o aumento foi mais expressivo, de 2,4%, para 97,516 milhões, resultado também recorde. No período de março a maio de 2022, a taxa de informalidade foi de 40,1% da população ocupada, contra 40,2% no trimestre anterior e 39,5% em igual trimestre de 2021.

Em relação à terceirização, no Brasil, assistimos à aprovação da chamada reforma trabalhista de 2017 e da legislação que permite a terceirização de quaisquer atividades – inseridas em um contexto mundial de ataque aos direitos dos trabalhadores – que ampliam a liberdade das empresas no manejo do trabalho de acordo com os seus interesses, de modo que as alterações buscam reduzir o custo das empresas e ampliar a sua liberdade em determinar as condições de contratação, o uso e a remuneração da força de trabalho. Ainda, reduzem a proteção social aos assalariados como estratégia de redefinição do papel do Estado e de estímulo aos trabalhadores a se sujeitarem às necessidades do capital.

Em 23 de março de 2017, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei n.º 4.302/1998, alterando dispositivos da Lei n.º 6.019, de 1974, que trata do trabalho temporário em empresas urbanas e dispõe sobre as relações de trabalho nas empresas de prestação de serviços a terceiros. Em 31 de março, o projeto foi sancionado com três vetos pela presidência da República, tornando-se a Lei n.º 13.429/2017.

Segundo o Dieese (2017), o contrato temporário de trabalho pode ser caracterizado como um “bico qualificado”, pois tem como princípio condições inferiores às dos contratos por tempo determinado. Portanto, alterações legais que ampliem o uso dessa forma de contratação podem resultar em abusos na utilização dessa modalidade pelas empresas, intensificando a precarização das condições de vida e de trabalho e o aumento da rotatividade de trabalhadores.

O IPEA analisou os contratos de trabalho intermitente (temporário e esporádico) e de jornada parcial (até 30 horas semanais), que totalizam 15,5% do total de empregos com carteira assinada gerados a partir da entrada em vigor da contrarreforma trabalhista. Das 507.140 novas vagas de trabalho abertas de novembro de 2017 a abril de 2019, 58.630 foram para trabalho intermitente e 19.765 para parcial em geral nos setores de serviços e comércio. O estudo conclui que o mercado de trabalho brasileiro segue com altos contingentes de desocupados, desalentados e subocupados (Lameiras et al., 2019).

O chamado “mercado formal”, principalmente após a contrarreforma trabalhista, não garante abrigo contra a precariedade, tendo em vista que os

trabalhadores terceirizados e subocupados representam grande parte dos assalariados. Fala-se dos contratados formalmente, mas com salários menores e menor cobertura de direitos. Diversos estudos demonstram como os terceirizados possuem jornadas maiores, rendimentos mais baixos, estão sujeitos a maior rotatividade no emprego e são as maiores vítimas de acidentes de trabalho (Matos, 2017; Filgueiras, 2015).

Sabe-se da funcionalidade que os processos de precarização e contratação possuem como fonte de “barateamento” do valor trabalho e como sua utilização tem sido cada vez mais recorrente em diversos setores do mundo. Tal realidade apenas reforça a avaliação de que a lei tendencial apontada por Marx em “O Capital”, segundo a qual acumulação do capital é, portanto, multiplicação de trabalhadores extremamente precarizados, é confirmada pelo crescimento da força de trabalho disponível para a exploração capitalista, acelerada nas últimas décadas, com ou sem a utilização de tecnologias avançadas a depender do país e do grau de seu investimento técnico-científico.

As diferentes contrarreformas implementadas no país no âmbito do trabalho e da previdência da seguridade social só aprofundaram as particularidades históricas de expropriação dos trabalhadores, viabilizando força de trabalho mais barata ou, até mesmo, gratuita para garantir uma maior extração de mais valor e subordinação com relação aos empregadores.

Um dos exemplos de contrarreforma está na regulamentação da terceirização contida na Lei n.º 13.429/2017, que se trata de uma legislação excessivamente genérica e omissa em vários aspectos das relações de trabalho entre empresas de prestação de serviços e empresas contratantes. Essas omissões relativas às obrigações e responsabilidades dos empregadores quanto à cobertura de trabalhadores terceirizados poderão ocasionar aumento da insegurança laboral e jurídica para eles. Além disso, o texto legal não sinaliza concretamente quais as garantias dos direitos e a proteção dos trabalhadores terceirizados, aumentando riscos de crescimento de diferentes formas de precarização das condições de trabalho e rotatividade.

A chamada “Reforma Trabalhista”, aprovada pela lei n.º 13.467/17, traz um conceito muito mais abrangente sobre a terceirização, ao conceituá-la em seu artigo 4º-A: “Considera-se prestação de serviços a terceiros a transferência feita pela contratante da execução de quaisquer de suas atividades, inclusive sua atividade principal [...]”. Tal legislação trouxe chancela legislativa da prática de terceirização em quaisquer tipos de atividades⁶.

Esse cenário promete aprofundar a exploração do trabalho no Brasil avançando para os segmentos de trabalhadores que, até então, não eram atingidos, pois, antes de tal legislação, as companhias só podiam terceirizar as consideradas atividades-meio, que não constituíam seu foco principal no serviço prestado.

Trabalhadores terceirizados costumam estar submetidos a condições mais precárias que aqueles contratados diretamente. Um dossiê preparado por técnicos do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2017) revela que os terceirizados recebem salários 24,7% menores que aqueles dos efetivos, permanecem no emprego pela metade do tempo, além de ter jornadas maiores.

A taxa de rotatividade nas atividades tipicamente terceirizadas é o dobro da que se verifica nas atividades tipicamente contratantes, e os afastamentos por acidentes de trabalho típicos são mais elevados nas atividades tipicamente terceirizadas do que nas tipicamente contratantes (DIEESE, 2017a).

A contrarreforma na previdência social também se aprofundou no governo do presidente Jair Bolsonaro, que propôs mudança na previdência que, no dia 22 de outubro de 2019, foi aprovada, com modificações do original proposto, no Senado Federal, em segundo turno, cujas principais consequências têm sido a fixação de uma idade mínima (65 anos para homens e 62 anos para mulheres) para a aposentadoria, extinguindo-a por tempo de contribuição. O texto também estabelece o valor da aposentadoria a partir da média de todos os salários (em vez de permitir a exclusão das 20% menores contribuições), eleva alíquotas de

⁶ O Supremo Tribunal Federal (STF), em 30/8/18, julgou ser constitucional a terceirização para qualquer atividade, determinando o julgamento imediato das controvérsias paralisadas e aplicação do entendimento para as ações anteriores à reforma trabalhista, respeitando-se o trânsito em julgado.

contribuição para quem ganha acima do teto do INSS (hoje em R\$ 5.839,00) e estabelece regras de transição para os trabalhadores em atividade.⁷

Nesta proposta, cumprida a regra de idade, a aposentadoria será de 60% com o mínimo de 15 anos de contribuição. Cada ano a mais eleva o benefício em dois pontos percentuais, chegando a 100% para mulheres com 35 anos de contribuição e para homens com 40. Segundo Dieese (2017), a nova fórmula para o cálculo do valor da aposentadoria concedida pelos regimes de previdência do setor privado e do setor público federal irá reduzir o valor dos benefícios, inclusive de trabalhadores com salários mais baixos.

A contrarreforma no âmbito trabalhista, no previdenciário e nas políticas públicas é expressão da reestruturação produtiva do capital que não deve ser entendida apenas como um processo de reestruturação econômica e tecnológica. Nestes termos, não seria possível apreender o verdadeiro sentido da acumulação capitalista, que é a reprodução da totalidade da vida social. É um processo que tem uma dimensão política, social e cultural, visto que o capital, diante de um quadro de crise, vê-se desafiado a engendrar uma nova correlação de forças para a sua sobrevivência e reprodução.

Então, não ocorreram mudanças apenas no processo de produção, mas também na correlação de forças entre capital e trabalho e um redirecionamento do papel do Estado. O pensamento neoliberal é um dos mecanismos políticos, que se articula à economia e à cultura, que promove o redirecionamento das funções do Estado, impulsionando sua estrutura e poder para os interesses capitalistas prioritariamente e acirrando tensões da luta de classes em torno do controle do Estado. A burguesia se afirma como detentora do poder político-econômico, propondo um programa de reforma do Estado. O contexto de contrarreforma do Estado no Brasil deve ser analisado dentro do processo de crise do capital e ascensão do neoliberalismo, em âmbito internacional.

⁷Agência Senado. Aprovado o texto-base da reforma da Previdência, Senado vota últimos destaques nesta quarta. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/10/22/aprovado-o-texto-base-da-reforma-da-previdencia-senado-vota-ultimos-destaques-nesta-quarta>>. Acesso em: nov. 2019.

Tal realidade demonstra expropriação secundária se aprofunda no Brasil correspondendo a processos que se dão desde a esfera econômica até a social, a fim de criar novas formas de valorização do valor por meio da extração da mais-valia e do não acesso dos trabalhadores aos serviços públicos. Nesta realidade, o capital busca por novas formas de valorização do valor que vão incidir diretamente sobre trabalho e vida dos trabalhadores. Para além da intensificação da exploração da força de trabalho, seja via extração de mais-valia absoluta seja relativa, o que vem ocorrendo é o aumento da precarização do trabalho e da vida do trabalhador com a retirada de direitos sociais e do trabalho.

Verifica-se também que a expropriação secundária efetuada pelo capital se ancora nas contrarreformas em curso que retiram direitos conquistados pelos trabalhadores ao longo de anos de luta na busca por novas formas de valorização do valor. A expropriação diz respeito à retirada do acesso a direitos essenciais para a classe trabalhadora e, se não se pode baixar o salário direto dos trabalhadores, usa-se de mecanismos indiretos que possam amenizar as obrigações dos empregadores e do Estado.

1.3.

Precarização do trabalho como uma das estratégias para o aumento da extração de mais-valor

Nesta tese, tomamos por referência a concepção de Alves (2013), sobre a precarização do trabalho não apenas como precarização salarial, mas também precarização existencial. À medida que se põe a crise estrutural de valorização do valor, a precarização do trabalho aparece como precarização salarial com suas implicações em emprego, carreira, salário e condições de trabalho. É o que explica a nova precariedade salarial com a vigência do trabalho flexível, alterando as condições do estatuto salarial (contratação salarial, remuneração e jornada de trabalho).

Ao mesmo tempo, à medida que se põe a maquinofatura, a precarização do trabalho aparece também como precarização existencial, tendo em vista que a gestão da nova relação homem-natureza alterou, de modo qualitativo, o

trabalhador, considerando a tecnologia e a automação como disposição motivacional do trabalho vivo nos locais de trabalho que contribuíram para o aumento, em intensidade e amplitude, da carga ideológica e pressão pelo cumprimento de metas e resultados.

A precarização existencial provoca o fenômeno apresentado por Alves (2013) da “vida reduzida” que também é “vida enxuta” na medida em que a vida humana tende a se reduzir às partes necessárias à montagem das exigências do mercado de trabalho. Assim o tempo de vida reduzido a tempo de trabalho estranhado promove a vida enxuta.

O sentido da instrumentalidade se impõe àqueles que organizam o seu tempo disponível, pois o tempo de vida é reduzido às atividades necessárias à carreira profissional e às exigências do consumo e do status social. Neste pragmatismo existencial, as requisições do trabalho invadem o tempo livre, reduzindo o tempo para relações com amigos e familiares.

A precarização se difunde e se expressa no movimento de mundialização do capital, apresentando-se das mais diversas maneiras nas estruturas nacionais. Também é diferenciado seu impacto nas diversas frações da classe trabalhadora que possui diferentes níveis de estabilidade/instabilidade.

No que diz respeito à precarização na contratação da força de trabalho, há a flexibilidade de vínculo, isto é, a possibilidade de contratação e demissão com o mínimo de prejuízo ao capitalista. O fim da estabilidade e a intensificação da rotatividade do trabalho são seus efeitos mais visíveis.

Além de maior instabilidade no vínculo, difundem-se novas formas de contratação: terceirizado, temporário, intermitente, entre outras. Essas formas já estavam presentes no mercado de trabalho, mas se encontravam sob condições de ilegalidade ou de informalidade e agora recebem chancela estatal.

A fragilidade dos vínculos de contratação, o temor da demissão e o avanço nas tecnologias de informação resultam em um tempo de trabalho que invade o tempo livre. Em outras palavras, ainda que tenha cumprido sua jornada, o trabalhador terá por dever estar de prontidão para atender ligações em seu celular,

checar o e-mail ou responder em aplicativos de mensagens instantâneas, em qualquer horário do dia, finais de semana ou feriados.

Outra causa da ampliação da jornada de trabalho são os trabalhadores por conta própria. Nessa jornada, sequer a divisão entre tempo de trabalho e tempo de não trabalho é clara e, geralmente, não há direito a férias, descanso, 13º salário e demais proteções (Antunes, 2018).

Não poderíamos deixar de mencionar a oscilação do salário recebido pelo trabalhador a depender de metas cumpridas, prêmios de produtividade, assiduidade, criatividade, dentre outros. As formas de remuneração são variáveis, podendo ocorrer não só por remuneração direta, mas também por participação dos lucros da empresa e, até mesmo, em ações.

Outra característica marcante na precarização do trabalho é a flexibilidade de função, exigindo a sua polivalência e multifuncionalidade. Dessa forma, cabe aos trabalhadores exercerem não só mais de um papel em seu trabalho, mas sim executarem diversas tarefas ao mesmo tempo, fato que, além de resultarem no aumento da produtividade via intensificação do trabalho, possibilitam a demissão de trabalhadores quando os demais já conseguem executar o trabalho sem um deles.

A captura da subjetividade, o incentivo crescente ao individualismo e o afastamento de vínculos de reconhecimento coletivo dificultam a organização sindical e, por consequência, seu poder de avanços e conquistas.

Antunes (2013) esclarece que a precarização do trabalho é estrutural, pois se torna a regra, e não a exceção. Reforça, ainda, que a sociedade do capital precisa cada vez menos do trabalho estável e dispõe cada vez mais de formas diversificadas de trabalho, seja parcial, fragmentada ou, até mesmo, informal ou inexistente.

Uma de suas características é a ausência de vínculo trabalhista, o que está diretamente relacionado às perdas de direitos trabalhistas e de benefícios indiretos já conquistados (por exemplo, descanso remunerado, férias anuais remuneradas, referenciais de jornada de trabalho normal e de horas extras, transporte, alimentação, auxílio-educação) e às perdas salariais.

A tendência das formas de precarização, citadas acima, nos países de periferia do capitalismo produzirá aprofundamento da precariedade da vida dos seus trabalhadores que já transitam em uma instabilidade e ausência de identidade profissional permeados por insegurança e pela falta de redes convencionais de proteção social.

Outro importante aspecto no contexto do trabalho precário são as condições de trabalho, que se apresentam por meio de metas inalcançáveis, ritmo intenso de trabalho, pressão de tempo para a realização das atividades, intensificação do controle dos trabalhadores e disseminação da gestão pelo medo.

Nas condições do capitalismo global, presencia-se o aumento da intensidade do trabalho. De acordo com Dal Rosso (2008, p. 20), a intensidade tem a ver com a maneira como é realizado o ato de trabalhar, este se refere ao grau de dispêndio de energias realizado pelos trabalhadores na atividade concreta. Esta compreensão também pressupõe que a atenção esteja concentrada sobre a pessoa do trabalhador, sobre o coletivo dos trabalhadores, e não sobre outros componentes do processo de trabalho que têm capacidade de alterar o resultado, tais como as condições tecnológicas.

A intensidade do trabalho é descrita pelo autor como “[...] o fenômeno que reúne distintas formas e maneiras de fazer com que o trabalhador produza resultados quantitativa ou qualitativamente superiores, mantidas constantes as condições técnicas, a jornada e o número de funcionários” (Dal Rosso, 2008, p. 197). Ele ressalta ainda que: “[...] a intensificação do trabalho visa um único objetivo: obter mais resultados do que se conseguiria em condições normais. Por isso, ela é também denominada apenas pelo termo de mais trabalho” (Dal Rosso, 2008, p. 197).

Dal Rosso (2008) procurou mostrar como a máquina nas mãos dos capitalistas foi se constituindo como ferramenta base da intensificação. A tecnologia, nesse aspecto, tem sido o braço direito da intensidade, na medida em que é desenvolvida com o intuito de melhorar a produção e diminuir o tempo de não trabalho.

A análise de Dal Rosso (2008) parte do conceito que Marx deu ao tempo do

não trabalho, a porosidade do tempo ocioso do trabalhador. Marx (1967) sinaliza a importância da luta pela redução da jornada de trabalho enquanto campo de possibilidade da existência humana.

Assim, o filósofo alemão salienta a importância da luta da classe trabalhadora em torno do tempo de “porosidade” não como intensidade, mas como descanso ou como campo de desenvolvimento humano e territorialização da existência autêntica para além da lógica da mercadoria.

Enquanto os trabalhadores buscam evitar o desgaste excessivo pelo aumento do tempo de não trabalho (ou tempo de “porosidade”), os capitalistas buscam reduzi-lo para convertê-lo à produção, fazendo desaparecer os tempos de trabalho “morto” nos horários de expediente laboral. Com o alongamento da jornada de trabalho, impulsionada pela redução das “porosidades” no tempo de trabalho, a intensidade vai se transformando num instrumento eficaz ao incremento do mais-valor.

Seguindo a análise de Dal Rosso (2008), defende-se que o trabalho intensificado não se restringe à dimensão da fadiga física, pois o trabalho contemporâneo exige cada vez mais esforço mental e intelectual. Os trabalhadores cada vez mais são envolvidos emocionalmente com o trabalho, ficando “à disposição da empresa a qualquer momento do dia ou da noite” (Dal Rosso, 2008, p. 40).

Esse processo, que busca incessantemente reduzir os tempos mortos na produção à custa da elevação do esforço físico e mental dos trabalhadores, vai flexibilizando o horário de trabalho e o sujeito vivo no âmbito da atividade laboral. Além disso, o autor sublinha que o crescente grau de intensidade, com a exigência de resultados materiais e imateriais, associado ao número excessivo de horas na jornada são decisivos na precarização da saúde do trabalhador.

Na sociedade contemporânea, a intensidade do trabalho está voltada para os resultados que devem ser qualitativa e quantitativamente superiores, razão pela qual se exige um consumo maior de energias do trabalhador. Esta intensificação é observada quando há maior gasto de energias do trabalhador sejam físicas sejam psíquicas (Dal Rosso, 2008).

A intensificação do trabalho e a diminuição do tempo disponível como tempo de vida são elementos da precarização existencial e referem-se à degradação das condições de existência do trabalho vivo nos espaços públicos de desenvolvimento humano, isto é, as condições da reprodução social como circulação, territorialidade, consumo e lazer (Alves, 2013).

A precarização existencial do trabalhador ocasionada pela diminuição do tempo de vida e a não efetividade do Direito ao Lazer ocorrem devido à perda ou restrição deste tempo de vida. Há como resultado a ausência da sua dignidade e humanidade, pois se torna, além de um escravo do trabalho, uma mercadoria e não possui liberdade para pensar e criar, preso em grilhões de tempo e espaço determinados, produzindo de acordo com o que lhe é encomendado.

À medida que se desenvolve a grande indústria, a criação de riqueza real vem a depender menos do tempo de trabalho e da quantidade de trabalho empregado do que da potência/intensidade dos agentes que vêm colocados em ação durante o tempo de trabalho. O capital, quando dissemina este tipo de trabalho, corrói a existência humana (Alves, 2013).

Marx (1967), ao estudar o processo de mecanização da produção, desloca seu ideal de emancipação humana do campo do trabalho para o do tempo disponível ou tempo de vida – que se ampliaria progressivamente com o desenvolvimento das forças produtivas, sobretudo com o progresso técnico dos meios de produção, então, da maquinaria automática, reduzindo o tempo de cada indivíduo dedicado ao trabalho necessário e excedente (enfim, a jornada de trabalho toda).

Marx (1967) acreditava que, em toda sociedade onde habitassem homens e mulheres, deveria haver possibilidade de desenvolvimento de suas habilidades e aperfeiçoamento, não apenas como ferramentas de trabalho para produção de mercadorias, mas também como pessoas capazes de opinar e desenvolver sua intelectualidade, para isso é primordial o tempo disponível. Para o autor, o trabalho é uma das causas de toda degeneração intelectual, de toda deformação orgânica, da depreciação da arte, do belo e da supervalorização do vulgar e do massificado.

Em consonância ao exposto por Marx, Alves (2013) destaca que a precarização ocorre no plano da subjetividade humana, ocasionando desequilíbrios metabólicos das individualidades pessoais e, principalmente, gerando a redução do tempo disponível a tempo de trabalho.

Mota (2017) defende que potenciação da exploração do trabalho, por meio da sua precarização e das expropriações, pode ser compreendida como um processo de desvalorização da força de trabalho, que se faz mediante: a redução da qualidade e do tempo real de vida do trabalhador pelo desgaste psicofísico do trabalho e pela privatização dos serviços públicos; o sitiamento de qualquer projeto de vida do trabalhador e sua família (ético-político, pessoal, social), empobrecendo suas objetivações e ideários, dada a centralidade da luta pela sobrevivência, a insegurança, as incertezas e os riscos do trabalho; e a fratura da organização e da solidariedade coletivas das classes trabalhadoras, determinada pelo esgarçamento da vivência coletiva do trabalho, pela concorrência entre os trabalhadores.

No caso de trabalhadores(as) que serão os sujeitos da nossa pesquisa, os(as) assistentes sociais, devido à natureza do trabalho intelectual, com intenso desgaste mental e emocional e tendo com forte inserção campo ideológico e pedagógico, muitas vezes, tempo de vida e tempo de trabalho, não possuem distinções claras entre ambos, determinado em função dos ciclos da vida e do trabalho. A falta de tempo disponível do(a) assistente social está intrinsecamente ligada ao seu processo de precarização que aprofunda a mercantilização do corpo e da mente. Com isso, esta precarização do trabalho não se reduz à precarização salarial, mas envolve a precarização existencial.

Um dos elementos cruciais da precarização de assistentes sociais ocorre por meio da invasão do tempo de vida pelo tempo de trabalho ou ainda pela captura de sua subjetividade pelos requerimentos do novo modo de gestão do trabalho cada vez mais sob véis da cultura gerencialista e privada tendência mesmo nas unidades públicas de saúde.

Antunes (2020a), no seu breve texto que aborda o trabalho do cuidado na saúde, afirma que há explosão dessa característica em que não há mais limites

nem tempo, nem jornada de trabalho; a separação entre tempo de labor e tempo de vida, entre outros. A corrosão do tempo e o vilipêndio da vida tornam-se “normais” no cotidiano do trabalho.

A redução da jornada de trabalho não torna imediatamente o tempo liberado pelo desenvolvimento das forças produtivas em tempo dedicado a este exercício de liberdade e autorrealização, decorrente da captura da subjetividade do trabalhador. Portanto, a redução na jornada de trabalho, possível alternativa à precarização do trabalho do(a) assistente social, pode resultar na redução salarial do trabalhador, e este está condicionado a acumular e a consumir.

Também, a cultura leva os sujeitos a ações competitivas, individualistas e alienantes. Sua natureza apresenta-se em harmonia às características neoliberais produtivista, que acompanha uma visão tecnocrática e gerencial do trabalho. O capital vem aperfeiçoando suas táticas de controle sobre o trabalho e sobre os trabalhadores, e este controle sempre se fundamentou no processo ideológico perpassado pelos modos de gestão. Tal fato tem abarcado também a organização do trabalho na esfera pública. Por meio desta cultura, há intensificação do trabalho como forma de comportamento condicionado e argumento de sua própria sobrevivência.

O trabalhador assalariado foi expropriado dos meios, dos instrumentos de trabalho e do planejamento e controle da produção da riqueza social. Nesse viés, expropriação e exploração se tornam a marca do trabalho assalariado na sociabilidade de mercado capitalista, e todos aqueles que se encontram nessas condições, melhoradas ou pioradas, fazem parte, tendo consciência disso ou não, da classe trabalhadora.

Por isso a precariedade é uma dimensão ontológica do trabalho assalariado, uma “condição sócio-estrutural que caracteriza o trabalho vivo e a força de trabalho como mercadoria, atingindo aqueles que são despossuídos do controle dos meios de produção das condições objetivas e subjetivas da vida social”, como diz Alves (2007, p. 103).

Para Alves (2007), há uma distinção entre os conceitos de precariedade e de precarização. Enquanto a precariedade é uma condição inerente ao trabalho

assalariado, a precarização é o processo de atualização e configuração da precariedade. A precarização do trabalho na atualidade precisa ser compreendida no momento vivenciado por uma conjuntura de reestruturação produtiva, a partir desse processo da crise do capital que altera os modos de produção e a condição de assalariamento na sociedade alinhado às inovações tecnológicas, na qual temos um cenário marcado por condições instáveis.

A precarização do trabalho é entendida como o desmonte de formas reguladas de exploração da força de trabalho como mercadoria. A vigência do capitalismo flexível, com o surgimento de novas modalidades de contratação salarial, desregulação da jornada de trabalho e instauração de novos modos da remuneração flexível seriam consideradas formas de precarização da força de trabalho que configuram formas específicas de precarização da vida dos trabalhadores.

Diante disso, a precarização “diz respeito a um modo de reposição sócio-histórica da precariedade” (Alves, 2007, p. 114). Trata-se do processo de aprofundamento, de agudização da precariedade das condições existenciais e salariais dos trabalhadores. Essa tendência que vai se complexificando e redimensionalizando conforme as reestruturações no modo de expansão e acumulação adotadas pelo sistema capital. Produz crises cíclicas que, com a passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, para o imperialismo do sistema capital nas últimas décadas do século XIX, passam a conviver com a crise orgânica do capital, que, a partir da década de 1970, adquire a dimensão de uma crise estrutural.

A crise do padrão taylorista/fordista/keynesiano era, de fato, a expressão fenomênica de uma crise estrutural do capital, em sua lógica destrutiva e incontrolável (Mészáros, 2009a). O padrão de crescimento fordista-keynesiano deu sinais de seus limites na primeira metade da década de 1970.

Para responder a esse novo quadro, o capital monopolista empenhou-se em uma série de reajustes e reconversões que constrói a contextualidade em que se desenvolvem autênticas transformações societárias (Antunes, 2008; Harvey, 2010).

A crise de acumulação do capital caracteriza-se como crise endêmica e crônica, com a perspectiva de uma profunda crise estrutural (Mészáros, 2009). Sua expressão fenomênica é a crise do modelo de acumulação fordista-keynesiano e a conseqüente reestruturação do capital, cujos impactos não se restringem à esfera produtiva, incidindo fortemente sobre o conjunto da vida social.

A mundialização do capital (Chesnais, 1996), sob a hegemonia das finanças, redimensiona o trabalho e a sociabilidade na sociedade contemporânea. Trata-se de um período caracterizado pela crise do modelo de expansão do capital e pelo processo de reestruturação produtiva como tentativa de resposta (Antunes, 2008).

Suas manifestações localizam-se nos primeiros anos na década de 1970 (Harvey, 2010), estende-se e aprofunda-se até os tempos atuais. No Brasil, esse processo intensifica-se no início dos anos 1990 (Alves, 2010), como resultado da integração do país ao mercado globalizado, no estágio de acumulação flexível do capital.

Essa nova dinâmica do capital obscurece como nunca o universo do trabalho, atestando o caráter radical da alienação. A fetichização das relações sociais alcançou seu ápice na hegemonia do capital financeiro, obscurecendo e subvertendo a leitura das desigualdades sociais. As transformações no mundo do trabalho têm alterado as relações entre Estado e sociedade, redefinindo o papel dos Estados nacionais e alterando os parâmetros de constituição de seu sistema de proteção social, com ampla e profunda repercussão na órbita das políticas públicas, com suas conhecidas diretrizes de focalização, descentralização, desfinanciamento e regressão dos direitos sociais.

Com a crise estrutural, o capital precisa criar novos meios de extorquir ainda mais sobretrabalho da força de trabalho em condições de precariedade acentuadamente degradante. Advêm daí a político-econômica neoliberal e a implementação das várias contrarreformas para garantir a acumulação flexível do capital, como já vimos, a contrarreforma trabalhista e previdenciária, flexibilizando as relações de trabalho que resulta na precarização das condições e relações de trabalho, da existência e do regime salarial dos trabalhadores que corresponde, na verdade, à desumanizadora precarização da força de trabalho.

A compensação da diminuição da mais-valia produzida pelo setor produtivo é realizada, soberanamente, pelo setor de serviços flexibilizado, ainda que a “flexibilização” também atinja a produção como forma de extrair maior mais-valia daqueles que continuam empregados. Portanto, a recomposição da rentabilidade se encontra no avanço da precarização dos trabalhadores com a pressão do desemprego e subemprego agravando, globalmente, condições de vida da classe trabalhadora (Alves, 2007).

Com a reestruturação produtiva e a precarização existencial e salarial dos trabalhadores em escala global, ocorre, mundialmente, a tendência à equalização descendente da taxa diferencial de exploração (Meszáros, 2009). Isso significa que a situação da classe trabalhadora tende a chegar ao limite do insuportável, daí a importância da captura da subjetividade do trabalhador e incorporação da ética empresarial da gestão toyotista como estratégia de dominação e manipulação, resultando, conforme Antunes (2018), numa nova morfologia do trabalho em escala global.

Destarte, a classe trabalhadora está passando por um processo de precarização que acentua e agrava sua situação existencial de precariedade, se seus salários são cada vez mais parcos e grande parte engrossa as fileiras da superpopulação relativa. A precarização do trabalho é um traço estrutural do modo de produção capitalista, possuindo, entretanto, formas de ser no plano da efetividade histórica. O que regula esses tons da precariedade salarial é a correlação de força e poder entre as classes sociais.

1.4. Particularidades da precarização do trabalho no setor de serviços

Uma breve apreensão conceitual sobre serviços é necessária para este trabalho. Uma concepção ampla é indicada por Dal Rosso (2014, p. 76), que postula que “[...] atividades em serviços compreendem uma quantidade muito grande de ações que possibilitam a circulação e o consumo, além de um conjunto de outras atividades a ela agregadas e de natureza diversa”. Segundo esse autor, as atividades desenvolvidas pelos servidores do âmbito estatal são classificadas

como serviço, desde que sejam prestadas aos cidadãos e que a relação entre o trabalhador e o empregador (Estado) se extinga no pagamento do salário.

Observa também que o Estado presta serviços de educação, de saúde pública e outros que não dependem de relações econômicas diretamente, mas sim “[...] do patamar de civilidade ou barbárie de cada nação” (Dal Rosso, 2014, p. 86), ou seja, os serviços na esfera da proteção social pública são instituídos, além de sua funcionalidade no campo econômico, visando ao atendimento das demandas sociais, viabilizado por meio de medidas de política social.

O alcance, o desenho e a regulação das políticas sociais são igualmente construções sócio-históricas, derivadas da apreensão do nível de igualdade ou desigualdade aceito em cada sociedade, indicados pela concepção de cidadania adotada modeladas pelas relações estabelecidas entre a sociedade e o Estado.

Dal Rosso (2014) e Costa (2019) procuraram mostrar o quanto a expansão dos serviços tem representado a expansão das atividades necessárias à reprodução da força de trabalho e à continuidade do processo de acumulação e valorização do capital. A discussão dos autores conduz ao entendimento de que os serviços não são insignificantes no conjunto das atividades no mundo capitalista. Há de se considerar que o Brasil realizou a transição do setor primário ao terciário, sem a experiência de transformar-se, de fato, em sociedade industrial, concentrando a maior parte do emprego em atividades de serviço.

Os serviços, na atualidade, ao repercutirem na estrutura produtiva, também são funcionais ao processo de acumulação do capital, visto que jamais estiveram descolados, mesmo que de forma residual, do processo de circulação e valorização das mercadorias, como é o caso do comércio.

Marx (1969) não descaracterizou o trabalho nos serviços, pois o compreendeu como integrante do processo de valorização do capital, na medida em que concebe a possibilidade de que as atividades no setor terciário sejam tanto improdutivas quanto produtivas. Produtiva, quando a atividade produz diretamente o mais valor, sendo utilizada como meio para ampliar o capital inicialmente investido – é o trabalho que valoriza o capital, o trabalho que repõe o capital variável e total. Defende-se como improdutiva aquela atividade que se

realiza na esfera da circulação e que apresenta um valor de uso - como é o caso da atividade prestada nos serviços públicos, na esfera estatal, que não se encontra diretamente subsumida à lógica do capital, em função de ser trabalho que se troca por renda (salário e lucro) e não por capital.

Assim, no desenvolvimento do capitalismo, não é só o trabalho manual direto que é produtivo, mas todas as atividades que integram a relação de troca da força de trabalho por dinheiro enquanto capital, isto é, que é comprado pelo capital para valorizá-lo enquanto trabalho produtivo. Já o trabalho que é comprado pelo consumidor com sua renda para consumi-lo como valor de uso constitui trabalho improdutivo, mas só improdutivo para a produção da mais-valia ou mais valor.

Consideramos que não há como negar o fato de que os serviços também sofrem mudanças com o processo de reestruturação, subordinando-se à máxima da mercadorização. Desse modo, a expansão dos serviços representa a expansão das atividades necessárias à reprodução da força de trabalho e à continuidade do processo de acumulação e valorização do capital.

Antunes (2018) explica que se o setor de serviços inicialmente absorveu a parcela de trabalhadores expulsas das indústrias, esse setor também sofreu mudanças, submetendo-se cada vez mais à lógica do capital. Com a reorganização sociotécnica da produção, para, assim, obter-se maior elevação da produtividade do capital, decorreram diversos fatores, como intensificação da jornada de trabalho e também redução do número de trabalhadores na produção e a expansão do setor de serviços.

Segundo Antunes (2018), vem aflorando em escala global a expansão significativa de trabalhos assalariados no setor de serviços. Como o capital não se valoriza sem realizar alguma forma de interação entre trabalho vivo e trabalho morto, ele procura aumentar a produtividade do trabalho, intensificando os mecanismos de extração do sobretrabalho. Nesse movimento, todos os espaços possíveis se tornam potencialmente geradores de mais-valor e nestes estão os serviços sociais privatizados como um elemento central para compreender dos novos mecanismos utilizados pelo capital em nossos dias.

Expandem-se, dessa forma, a precarização que retira os direitos vigentes tendo como tendência que os trabalhadores dos serviços se encontrarão entre o desemprego completo e, na melhor das hipóteses, a disponibilidade para tentar obter o que o Antunes (2018) chama de “privilégio da servidão”. Dessa forma, um grupo “privilegiado” de trabalhadores estará no topo dos assalariados oscilando entre trabalhos precários e instáveis.

Antunes (2009) afirma que os serviços públicos também sofreram mudanças por conta do processo de reestruturação, “[...] subordinando-se à máxima da mercadorização, que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público” (Antunes, 2009, p.17). É dentro desse quadro geral que se tem um processo em que há um desmonte da legislação trabalhista, que acarreta em mecanismos para extrair sobre trabalho e destruição dos direitos sociais.

Antunes (2018), ainda falando sobre o trabalho no setor serviço público, explicita que um exemplo emblemático da ampliação da lei do valor se evidencia por meio da tendência global de expansão da terceirização nos setores de serviços, tornando-se outro mecanismo vital do capitalismo para intensificar a exploração do mais-valor.

A autora também inseriu abertamente a geração de mais-valor no interior do serviço público, por meio da introdução de práticas privadas (as empresas terceirizadas e trabalhadores terceirizados) no interior de atividades cuja finalidade era produzir valores úteis, como saúde, educação, previdência, dentre outras.

A terceirização acelerada dentro da atividade estatal, nos mais distintos setores (limpeza, transporte, segurança, alimentação, pesquisa, entre outros), incidindo tanto nas atividades administrativas, como, por exemplo, na área da saúde, com médicos e enfermeiros terceirizados atuando em hospitais públicos, dentre tantas outras atividades terceirizadas que se expandem em ritmo intenso no espaço público, começa a corroer por dentro a res pública, uma vez que as empresas de terceirização passam a extrair mais-valor de seus trabalhadores terceirizados que substituem os assalariados públicos (Antunes, 2018, p. 58).

Segundo Borges (2007), as mudanças no perfil do Estado brasileiro atingiram de forma negativa aos trabalhadores, inclusive dos setores dos serviços públicos/estatal. Os assalariados dos serviços públicos, nos últimos anos, foram

vítimas das privatizações, demissões – inclusive as demissões “voluntárias” – aposentadorias precoces, terceirização, congelamento dos salários e más condições de trabalho.

A condição atual dos assalariados, dentro desse contexto do Estado neoliberal, é de fragilidade dos direitos trabalhistas, de falta de condições de trabalho dignas e de total precariedade. É um contexto marcado pela flexibilização dos salários e da carga horária, instabilidade do vínculo empregatício, dentre outras questões. O papel estratégico do Estado capitalista nesse processo de expropriação dos trabalhadores, com a consequente precarização do trabalho, já foi abordado neste trabalho mais especificamente.

As alterações na esfera estatal vêm acarretando a deterioração das condições de trabalho dos profissionais inseridos nos espaços sócio-ocupacionais ligados à prestação de serviços ao Estado. Portanto, os processos de trabalho, nos quais estão inscritos os(as) assistentes sociais atualmente, são indissociáveis da contrarreforma ministrada no aparelho estatal. A redefinição das ações do Estado na esfera das políticas públicas sociais resultou na transferência de responsabilidades do poder público para a sociedade civil organizada.

O Estado orientado por diretrizes neoliberais passou terceirizar a execução de políticas sociais para organizações não governamentais. Dessa forma, no campo da execução das políticas sociais, vêm firmando-se contratos e parcerias por meio de convênios entre Estados e organizações do Terceiro Setor.

Conseqüentemente, a privatização das ações estatais no campo social, amplamente formalizado por meio da terceirização dos serviços públicos, implicou em mudanças no mercado e nas relações de trabalho dos(as) assistentes sociais. Isso porque a privatização da gestão dos serviços públicos estatais, atualmente, consagra-se como um amplo e diversificado campo de absorção de mão de obra especializada, para execução dos serviços repassados pelo Estado. Contudo, em função das tendências atuais, tende-se a recrutar profissionais por meio de contratos temporários, desprovidos da proteção assegurada pela legislação trabalhista.

Assim, observa-se que as mudanças, na esfera da produtiva e dos serviços no processo de acumulação capitalista, seguidamente atrelada às redefinições das ações do Estado no âmbito das políticas sociais, operaram transformações significativas no trabalho dos(as) assistentes sociais, uma vez que alterou as formas de organização, regulação, gestão do trabalho na contemporaneidade.

2

Precarização do trabalho no setor público e privatização do Sistema Único de Saúde

Neste capítulo, abordaremos a precarização do trabalho nos serviços públicos estatais, como é o caso do SUS, e o papel do Estado no processo de expropriação secundária desregulamentado proteção social ao trabalho e chancelando retirada de direitos sociais e trabalhistas por meio de contrarreformas estatais. Assim, o reordenamento produtivo e estatal na atual dinâmica do capital tem como consequência formas específicas de precarização do trabalho.

Também traremos a contextualização da privatização no SUS do Rio de Janeiro, que será o locus da pesquisa com os(as) assistentes sociais que entrevistamos para o estudo desta tese e iniciaremos a apresentação neste capítulo.

2.1.

O papel do estado no processo de precarização do trabalho

O Estado moderno, como forma política da relação de socialização capitalista, aparece apartado das relações sociais e econômicas fundamentais, igualmente como ocorre com a forma mercadoria “fetichizada” em relação ao seu produtor. Significa que o Estado não é autônomo em relação à dinâmica dos processos produtivos, mas que opera hegemonicamente em favor desses, coordenado por agentes que não são, propriamente, a classe dominante (Hirsch, 2010).

Considera-se que o papel do Estado se estabelece nas relações com as classes fundamentais e cumpre, no capitalismo, uma “função social” de reprodução das relações estruturais, portanto desempenha importante papel na reprodução social da classe trabalhadora, mas não o faz de modo independente da hegemonia das classes burguesas. Dessa forma, o Estado se apresenta como expressão do modo de socialização contraditório do capitalismo permeado pela luta de classes.

Por isso, os processos de expropriação na contemporaneidade têm o Estado como importante instrumento de valorização do capital, a partir das políticas sociais na reprodução da força de trabalho, do redirecionamento do fundo público para as demandas do capital e da delimitação de uma cidadania voltada para o consumo, com a mercantilização de áreas que anteriormente eram configuradas como direitos de caráter público.

Nos processos de reestruturação produtiva, o Estado desempenha um papel essencial na expropriação social dos trabalhadores ao desregular direitos sociais e enfraquecer leis de proteção ao trabalho. A organização toyotista do trabalho possui dois aspectos característicos que contrastam com o taylorismo-fordismo.

A primeira característica, que é a produção em série de mercadorias, homogeneizada e massificada, dá lugar a uma organização da produção por demanda do mercado, possibilitando que se atendam as demandas de forma cada vez mais individualizada e personalizada – conhecida como *just-in-time*.

Nesse sentido, há uma determinação da produção a partir da demanda. A segunda característica é o manejo do estoque: trata-se de operar com estoque mínimo, realizando a reposição por meio do sistema kanban, que controla os fluxos de produção ou transportes em uma indústria. O estoque deve, portanto, responder à produção que tem um grau de flexibilidade conforme se comporta a demanda. Há, ainda, a vantagem de mobilizar menos capital que permanecerá cristalizado em forma de matéria-prima, permitindo maior mobilidade do capital particular.

É nesse sentido que se encontram as pressões pela desregulamentação das legislações trabalhistas, que respondiam a um tipo de trabalho próprio do padrão de organização do trabalho vigente anteriormente, em prol de legislações que assegurem total liberdade para o capital contratar e depois desprezar força de trabalho sem barreiras legais. Dessa maneira, as terceirizações se constituíram como uma tática do capital que possibilita o movimento de expansão e encolhimento de consumo da força de trabalho, mas pode não corresponder à forma mais plena dessa mobilidade.

O ponto do horizonte da política neoliberal, portanto, é da oferta de força de trabalho *just-in-time*. Trata-se de assegurar a livre mobilidade da força de trabalho, sem a regulação do Estado. Não se trataria, para Dardot e Laval (2016), da retirada do Estado da economia, mas é o próprio Estado um dos grandes responsáveis pelo reforço, na economia e na sociedade, da lógica do modelo empresa e da concorrência.

Também são importantes as políticas antissindicais. Nesse viés, trata-se de minar as formas de associação coletiva entre os trabalhadores, evitando vínculos de solidariedade, cooperação e luta política conjunta, que poderiam tencionar pelo aumento do preço da força do trabalho e prejudicar o mercado. A política proposta pela sociedade neoliberal é de um mercado de trabalho em que o capital se relaciona de forma provisória com indivíduos-empresa atomizados, a classe trabalhadora se configura cada vez mais próxima daquilo que tratamos como superpopulação relativa flutuante, que é constantemente absorvida e repelida do mercado de trabalho.

Mota (2017), ao falar sobre o papel do Estado no viés neoliberal, afirma que, no âmbito mais geral da restauração capitalista, a principal mediação da precarização do trabalho e dos trabalhadores tem origem na atuação do Estado, seja por meio da contrarreforma da legislação trabalhista, da mercantilização do sistema de proteção social ao trabalhador e na incorporação de diferentes estatutos jurídicos do trabalho seja da sua inexistência.

Tais processos materializam as expropriações contemporâneas do capitalismo, ao ampliar a dependência dos trabalhadores do mercado, para atender às suas necessidades sociais e materiais, utilizando a estratégia de retirar os seus direitos e das suas condições de vida e de trabalho antes garantidos de forma estatal. A mercantilização dos sistemas públicos de proteção social é indispensável à acumulação capitalista na dinamização do mercado interno e na administração dos conflitos sociais decorrentes do desemprego e da precarização do trabalho.

Assiste-se a um movimento permeado de articulações político-econômicas que ditam uma nova ordem, que implica na redução do Estado para os

trabalhadores e sua livre apropriação pelo capital. Capitaneado pelos interesses da burguesia, o Estado, ainda que permeado por contradições próprias do modo de produção capitalista, torna-se locus do mercado, institucionalizando novos mecanismos de exploração da força de trabalho e mercantilização das políticas públicas. É possível falar em intensificação da contrarreforma do Estado para atender aos interesses da classe dominante, o que requer, cada vez mais, a regressão de direitos dos trabalhadores.

As novas modalidades de valorização respondem pela centralidade do trabalho precário e pela negação do direito ao trabalho protegido, e sua predominância é responsável pelas mudanças nos estatutos jurídicos, nas condições e nas relações de trabalho, em sintonia com a acumulação flexível. Com isso, manifesta-se no trabalho temporário, por tarefa, em tempo parcial, em domicílio, por peça adquirindo uma dimensão estrutural e permanente para os trabalhadores subordinados às modalidades de trabalho instável e desprotegido.

Essas usurpações se fazem, predominantemente, pela mediação da ação do Estado, por meio da retirada de direitos e da mercantilização de bens, serviços e benefícios públicos (políticas sociais). Dessa forma, à medida que os serviços são privatizados, o salário nominal do trabalhador é reduzido, repercutindo diretamente sobre o salário dos trabalhadores.

Mota (2017), ainda, acrescenta o fato de o Estado disseminar a cultura do empreendedorismo e da empregabilidade, retirando do trabalhador qualquer possibilidade de proteção social. O uso desses conceitos dissemina a ideia de que o trabalhador, agora, é livre do emprego e patrão de si mesmo. Diante dessa expansão da precarização do trabalho e da vida, verifica-se trabalhadores parcial e precariamente integrados ao mercado, sendo esta precarização como expressão, dentre outras, das expropriações materiais e sociais dos trabalhadores.

Ao falar sobre a precarização do trabalho na saúde pública brasileira, partimos do pressuposto, apoiado em Koster (2008), de que há contradições entre a expansão do SUS, pautado na opção do modelo assistencial definido pela Reforma Sanitária (universal e integral abrangendo os três níveis de

complexidade), e a redução da máquina administrativa proposta pelo modelo gerencial adotado pela contrarreforma do Estado.

Segundo Bravo (2009), pode-se caracterizar a Política de Saúde, atualmente, ressaltando as tensões e propostas entre projetos em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária; o Projeto de Saúde articulado ao mercado ou privatista; e, de acordo com Bravo (2013), pode ser apontado ainda um terceiro projeto, o da Reforma Sanitária Flexibilizada.

O projeto de Reforma Sanitária tem como eixo o Estado Democrático de Direito, que vê a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, que visa à universalidade do acesso à saúde pautada no atendimento integral, colocando o setor privado como complementar, trazendo a hegemonia do poder estatal em meio aos atendimentos na área da saúde.

O projeto privatista encontra respaldo na teoria neoliberal, que não vem tirar o Estado de cena, mas sim reordenar sua agenda em favor de utilizar o poder político e fiscal dos Estados Nacionais para fortalecer os sistemas empresariais de modo mais intenso. Assim as políticas sociais, em destaque para a saúde, são polarizadas por um tipo de requisição do capital que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica subvertendo os preceitos constitucionais.

O projeto Reforma Sanitária Flexibilizada adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e subfinanciamento das políticas públicas. Esse é o projeto do SUS possível, que é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que são contrárias ao pleno usufruto do direito à saúde (Bravo, 2013).

Na mesma direção, Paim (2017) identifica três projetos em disputa na saúde, tais como: o mercantilista ou expansionista, o revisionista ou racionalizador e o da Reforma Sanitária Brasileira (RBS). O primeiro parece assimilar sujeitos originalmente identificados com o movimento sanitário, mas

que, por meio do transformismo ou do pragmatismo político, têm permitido a privatização da saúde por fora e por dentro do SUS, por meio da expansão dos planos de saúde e da adoção de OS, parcerias público-privadas, terceirizações, dentre outras.

Esse projeto mercantilista, além de possuir sujeitos bem formados ideologicamente, conta com a colaboração dos aparelhos de hegemonia, na mídia, nas entidades de saúde e nas universidades. O projeto racionalizador foi se fortalecendo com a implantação do SUS, sendo exercitado por segmentos anteriormente comprometidos com a RSB, mas flexibilizam princípios e diretrizes em função dos imperativos da ordem econômica, dos interesses do Estado e das classes hegemônicas.

Estes podem ser parceiros de sujeitos transformadores ou, na dependência de situações concretas, transformar-se em “sujeitos da resistência” contra o projeto mercantilista e contra a destruição do SUS, implementado, sobretudo, pelo golpe parlamentar-midiático de 2016. Já o projeto da RSB toma como referência o pensamento e a práxis do movimento sanitário por meio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e de seus parceiros.

As disputas existentes entre esses projetos inscrevem-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista. Nesta direção, Fagnani (2011) afirma que a política social no Brasil se insere numa longa fase de tensões entre paradigmas, presentes desde 1990. O Estado Mínimo, hegemônico na agenda das instituições de fomento internacional, não era compatível com o Estado de Bem-Estar da Carta de 1988: seguro social *versus* seguridade social; focalização *versus* universalização; assistencialismo *versus* direitos; privatização *versus* serviço público; desregulamentação e contratação flexível *versus* direitos trabalhistas e sindicais.

As mudanças político-econômicas ocorridas mundialmente e também no país, conseqüentemente, afetam o “mundo do trabalho” com intensificação da exploração da força de trabalho associada à precarização; desregulamentação dos direitos trabalhistas; novas exigências; e comportamento produtivo dos trabalhadores.

Tais mudanças incidem, também, sobre as profissões e seus sujeitos, apresentando novas demandas para os profissionais, que os afetam objetiva e subjetivamente (Antunes, 2008). As consequências da adoção de tal programática geram repercussões para as diversas esferas da vida social, entre elas as políticas sociais, como as de saúde e educação, e afetam sobremaneira a classe trabalhadora.

Este processo de precarização das condições de trabalho nos serviços públicos teve no PDRAE, já mencionado no capítulo I desta tese, um dos agravantes na estrutura funcional dos servidores públicos, devido ao fato de trazer mudanças negativas para os trabalhadores deste setor, como a flexibilização dos vínculos empregatícios, atingindo diretamente suas condições de trabalho.

Com esse processo de privatização, a responsabilidade do Estado com os serviços sociais foi transferida, em muitos casos, para a esfera privada e para a sociedade civil. Dentro de toda essa conjuntura explicitada, percebe-se que o setor de serviços esteve em expansão nas últimas três décadas, principalmente atrelado ao contexto da reestruturação produtiva. Ainda que os serviços exijam uma mão de obra intelectual, isso não muda a condição de assalariado que está inserido no modo capitalista de produção, sujeitando-se às imposições do capital (Batista, 1999).

A atual tendência decorrente deste processo é o emprego de uma força de trabalho que possa ser demitida facilmente sem custos, inserindo-se no mercado de trabalho cada vez mais de forma precária. No caso brasileiro, as medidas de reestruturação produtiva e as contrarreformas neoliberais acentuam-se a partir da década de 1990, ocasionando a precarização do trabalho tanto no setor privado como no setor público. Com isso, os efeitos deste processo traduzem-se em elevação das taxas de desemprego e destituição dos direitos trabalhistas (Borges, 2007).

Assim, a instabilidade e a precariedade estendem-se para o conjunto da sociedade e passam a atingir, até mesmo, indivíduos cujas profissões eram consideradas seguras (Ramalho & Santana, 2003). Se anteriormente os indivíduos de baixa renda e escolaridade eram os principais sujeitos do trabalho precário e

desprotegido, hoje há uma maior democratização do risco tanto entre estratos sociais como entre países.

A literatura registra que a flexibilização do trabalho, com múltiplas relações contratuais, tem contribuído para aumentar as dificuldades de representação e atuação sindical, deixando os trabalhadores desprotegidos e mais vulneráveis às exigências gerenciais e patronais (Mattoso, 1995; Pires, 1998).

Aproximando-nos com o debate do trabalho na saúde, referenciamos-nos pela análise realizada por Machado (2005), de que, no Brasil, ocorreram três momentos com conjunturas bastante distintas com relação aos trabalhadores de saúde. O primeiro momento refere-se ao período de 1967 a 1974, caracterizado pelo incentivo à formação especialmente de nível superior, com estratégia de expansão de empregos privados com financiamento público, incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, incentivo à hospitalização e especialização.

O segundo momento, período de 1974 a 1986, caracterizou-se pelo surgimento e pela implementação de dispositivos institucionais para reversão do quadro existente, com aumento da participação do setor público na ordem de serviços ambulatoriais e hospitalares, aumento da formação do pessoal técnico com incorporação nas equipes de saúde e aumento do pessoal atuante na rede ambulatorial (Machado, 2005).

Por fim, do período de 1987 em diante, as mudanças referem-se à expansão dos empregos de saúde na esfera municipal, invertendo definitivamente a vocação da assistência no país, ou seja, cumprindo os ideais da Reforma Sanitária, com a descentralização do sistema e, conseqüentemente, dos trabalhadores que integram os serviços. Nesse contexto, têm destaque as condições vigentes de precarização do trabalhador da saúde com baixa remuneração, ausência de planos de carreiras e salários, assim como o pouco investimento em programas para a formação e capacitação profissional, gerando múltiplas contradições (Machado, 2005; Pierantoni, 2012; Campos et al., 2006).

Segundo Koster (2008), pode-se observar que a tendência no SUS para a adoção da flexibilização das relações de trabalho ocorre também como forma dos

gestores driblarem aos entraves jurídicos existentes, como a Lei de Responsabilidade Fiscal. Segundo estudo do ObservaRH – NESP/CEAM/UnB, a Lei de Responsabilidade Fiscal, promulgada em 2000, decretou o acompanhamento sistemático da despesa com pessoal nas três esferas de governo, por meio do Relatório de Gestão Fiscal, quadrimestral encaminhado ao Ministério da Fazenda, a qual refere:

Os gestores públicos estão cientes de que existem determinados limites legais para essas despesas e que tais limites podem impedir ou dificultar a expansão da força de trabalho do setor público. Contudo, poucos são os que têm conhecimento da proporção exata assumida pela despesa com pessoal no ente federativo em que atuam e, menos ainda, sabem acerca da sua posição relativamente a outros estados ou municípios” (ObservaRH – NESP/CEAM/UnB, 2006, p.3).

Os limites máximos da despesa de pessoal são calculados como percentuais da Receita Corrente Líquida (RCL), de acordo com os seguintes critérios: na esfera federal 50%; na esfera estadual 60%; na esfera municipal 60%. Há a imposição de um limite prudencial de 95 % destes percentuais, que caso haja extrapolação é vetado qualquer título, salvo os derivados de sentença judicial ou de determinação legal ou contratual, ressalvada a revisão prevista no inciso X do art. 37 da Constituição (ObservaRH - NESP/CEAM/UnB, 2006). A justificativa dos gestores de que a Lei de Responsabilidade Fiscal é complicadora para a expansão da força de trabalho tem levado à instituição da flexibilização, com diversas formas de vinculação de pessoal para cumprir as necessidades de expansão da cobertura dos serviços de saúde.

Ora, como é impossível fazer política social pública sem trabalhadores – médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, professores, assistentes sociais, dentre outros – esse limite visava claramente abrir espaço para a contratação de entidades privadas para a prestação de serviços, em vez de se fazer as políticas sociais com servidores públicos, o Estado deveria repassar os recursos públicos para que o setor privado contratasse os profissionais. O limite não reduziu o gasto público, apenas transferiu esse gasto para o setor privado, que os contrata com os recursos públicos.

Segundo Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004, p. 81), “parte substantiva da força de trabalho do SUS não usufrui de direitos trabalhistas, caracterizando uma

situação absurda de precariedade criada e mantida pela administração pública”. Tal precariedade é caracterizada pela instabilidade de vínculo de trabalho.

Desse modo, com a LRF, foram criadas condicionalidades financeiras relativas aos gastos com saúde, impulsionando a terceirização da gestão e dos serviços nesse setor, como uma estratégia para não atingir o teto determinado pela lei. Isso ocorre porque a contratação de terceiros não é contabilizada para os limites de gastos com pessoal impostos pela LRF.

A contratação de mão de obra passa ser de responsabilidade da OS, e não do município e/ou do Estado. Na prática, tem-se a ampliação da flexibilização e precarização do trabalho e dos serviços públicos de saúde (com diminuição de concursos públicos) e incentivos à expansão das OS para todo o país (Lima, 2010).

A fragilização das relações de trabalho no SUS tende a ampliar a rotatividade dos trabalhadores e gerar um efeito negativo sobre a qualidade do trabalho em saúde e sobre os serviços de saúde, afetando diretamente sua população usuária.

A visão gerencialista sobre o Estado, ao tratá-lo como uma empresa, considera os funcionários e seu orçamento como fardos que precisam ser reduzidos. Sobre as tendências de flexibilização, Gurgel e Justen (2015) afirmam que a administração flexível procede daí, com a gestão da qualidade, a reengenharia, as terceirizações, as parcerias, os contratos temporários, a remuneração flexível, a virtualização, passando a ser o novo modelo de gestão (Gurgel & Justen, 2015, p. 2017).

O gerencialismo no âmbito estatal se refere às contrarreformas governamentais de diversos países por meio da propagação de nova cultura organizacional que no serviço público identifica seus usuários como clientes assim como nas empresas privadas. O principal argumento do gerencialismo é a necessidade de superação do modelo burocrático de administração pública. Nesse sentido, propõe-se a superar o modelo de normas e procedimentos rígidos, a fim de estabelecer um conjunto de procedimentos mais flexíveis e menos normatizados (Gurgel, 2012).

Portanto, o gerencialismo no serviço público brasileiro configura-se como uma das formas contemporâneas de expropriação no contexto do capital-imperialismo, aprofundando as lutas de classes no interior do Estado, retirando direitos sociais coletivos e aprofundando a desigualdade social. O capital-imperialismo passa a exigir que as sociedades em contexto global estejam disponíveis para vender sua força de trabalho ao capital e, se possível, sem estabilidade, garantias e direitos, competindo entre si no mercado.

A contrarreforma do setor público transforma empregos que ora garantiam direitos aos trabalhadores em contratos via terceirização da força de trabalho, reduzindo o número de trabalhadores diretos e mantendo-se somente os cargos de relevância político-econômica, ao passo que os demais serão terceirizados e/ou contratados de forma precária, sem garantias de futuro, às vezes, sem quaisquer garantias trabalhistas, por exemplo, contratos de trabalho por meio de bolsas de estudos e aperfeiçoamento, como têm ocorrido no caso das Residências Multiprofissionais em Saúde (Silva, 2017).

O Estado tem sido historicamente o maior empregador dos(as) assistentes sociais cujo principal campo de atuação são as políticas sociais. A pesquisa nacional realizada pelo Dieese (2015) mostrou que, em 2013, o maior empregador para a categoria é o setor público e, considerando todas as esferas, representava mais de 72% do total do emprego.

Por isso, para analisar a precarização do trabalho do(a) assistente social, faz-se necessário compreender o reordenamento do Estado neoliberal e os impactos diretos e indiretos das transformações operadas na esfera produtiva e estatal para os trabalhadores, pois ao(à) assistente social influencia diretamente suas condições de trabalho, suas formas de sua contratação, os direitos e estabilidade como trabalhador. As transformações operadas na esfera produtiva e estatal também modificam o conteúdo do trabalho dos(as) assistentes sociais relacionadas às demandas da população usuária e requisições institucionais assim como aprofunda conflitos ético-políticos, além de rebater na relativa autonomia profissional nos espaços de trabalho.

As estratégias de intensificação e exploração do trabalho profissional, por parte dos empregadores, inclusive o estado, implicam em redefinições no trabalho do(a) assistente social de tal modo que os resultados da flexibilização, precarização e terceirização incidem diretamente no mercado, nas condições e relações de trabalho dos(as) assistentes sociais nos diversos espaços sócio-ocupacionais, inclusive na saúde pública.

2.2.

Privatização da gestão da saúde pública sob o argumento da parceria público-privado

A gestão da Saúde Pública no Brasil é organizada em três níveis de atenção: primário (ou básica), secundário (ou média complexidade) e terciário (ou alta complexidade). No nível primário, conhecido como a porta de entrada no SUS, estão as Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Nessa etapa, são marcadas consultas e exames básicos, como hemogramas, além da realização de procedimentos simples, como curativos. Os profissionais se articulam para atuar não apenas na UBS, mas também em diversos espaços da comunidade (como centros comunitários e escolas), além de fazerem visitas domiciliares às famílias. A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2003).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade, inclusive de urgência e emergência, compõem o nível secundário de gestão da Saúde Pública, devendo apresentar tanto ambulatórios como hospitais cuja complexidade da assistência demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (Brasil, 2003)

No nível terciário, estão os hospitais de grande porte, que atendem alta complexidade. O objetivo é garantir que procedimentos para a manutenção dos sinais vitais sejam realizados, dando suporte para a preservação da vida sempre que preciso. Nesse nível, existem tecnologias médicas e profissionais capazes de

atender a situações que, no nível secundário, não puderam ser tratadas por serem casos mais raros ou complexos. Esse conjunto de procedimentos, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (Brasil, 2003).

A progressiva consolidação do SUS, ao longo das últimas três décadas, assegurou avanços incontestáveis. Ademais, não dá para imaginar o Brasil sem esse sistema, pois, em dezembro de 2019, cerca de 156 milhões de brasileiros (nada menos do que 75% da população de 208 milhões) eram assistidos pela atenção básica de saúde. Na região mais pobre do país, o Nordeste, essa cobertura compreendia 48 milhões (85%) de 57 milhões de nordestinos (Brasil, 2020).

Contudo o SUS convive com a permanência de problemas ainda não solucionados e a emergência de novas questões que precisam ser enfrentadas. Dentre as questões, destaca-se a necessidade de assegurar fluxos de financiamento regulares e suficientes; a garantia de acesso adequado e seguro da população aos serviços (que tem gerado a busca de soluções por meio de demandas judiciais); procura da equidade na utilização dos recursos públicos destinados à saúde, que se convive com a prática de subsídios ao segmento privado (Piola, 2009).

Neste sentido, deve-se destacar os ataques que o setor saúde vem sofrendo a partir da implementação das políticas que mercantilizam o setor, torna-o favorável à acumulação de capital. Buscou-se a implementação do modelo de fundação estatal de direito privado em hospitais públicos federais, na tentativa de implantar ferramentas administrativas “mais eficazes” no gerenciamento da política de saúde (Azevedo, 2014).

Na gestão do SUS, defensores do projeto privatista da saúde têm buscado alternativas ao modelo proposto na Constituição Federal de 1988 em que a saúde é um dever do Estado e as instituições privadas participam de forma complementar. Por isso, houve a criação e expansão de novas organizações não estatais, tais como as “Fundações Estatais de Direito Privado”, “Organizações Sociais”, “Organização da Sociedade Civil de Interesse Público”, que, por mais que exerçam funções de caráter público, obedecem às leis do mercado. Com isso, tal fato resulta na precarização das relações de trabalho no âmbito da saúde.

A precarização do trabalho se reflete na falta de reajuste salarial e, principalmente, nas diversas formas de contratos (por meio das fundações ou cooperativas), que muitas vezes são temporários e sem garantias trabalhistas, o que inviabiliza a construção e continuidade de um projeto de atuação e a participação em formação (Bravo et al., 2006). Assim, o processo de implementação dos direitos sociais na Constituição de 1988 e o SUS dele decorrente são acompanhados por uma realidade de contradições, próprias da sociedade capitalista.

Seguindo o direcionamento nacional dado à política de saúde, no estado do Rio de Janeiro, o SUS se configurou no interior de um cenário de sucateamento dos serviços público, fortalecendo o discurso em torno da insuficiência do Estado na consolidação de serviços públicos de qualidade.

Dentre as mudanças na gestão das unidades de saúde, destacam-se: gestão por organização social, gestão por fundação, existência de Ong/ associação na unidade de saúde, contratualização ou contrato de gestão, expansão dos serviços, abertura/ampliação de emergência ou pronto atendimento. As mudanças propostas têm um caráter liberal e conservador, um tom privatizante que privilegia o mercado, inclusive com a ideia de que este apresenta um papel importante, porque mais eficiente, na provisão de bens e serviços para a sociedade. O Estado teria apenas uma função subsidiária nos serviços voltados para a saúde (Soares, 2010).

Entre as propostas de governo para o setor saúde iniciadas pelo governo do Luiz Inácio Lula da Silva, está a Política de Atenção às urgências e a consequente implantação das UPA's: as Unidades de Pronto Atendimento. Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Urgência e Emergência, objetivando estruturar e organizar a rede que materializa esse nível de atenção do SUS.

Na normatização das UPA's, não se apresenta uma política de contratação de recursos humanos tampouco uma proposta de gestão para esse serviço. Tais pontos têm aberto a possibilidade de entrega desses serviços à gestão terceirizada mesmo antes de iniciarem seu funcionamento.

De acordo com Assis (2013), quanto às UPAs com funcionamento por 24h, o discurso governamental seria o esvaziamento das emergências hospitalares e o atendimento das demandas de saúde-doença não contempladas pelos hospitais gerais, assim como pelas unidades básicas de saúde.

Segundo Assis (2013), tal política fortalece o modelo de assistência médico-hospitalar segmentado e pontual, pois a população usuária dos serviços de saúde permanece sem referências para o atendimento de demandas relativas à promoção e proteção à saúde.

Por outro lado, as UPAs - 24h viam suas estruturas e capacidade de atendimento limitadas, na medida em que não encontravam na rede hospitalar retaguarda para a continuidade da atenção. A ênfase da política continua fortemente marcada pelo caráter focalizador de suas ações, precarização e terceirização dos recursos humanos e serviços, contribuindo para a manutenção de uma estrutura segmentada e descoordenada. Nesse sentido, a proposta de integrar a atenção das urgências à rede de atenção primária e ao atendimento de média e de alta complexidade oferecido pelos hospitais gerais fracassa ao não conseguir garantir a pactuação entre os diferentes níveis de atenção (Assis, 2013).

Trata-se de um contexto político singular, que acompanha uma tendência nacional, materializada no estado do Rio de Janeiro, uma vez que observamos, nos últimos anos, o mesmo movimento no nível de atenção básica na gestão das chamadas Clínicas da Família e de setores essenciais dos hospitais gerais, como os Centros de Terapia Intensiva (CTI) e Maternidades e, mais recentemente, hospitais gerais como um todo.

Nesse viés, podemos compreender que a exploração da força de trabalho e a geração de lucros representam os principais objetivos na relação entre a saúde e o processo de acumulação capitalista. O modelo de gestão da saúde, hoje predominante no estado do Rio de Janeiro, configura-se com a expressão das contradições entre público e privado, colocando em xeque os direitos sociais, na perspectiva de demolição das referências públicas em nome de ideais mercantilistas.

O velho discurso do Estado burocrático, marcado pela rigidez de suas ações, subsidia o discurso que confere *status* de modernidade e eficiência às organizações do chamado “Terceiro Setor”. Estas, por sua vez, surgem no cenário nacional como alternativas possíveis, dotadas de virtudes solidárias e empreendedoras, capazes de oferecer serviços públicos eficientes, flexíveis e dinâmicos, de maneira competitiva e livre das amarras ou tutela do Estado.

2.3.

A realidade da gestão de saúde no Rio de Janeiro

De acordo com o Ministério da Saúde⁸, a rede federal de saúde do Rio de Janeiro em seis hospitais federais: Hospital Federal do Andaraí (HFA), Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF), Hospital Federal de Ipanema (HFI), Hospital Federal da Lagoa (HFL) e Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE). Possuindo mais de 1.600 leitos e em 2018, esses seis hospitais federais realizaram, em média, 50 mil internações, 830 mil consultas e 41 mil cirurgias.

Na gestão federal no município do Rio de Janeiro, o Hospital do Andaraí, Hospital da Lagoa, Hospital Cardoso Fontes e Hospital de Ipanema haviam sido municipalizados, mas, com a intervenção federal na área da saúde no Rio, em 2005, voltaram para a administração do governo federal. O decreto 5.392/05 do então presidente da República declarou estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS do município do Rio de Janeiro.

Desde tal intervenção federal na saúde do Rio de Janeiro, o Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro (DHG) passa a ser responsável pela gestão dos seis hospitais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). O órgão integra operacional e assistencialmente os serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde, recebendo apoio logístico do Núcleo do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (NERJ/MS), que desenvolve atividades técnico-administrativas e de apoio

⁸ Fonte: Ministério da Saúde, disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45187-grupo-de-acao-nos-hospitais-federais-se-reune-no-rj>>. Acesso em jul.2019.

logístico necessárias à atuação dos órgãos do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Segundo o site do NERJ/MS, cabe a tal núcleo supervisionar, avaliar e controlar a administração de pessoal ativo e inativo, o desenvolvimento de Recursos Humanos, a modernização administrativa e a gestão de orçamento, finanças, material, patrimônio, serviços gerais e de apoio administrativo.

A Divisão de Gestão Administrativa (DIGAD) está regulamentada pela portaria ministerial n.º 1.891 de 30/08/2013 e tem como atribuição principal a execução das atividades relacionadas à gestão de pessoas no âmbito do NERJ/MS. Conforme as diretrizes da Subsecretaria de Assuntos Administrativos e do órgão central de gestão de pessoas (CGESP), em Brasília, é o setor responsável por avaliar, supervisionar e controlar a execução das atividades de administração de pessoal e promover o desenvolvimento individual e profissional do servidor do NERJ/MS, dá posse aos candidatos aprovados em concurso público e administrar a lotação dos servidores do Quadro Permanente. A inserção de profissionais de saúde nesta rede federal, inclusive assistentes sociais, tem sido feita desde 2005 pelo NERJ/MS por meio de contratação temporária de profissionais com fundamentação na Lei n.º 8.745/93 e Decreto n.º 5.392/05.⁹

Nessa conjuntura, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A (EBSERH), sendo uma forma de privatização dos Hospitais Universitários (HUs) Federais do país. Nesse mecanismo de privatização, o Governo Federal permite que seja entregue a gestão hospitalar, abrindo espaço para o avanço do capital e da lógica do lucro sobre esse segmento da saúde pública brasileira. Em 31 de dezembro de 2010, o então presidente Lula e o ministro da Educação Fernando Haddad assinaram uma Medida Provisória (MP 520), que autorizava o Poder Executivo a criar a EBSERH. A medida tinha como justificativa resolver os inúmeros problemas dos hospitais universitários, sobretudo no que se refere aos diversos vínculos de trabalhadores existentes, muitas vezes precários, contratados pelas fundações de apoio das universidades.

⁹ Núcleo do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.netj.rj.saude.gov.br/>>. Acesso em: jul. 2019.

Em dezembro de 2011, a então presidenta Dilma assinou a lei n.º 12.550/2011, que autoriza o poder executivo a criar a EBSEH, contrariando a decisão da 14ª Conferência Nacional de Saúde que se posicionou contra.

No Rio de Janeiro, o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Unirio, foi entregue à EBSEH, por meio de contrato de adesão assinado pelo reitor em dezembro de 2015. Também o Conselho Deliberativo do Hospital Universitário Antonio Pedro (Huap) da Universidade Federal Fluminense (UFF) aprovou em março de 2016 a cessão da unidade à EBSEH, em uma reunião realizada fora das dependências acadêmicas da universidade e fechada à participação de estudantes, técnico-administrativos e professores.

No mesmo ano, ocorreu concurso público para contratação de profissionais pela EBSEH no HUAP/UFF (ANDES, 2016). Cabe lembrar que a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) ainda está resistindo à implantação da EBSEH.

Na década de 1990, os Hospitais Universitários (HUs) foram incorporados ao SUS, tornando-se imperativo, para atender com qualidade às demandas das atividades de ensino, pesquisa e assistência, e ao ajuste na força de trabalho dessas instituições que, apoiadas na direção política da Reforma do Estado do Governo Federal, aderiram ao Regime Jurídico Múltiplo, estabelecendo diferentes formas de vinculação dos trabalhadores e caracterizando, assim, a flexibilização das relações de trabalho.

No âmbito do estado do Rio de Janeiro, a política de saúde também vem sofrendo todo tipo de desmonte motivado pelo Estado Privatista. Observa-se, nos últimos governos, ações no campo da saúde de sucateamento dos serviços, culminando com a transferência de unidades do Estado para a gestão de Organizações Sociais (OS) e da Fundação Estatal de Direito Privado.

Escândalos de corrupção e denúncias de precarização e privatização dos serviços por meio das OS têm marcado a breve trajetória desse novo modo de gerir a saúde no Rio de Janeiro. A denominada crise financeira declarada no estado do Rio de Janeiro, reflexo de um amplo movimento recessivo em escala nacional, expôs a fragilidade da administração das OS, gerando uma profunda

crise na saúde, que culminou na ausência de insumos básicos para atendimento da população usuária, atraso no salário dos trabalhadores, falta pagamento de fornecedores e prestadores de serviço e fechamento de algumas unidades de saúde (Andreazzi, 2013).

Alvo de auditorias do Tribunal de Contas do Estado (TCE) e do Município (TCM) do Rio de Janeiro, a gestão das OS revela que a chamada crise da saúde não é meramente orçamentária, mas de gestão não transparente e orçamento mal administrado. Há denúncias dos movimentos sociais e órgãos competentes de compra de medicamentos superfaturados e contratos com prestadores de serviços sem licitação e outra forma de controle social, tal como previsto na legislação que regulamenta a saúde (Muniz, 2016; Andreazzi, 2013).

O estudo de Pilotto e Junqueira (2017) evidenciou que a opção pelas OS não foi uma escolha técnica. As OS foram fruto de um processo global de mudanças no capitalismo e de aplicação do receituário neoliberal (Bravo & Correia, 2012; Bravo, 2011).

Segundo essas autoras, foram parte de um processo de ajuste no papel do Estado, fruto da hegemonia liberal, que conseguiu convencer grandes parcelas da população e dos governos de que a crise fiscal era também uma crise do Estado e que este precisava ser diminuído, a partir de “reformas gerenciais”. Ademais, mesmo dentro do paradigma gerencialista e liberal, o modelo de OS é defendido de modo tímido, visto que muitos pontos negativos estão a ele associados.

Também em decorrência das denúncias de corrupção por parte das OS, outros modos de terceirização da gestão em saúde passaram a ser implementados, como as fundações estatais de direito privado e as empresas públicas, como a EBSEH. Ainda que de modo mais controlado pelo Estado, esses dois modelos trazem aspectos muito semelhantes à gestão por OS: gerencialismo, flexibilidade na forma de contratação dos trabalhadores, esvaziamento do controle social e maiores possibilidades de contratação de serviços privados (Junqueira, 2000).

A gestão do governo do Rio de Janeiro, iniciada em 2007 com a eleição do Governador Sérgio Cabral, foi marcada pela busca com uma maior articulação com o Governo Federal e os municípios, em especial com o município do Rio, ao

qual devolveu a sua gestão plena.

A primeira grande mudança no campo da saúde se deu com a fusão da Secretaria de Saúde com a Subsecretaria de Defesa Civil do Estado, formando a Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil (SESDEC). Com esta formação, a saúde passa a utilizar o arcabouço técnico-operacional do Corpo de Bombeiro Militar (CBMERJ) – em especial o quadro da saúde – para a implementação de importantes projetos e ações do Governo Federal, como as Unidades de Pronto-Atendimentos (UPAS 24h) e o monitoramento e combate da Dengue.

A Secretaria de Saúde se desmembra da Defesa Civil em 2012, voltando a ser exclusivamente a Secretaria Estadual de Saúde (SES). Contudo, alguns profissionais de saúde dos bombeiros continuam a exercer suas funções em unidades da SES, como o HEMORIO e alguns hospitais estaduais (Assis, 2013).

No campo da gestão, cabe destacar a diretriz de incentivar a criação de uma fundação estatal de direito privado para gerenciar as unidades estaduais. Por meio da aprovação da lei n.º 5164 de 17/12/2007, o Estado estipula a criação das Fundações Estatais Públicas, cuja personalidade jurídica é de direito privado, criado para gerenciar todos os serviços de saúde do Rio de Janeiro, conforme a sua natureza, considerado como a principal estratégia de privatização dos serviços públicos estatais. A instituição destas fundações se dá pelo Decreto n.º 43.241 de 2011, e sua unificação em uma única Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro se deu por meio da Lei n.º 6304 de 28 de agosto de 2012.

A partir de 2012, também ocorreu a inserção das OS na gestão das unidades de terapia intensiva e unidades próprias, como as UPAS e em Hospitais particulares e filantrópicos que, a partir deste tipo de gestão, passou prestar serviços para o Estado. As OS e Fundação Saúde são hoje as principais estratégias adotadas pelo Governo do Estado para gerenciamento e ampliação dos serviços de saúde.

As normativas que orientam a função da Fundação Saúde indicavam que o seu objetivo é gerenciar integralmente as unidades hospitalares e institutos de saúde do estado do Rio de Janeiro. Contudo, com a entrada das OS na gestão dos serviços de saúde, o Governo do Estado vem redefinindo as ações da Fundação

Saúde. No momento, sua atuação se limita ao gerenciamento das grandes emergências estaduais, à compra de insumos médico-hospitalares e à gerência de recursos humanos de outros serviços.

Já as OS, a partir do ano de 2012, tiveram a sua inserção no âmbito da saúde estadual especialmente nos setores hospitalares dos Centros de Terapia Intensiva, Unidades de Terapia Intensiva e execução de serviços de alta complexidade (Assis, 2013).

A assinatura entre o Estado e as OS se dá por meio da elaboração de dois documentos distintos: o Termo de Referência – que descreve todos os serviços contratados e o detalhamento das ações e atividades a serem executadas – e o Contrato de Gestão – que determina os recursos disponíveis, a forma de remuneração e a dotação orçamentária. Como sua contratação se dá por meio de Contratos de Gestão, as OS ficam sob fiscalização de uma Comissão de avaliação montada pela SES, que baseia seu controle basicamente na análise da eficiência da execução do trabalho.

No caso destas duas unidades, cabe destacar a incoerência da contratação das OS, já que ambas não eram unidades do Estado. Enquanto o Hospital São Francisco de Assis pertence a uma unidade filantrópica da Igreja Católica, o Hospital da Criança era o antigo Hospital Rio de Janeiro da Rede D'Or. Nos dois casos, os antigos responsáveis se transformaram sua natureza jurídica para OS a fim de executar os serviços para o Estado.

Como se pode observar, o governo de Sérgio Cabral Filho e de Luiz Fernando Pezão (Cabral/Pezão) apresentou importantes transformações no campo da saúde, aprofundando o projeto privatista com a adoção de novos modelos de gestão da saúde que tem continuidade atualmente.

Atualmente, a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro gerencia as seguintes unidades de saúde:

Quadro 1 – Unidades geridas pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro

| Unidades Geridas pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro |
|--|
| Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ); |
| Hospital Estadual Anchieta (HEAN); |
| Hospital Estadual Carlos Chagas (HECC); |
| Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO); |
| Hospital Estadual Santa Maria (HESM); |
| Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC); |
| Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE); |
| Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IETAP); |
| Central Estadual de Transplantes (CET); |
| Laboratório Central Noel Nutels (LACEN); e |
| Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária (IEDS). |

Fonte: Elaboração própria¹⁰, 2021.

No ano de 2021, na consulta feita no sítio eletrônico da Fundação Saúde em 23 de novembro de 2021, constam as mesmas unidades geridas pela fundação estatal do Rio de Janeiro.

A seguir, há as Unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro geridas por OS:

¹⁰A partir de dados da Fundação Saúde. Disponível em: <<http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/unidades-hospitalares/>>. Acesso em: 23 set. 2022.

Quadro 2 – Unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro geridas por organizações sociais

| Unidade | Organização Social Responsável |
|---|--|
| Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) | OS Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) |
| Hospital Estadual Albert Schweitzer (HEAS) | OS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) |
| Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL) | OS Instituto Sócrates Guanaes (ISG) |
| Hospital Estadual Carlos Chagas (HECC) | OS Instituto dos Lagos Rio (ILR) |
| Hospital Estadual Alberto Torres com Centro de Trauma (HEAT) | OS Instituto dos Lagos (ILR) |
| Hospital Estadual Prefeito João Batista Cáffaro (HEPJBC) | OS Instituto dos Lagos (ILR) |
| UPA São Gonçalo | OS Instituto dos Lagos (ILR) |
| Complexo Estadual do Cérebro: Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer e Hospital Estadual Anchieta | OS Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – PRÓ-SAÚDE |
| Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth, Saquarema | OS Cruz Vermelha Brasileira (CVB) |
| Hospital Estadual Roberto Chabo (HERC), Araruama | OS Cruz Vermelha Brasileira (CVB) |
| Hospital Estadual da Criança (HEC) | OS Instituto D'Or de Gestão de Saúde Pública – ID'Or |
| Hospital Estadual Getúlio Vargas (HEGV) | OS Instituto de Desenvolvimento Sustentável de Ações Práticas e Procedimentos na Área de Saúde - Instituto Solidário |
| Complexo Regional da Mãe de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher | OS Instituto Gnosis – Gnosis |
| Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans | OS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) |
| HMulher - Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart | OS Instituto Gnosis |
| Hospital Estadual Prefeito João Baptista Cáffaro (HEJBC) | OS Instituto dos Lagos Rio (ILR) |
| Hospital Estadual Rocha Faria – (HERF) | OS Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM) |
| Hospital São Francisco de Assis na Providência de Deus (HSF) | OS Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus (ALFAPD) |

Fonte: Elaboração própria¹¹, 2020.

¹¹A partir de dados da plataforma Saúde. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/>>.

Quadro 3 – Unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro geridas por organizações sociais (2021)

| Unidade | Organização Social | Contrato de Gestão |
|---|--|---------------------------|
| Hospital Estadual Edão Pereira Nunes | Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde (IDEAS) | 005/2021 |
| Complexo Estadual de Saúde da Penha (he getúlio vargas e upa penha) | Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional (IPCEP) | 004/2021 |
| Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer (IEC) | Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi | 004/2019 |
| Hospital Estadual da Criança (HEC) | Instituto D'or | 021/2017 |
| Hospital da Mulher Heloneida Studart (HMHS) | Instituto Gnosis | 006/2018 |
| Hospital Estadual Ricardo Cruz (HERC) | Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde (IDEAS) | 003/2021 |
| Complexo Estadual de Saúde (Hospital Estadual Alberto Torres + Hospital Estadual Prefeito João Batista Cáffaro + Upa São Gonçalo I) | Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde (IDEAS) | 009/2021 |
| Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora De Nazareth | Instituto Marie Pierre de Saúde (IMAPS) | 008/2021 |
| Hospital Estadual Roberto Chabo (HERC) | Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde (IDEAS) | 007/2021 |
| Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL) | Instituto Sócrates Guanaes (ISG) | 001/2019 |
| Hospital Regional Médio Paraíba Dra. Zilda Arns Neumann (HERZA) | Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde (IDEAS) | 006/2021 |
| Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (HTODL) | Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi | 016/2020 |
| Hospital Estadual Vereador Melchíades Calazans | Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi | 017/2020 |
| UPA Campo Grande I | Associação Filantrópica Nova Esperança (AFNE) | 005/2019 |
| UPA Campo grande II | Associação Filantrópica Nova Esperança (AFNE) | 006/2019 |
| UPA Santa Cruz | Associação Filantrópica Nova Esperança (AFNE) | 007/2019 |
| UPA Magé | Instituto Diva Alves do Brasil – (IDAB) | 009/2020 |
| UPA Botafogo | Viva Rio | 004/2020 |
| UPA Copacabana | Viva Rio | 005/2020 |
| UPA Jacarepaguá | Viva Rio | 006/2020 |
| UPA Tijuca | Viva Rio | 001/2020 |
| UPA Campos | Instituto dos Lagos Rio | 023/2018 |
| UPA São Pedro da Aldeia | Caminhos de Damasco | 019/2020 |
| UPA São Gonçalo II | Associação Filantrópica Nova Esperança (AFNE) | 002/2020 |
| UPA Itaboraí | Associação Filantrópica Nova | 008/2019 |

| | | |
|---|---|----------|
| | Esperança (AFNE) | |
| UPA Niterói | Associação Filantrópica Nova Esperança (AFNE) | 003/2020 |
| UPA Maré | Viva Rio | 010/2019 |
| UPA Ilha do Governador | Viva Rio | 011/2019 |
| UPA Engenho Novo | Viva Rio | 018/2019 |
| UPA Irajá | Viva Rio | 012/2019 |
| UPA SEAP (Pronto Socorro Geral dr. Hamilton Agostinho Vieira de Castro) | Associação Filantrópica Nova Esperança (AFNE) | 003/2019 |
| UPA Queimados | Instituto Diva Alves do Brasil (IDAB) | 012/2020 |

Fonte: Elaboração própria¹², 2021.

No município do Rio de Janeiro, a Lei das Organizações Sociais foi promulgada nos primeiros meses do governo de Eduardo Paes/PMDB. A Lei n.º 5.026 entrou em vigência em 19 de maio de 2009, e o Decreto n.º 30.780, que regulamenta a Lei, tem a data de 2 de junho de 2009. A justificativa dada pelo governo municipal para brevidade da regulamentação da Lei é a realização dos megaeventos esportivos – realizados no Brasil entre 2014 e 2016. Desse modo, a adoção do modelo se dá:

Por duas razões: primeira, por uma questão técnico-jurídica: a lei federal tem conteúdo nacional apenas no que tange à disciplina dos contratos de gestão, permitindo assim que as especificidades regionais ou municipais possam ser definidas no âmbito de competência de Estados e Municípios, como no caso do Município do Rio de Janeiro, por exemplo, em que o legado de equipamentos esportivos dos Jogos Pan-Americanos e o que virá, das Olimpíadas, recomendava a inclusão da área de esportes no rol daquelas passíveis de serem objeto de contratos de gestão; segunda, porque a lei prevê dispositivos próprios – como o que proíbe o “nepotismo” entre os parceiros público e privado – que não constam da lei federal (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2011, p. 44).

Sobre os motivos que levariam o governo municipal a contratar o serviço de terceiros, o discurso sobre a eficiência das Organizações Sociais volta à tela. Mesmo que o documento analisado afirme que o Estado é composto “por servidores de alta capacidade técnica, aferível, via de regra, pelo método impessoal e democrático do concurso público” (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2011, p. 49), a terceirização do serviço prestado, por via de OS, se dá

¹²A partir de dados fornecidos pelo serviço eletrônico de informação ao cidadão do governo do Estado do Rio de Janeiro, por meio de solicitação da pesquisadora. Disponível em: <<http://www.esicrj.rj.gov.br/>>.

[p]orque a Administração Pública deve se pautar pelo princípio da eficiência: nos serviços públicos não exclusivos, em que a população se sente desatendida pelo Poder Público, é necessário buscar novas formas de atendimento às necessidades sociais. Deve ser observado, todavia, o princípio da subsidiariedade, no sentido de somente se adotarem as parcerias com organizações sociais nas atividades para as quais a atuação solitária do Estado não se mostrar suficiente (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2011, p. 48).

Em julho 2019, havia uma publicação encontrada no sítio eletrônico do governo municipal, atualizada em maio de 2018. Havia 22 entidades qualificadas na área da saúde, 17 na área dos esportes, 7 na secretaria municipal de cultura, 5 na área de desenvolvimento, emprego e inovação, 1 na área de meio ambiente e 1 na área de educação. As 53 entidades qualificadas para atuação no ente municipal do Rio de Janeiro mostram a materialização de um projeto que busca retirar do ente estatal as políticas públicas, os direitos sociais e o fundo público e direcioná-los aos entes privados, ainda que supostamente atuem como sem fins lucrativos.

O modelo das Organizações Sociais foi adotado sob o discurso de flexibilidade, agilidade, eficiência administrativa e prestação de um serviço de qualidade ao usuário. Com uma breve busca na literatura e em endereços eletrônicos de jornais, vemos que esse discurso não condiz com a realidade. Não é difícil encontrar no acervo eletrônico de jornais problemas relacionados à má gestão dos recursos pelas OS. No caso do município do Rio de Janeiro, no ano de 2015, das 10 OS que atuam na área de saúde, 8 são investigadas por má gestão, sob a fiscalização feita pelo Tribunal de Justiça, com o apoio do Tribunal de Contas do Município (Werneck & Bottari, 2016).

Bravo et al. (2006) mapearam as Organizações Sociais que atuavam, então, na área da saúde, assim como os contratos de gestão, termos aditivos e os impactos que elas possuem nas finanças do município do Rio de Janeiro. Nessa publicação, Andreazzi, Bravo e Pacheco (2015) mostram que existem OS que atuam no município, mas têm sede em outros estados. Essas entidades, supostamente sem fins lucrativos, atuam como grandes empresas em busca de contratos de parceria em diferentes localidades. Em alguns casos, há investigações de instituições de controle externo (Ministério Público, Tribunal de Contas) sobre irregularidades cometidas por essas entidades em outros estados.

Lima e Bravo (2015) mostram aumentos expressivos nos contratos de

gestão por meio dos termos aditivos. Contratos que se iniciaram com valores de \$24 milhões possuem termos aditivos de quase \$55 milhões em um único instrumento jurídico. Com a lei das OS promulgadas em 2009 (na época havia 7 entidades qualificadas¹³), chegamos em 2019 com 22 entidades qualificadas no campo da saúde no município do Rio de Janeiro.

Abaixo segue a listagem com os nomes de tais entidades:

Quadro 4 – Organizações Sociais no campo do Saúde

| Organizações Sociais Qualificadas no Campo do Saúde no Âmbito Municipal do Rio de Janeiro |
|--|
| Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) |
| Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) |
| Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, Programa de Atenção Básica e Saúde da Família (SPDM) |
| Pró-saúde - Associação Beneficente Assistência Social |
| Viva Rio |
| Associação Espaço Produzir |
| Instituto de Psicologia Clínica, Educacional e Profissional (IPCEP) |
| Instituto Brasileiro de Assistência e Pesquisa (IBAP) |
| Centro de Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC) |
| Sociedade Espanhola de Beneficência - Hospital Espanhol |
| Instituto Nacional de Benefícios e Assistência às Cooperativas e Associações - Instituto Advance |
| Casa da Árvore |
| Centro de Estudos e Pesquisas 28 (CEP 28) |
| Centro Educacional Nosso Mundo (CENOM) |
| Sociedade Beneficente Caminho de Damasco (SBCD) |
| Instituto de Desenvolvimento Institucional Ação Social (IDEIAS) |
| Hospital Maternidade Therezinha de Jesus |
| Cruz Vermelha Brasileira |
| Associação Beneficente Israelita do Rio de Janeiro |
| Instituto Lagos-Rio |
| Instituto Gnosis |
| Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM) |

Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2021¹⁴.

¹³A saber: Associação Marca para Promoção de Serviços (A. Marca); Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM); Centro Integrado e Apoio Profissional (CIAP); Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC); Instituto de Atenção Básica e Avançada a Saúde (IABAS); Viva Comunidade.

¹⁴Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/cvl>>.

Quadro 5 – Gestão de unidades municipais no campo do Saúde (2021)

| Unidade de Saúde | Organização Social |
|------------------------|--------------------|
| HM Lourenço Jorge | SMS |
| HM Souza Aguiar | SMS |
| HM Evandro freire | Cejam |
| HM Miguel Couto | SMS |
| HM Albet Schweitzer | Viva Rio |
| HM Rocha faria | Rio Saúde |
| HM Pedro II | SPDM |
| HM Salgado Filho | SMS |
| CER Barra | Rio Saúde |
| CER Centro | SPDM |
| CER Ilha do Governador | Cejam |
| CER Leblon | Rio Saúde |
| CER Realengo | Viva Rio |
| CER Campo Grande | Rio Saúde |
| CER Santa Cruz | SPDM |
| UPA Complexo do Alemão | Viva Rio |
| UPA Cidade de Deus | Rio Saúde |
| UPA Costa Barros | Rio Saúde |
| UPA Engenho de Dentro | Rio Saúde |
| UPA João XXIII | Rio Saúde |
| UPA Madureira | Rio Saúde |
| UPA Magalhães Bastos | Rio Saúde |
| UPA Manguinhos | Viva Rio |
| UPA Paciência | Rio Saúde |
| UPA Rocha Miranda | Rio Saúde |
| UPA Rocinha | Gnosis |
| UPA Senador Camará | Rio Saúde |
| UPA Sepetiba | Rio Saúde |
| UPA Vila Kennedy | Rio Saúde |

Fonte: Elaboração própria¹⁵, 2021.

Dificuldades se interpuseram na investigação exploratória sobre as unidades geridas pelas OS nas unidades municipais, e tais dados não estavam disponíveis a qualquer cidadão nas páginas eletrônicas da prefeitura municipal, evidenciando os limites da transparência no que se refere às organizações sociais. Fizemos contato

¹⁵ A partir de dados fornecidos pela Coordenadoria Técnica de Transparência do município do Rio de Janeiro por meio da solicitação da pesquisadora e enviado pelo endereço eletrônico.

com todas as OS autorizadas a atuar na área da saúde no Município do RJ, por meio de endereço eletrônico, para saber quais unidades de saúde cada uma gerencia, porém somente uma nos respondeu. Ainda, solicitamos acesso à informação diretamente à prefeitura do Rio de Janeiro e ainda aguardamos o retorno em 2019 e em 2020. Somente nos foi fornecida a informação completa no ano de 2021 (com nova solicitação feita pela pesquisadora em novembro de 2021).

O atual quadro das políticas sociais aprofunda a precarização do padrão de proteção social e a “passivização” dos trabalhadores. Sabe-se da funcionalidade que os processos de precarização e contratação possuem como fonte de “barateamento” do valor trabalho e como sua utilização tem sido cada vez mais recorrente em diversos setores do mundo do trabalho, inclusive nos recursos humanos da saúde.

Santos (2012) defende que, no caso brasileiro, entre as particularidades da “questão social”, está de um lado uma superexploração do trabalho, de outro, uma passivização das lutas sociais que historicamente foram mantidas sob controle do Estado e das classes dominantes.

Segundo essa autora, “flexibilização/precariedade” do trabalho no Brasil fazem parte da nossa característica de exploração do trabalho com a manutenção de um fluxo permanente de demissões e contratações, ou seja, de uma política de substituição dos trabalhadores, que, assim, não conseguem, na sua maioria, ultrapassar os anos iniciais da carreira, além de reduzidos custos do passivo trabalhista, reduzem os custos de seleção.

Os dados de Nogueira (2004) e Ministério da Saúde (2006) apontavam que, nesta época, já algumas instituições públicas possuíam um quadro de profissionais com diferentes vínculos empregatícios e, conseqüentemente, distintas remunerações entre os profissionais que possuem a mesma formação e função. Nesse sentido, soma-se a estas características, como típicas do trabalho precário, a diferenciação de jornada de trabalho a que estão obrigados e submetidos a esta condição, podendo-se inferir, a partir daí, que a permanência no emprego está na dependência da subordinação do trabalhador às condições locais de trabalho.

A condição do trabalhador submetido ao contrato temporário implica em sobrecarga da jornada de trabalho, e a própria vinculação indireta com a instituição onde trabalha aumenta o constrangimento a que este conjunto de trabalhadores se encontra submetido. Considerando particularmente os aspectos relativos à diferenciação da forma de contratação e direitos no mesmo ambiente de trabalho de um mesmo grupo profissional, evidencia-se uma política discriminatória e excludente, que se efetiva na contramão a luta histórica dos trabalhadores e, em específico, a categoria de Serviço Social.

Apesar de a pandemia de Covid-19 não ser o objetivo central do nosso trabalho, é impossível ignorá-la nesse contexto, pois as relações de trabalho estão diretamente vinculadas às formas de enfrentamento à pandemia global do coronavírus – *Coronavirus Disease* (COVID-19). Além da ameaça à saúde pública, a pandemia acarreta impactos econômicos e sociais que afetam os meios de subsistência de milhões de pessoas no longo prazo.

A pandemia de Covid-19 chega ao Brasil no momento em que o país vivencia com vigor a criminalização da pobreza e negação da ciência pela extrema-direita, além de uma profunda política de austeridade fiscal com efeitos sob a classe trabalhadora. Assim, chega no momento em que o sistema público de saúde se encontra amplamente sucateado, precarizado e sem investimentos.

Os trabalhadores do SUS já convivem com a precarização do trabalho e da política de área da saúde que podem ser constatados pela terceirização da força de trabalho, o congelamento dos recursos federais e a escolha por contratar em vez de lançar concursos públicos, o que resulta em fatores que contribuíram para o agravamento da crise sanitária. O Ministério da Saúde divulgou, no dia 12 de junho 2020, que ao menos 83.118 profissionais da área já foram diagnosticados com a Covid-19 e 169 mortes computadas, porém esse número deve ser maior, pois se têm resultados desconhecidos, além dos profissionais não testados. Além disso, a estatística inclui dados apenas de 1º de março a 1º junho¹⁶.

¹⁶ Número de casos do coronavírus em profissionais mais do que dobra em um mês. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/numero-de-casos-do-coronavirus-em-profissionais-de-saude-mais-do-que-dobra-em-um-mes.shtml>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

Remetendo-se sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do(a) assistente social, observa-se que, no município do Rio de Janeiro, onde já possui muitos vínculos não estáveis no SUS, houve admissão de contratados durante a pandemia de Covid-19. Tais contratações, pelo caráter emergencial, são temporárias e possibilitaram o aumento de assistentes sociais nas unidades existentes e para os hospitais de campanha abertos neste período.

Neste contexto da Covid-19, com demandas profissionais desafiadoras, o CFESS publicou uma nota em março de 2020, referente às “orientações sobre o exercício profissional diante da pandemia do coronavírus”¹⁷ e o “CFESS manifesta”¹⁸ que fala sobre os impactos da pandemia no trabalho do(a) assistente social e esclarece que a nossa atuação deve seguir rigorosamente as indicações e os protocolos dos órgãos sanitários de saúde pública, além de observar as orientações no âmbito dos órgãos empregadores e a defesa de condições dignas de trabalho.

Instrui, ainda, que a forma de atendimento mais adequada, nesse contexto, deve ser priorizada e realizada pelo(a) próprio(a) profissional, levando em consideração sua “relativa autonomia”, baseada na coletividade e no diálogo com seu empregador, seguindo as orientações sanitárias e de classe profissional, na tentativa de responder às demandas solicitadas com a segurança necessária para a proteção do(a) trabalhador(a) e dos usuários.

Porém, indagamos os desafios para estes profissionais em negociar, com o empregador e as demais profissionais de saúde, o estabelecimento de um trabalho pautado nas suas competências e atribuições profissionais em meio às velhas requisições institucionais (com o conhecido apelo ao voluntarismo) que serão ressignificadas em tempos de pandemia. Esses desafios são profundamente agravados diante da pandemia de Covid-19, em que os fluxos institucionais são criados e reordenados segundo o avanço da doença.

¹⁷ CFESS divulga nota sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

¹⁸ CFESS Manifesta: os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

Também a fragilidade das formas de contratação impacta a capacidade de os profissionais reivindicarem ambientes mais saudáveis e Equipamentos de Proteção Individual, pois muito tem se discutido que as ações de combate à pandemia e contratação de profissionais não foram acompanhadas da aquisição da infraestrutura adequada e segura para a acomodação das equipes profissionais, atendimentos e desenvolvimento dos trabalhos, além de fluxos sanitários que garantem proteção de contágio aos profissionais e usuários.

É nesse cenário complexo e amplamente desafiador que se recoloca o debate das funções do Estado na proteção à saúde coletiva, no enfrentamento da pandemia de Covid-19 e, sobretudo, na dinâmica das lutas de classes contemporâneas. Tais questões reacendem o debate de que a expropriação dos trabalhadores aos direitos sociais (acesso à saúde, previdência, assistência social pública) é a própria retirada da possibilidade de preservação da existência e da vida forçando as massas de trabalhadores a se exporem, sem segurança, no mercado de trabalho (em tempos de pandemia fica claro que é exposição à morte) pela simples necessidade de reprodução do capital em detrimento da conservação da vida.

2.4.

Assistentes sociais no SUS: terceirização, intensificação e precarização e instabilidade no vínculo de trabalho

Como mencionado anteriormente nesta tese, com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, foram criadas as Organizações Sociais (OS) (Lei nº 9.637/1998), qualificação concedida a entidades já existentes, de direito privado e sem fins lucrativos, que realizariam parceria com o Estado intermediadas por um contrato de gestão.

As OS são pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, que não são criadas por lei, nem integram a Administração Pública indireta. Tal título é concedido pelo Poder Público, mediante o atendimento de requisitos previstos no artigo 2º da Lei n.º 9.637/1998, para que, em parceria com a Administração

Pública, preste serviços de interesse público, como saúde, educação, cultura, entre outros.

A terceirização do serviço público no Brasil, além de ser um dos mecanismos mais importantes e eficientes de desmonte do conteúdo social do Estado e de sua privatização, é uma das principais vias que o Estado neoliberal encontrou para pôr fim a um segmento dos trabalhadores – os servidores públicos –, que desempenham papel crucial para garantir o direito e o acesso aos serviços públicos necessários à sociedade, e, sobretudo à classe trabalhadora, impossibilitada de recorrer a esses serviços no mercado.

A terceirização é conceituada como a transferência de parte do processo produtivo de uma organização (contratante) para outra contratada ou “terceirizada” (Filgueiras, 2015). A terceirização pode se manifestar quando há uma intermediadora responsável por gerenciar contratos entre a “empresa-mãe” e a empresa terceirizada, e/ou quando a empresa terceirizada contratada pela “empresa-mãe” repassa as atividades a serem realizadas para outras empresas, cooperativas de trabalho (trabalhadores autônomos) ou prestadores de serviços individuais (Pessoas Jurídicas – PJ). Portanto, a terceirização e seus desdobramentos, ao permitirem condições de trabalho e de proteção social inferiores, vinculam-se à precarização do trabalho (Antunes & Druck, 2015).

A proliferação da terceirização em serviços públicos essenciais, como é o caso da saúde, resulta na diminuição do número de funcionários e em sua desqualificação e desvalorização.

Quadro 6 – Emprego Público por tipo de vínculo 2015 e 2020

| Ano | Esfera | Empre- gado com carteira | Porcen- tagem (%) | Emprega- do sem Carteira | Porcen- tagem (%) | Estatutário e militar | Porcen- tagem (%) | Total |
|--------------|-----------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|------------|
| 2015 | Federal | 248.403 | 11,6 | 196.451 | 9,2 | 1.692.789 | 79,2 | 2.137.642 |
| 2015 | Estadual | 384.622 | 8,5 | 498.692 | 11,0 | 3.647.309 | 80,5 | 4.530.623 |
| 2015 | Municipal | 698.691 | 8,7 | 1.421.454 | 17,6 | 5.946.207 | 73,7 | 8.066.353 |
| Total | | 1.331.716 | | 2.116.597 | | 11.286.304 | | 14.734.617 |
| 2020 | Federal | 265.251 | 12,9 | 142.889 | 6,9 | 1.648.064 | 80,2 | 2.056.204 |
| 2020 | Estadual | 324.546 | 7,5 | 535.619 | 12,3 | 3.491.037 | 80,2 | 4.351.202 |
| 2020 | Municipal | 613.989 | 7,0 | 1.663.627 | 18,9 | 6.512.747 | 74,1 | 8.790.362 |
| Total | | 1.203.786 | 7,9 | 2.342.135 | 15,4 | 11.651.847 | 76,7 | 15.197.768 |

Fonte: PNAD Contínua IBGE, 2022.

* Não foram encontrados dados separados de servidores civis estatutários e dos militares.

Essas informações indicam a tendência de crescimento dos empregados com contratos precários e não estatutários no país. Embora não se possa afirmar que todos esses trabalhadores sejam terceirizados, pois é possível a contratação direta pelo poder público em algumas situações, pode-se inferir que, em sua maioria, são contratos intermediados por uma terceira, como mostram inúmeros estudos de casos.

A realidade atual é de um quadro em que parte dos serviços públicos é realizada não mais pelo servidor público, profissional concursado, mas pelos mais diferentes tipos de trabalhadores, em geral empregados de forma precária, com contratos por tempo determinado, por projetos, sem carteira assinada e, até mesmo, com “contratos” informais sem qualquer vínculo de emprego.

Por mais que sejam modalidades diferentes, o que as unifica é que todas substituem o trabalho do servidor público estatutário, reduzindo-o não só numericamente, o que já é grave, dadas as necessidades da maior parte da sociedade brasileira, como redefinindo o seu lugar e a sua importância, desqualificando-o com o objetivo de mostrar que ele não é mais necessário, que pode ser descartado, superado e substituído.

A principal forma de terceirização utilizada foram as OS, especialmente na área de saúde. De acordo com o Perfil dos Municípios Brasileiros (IBGE, 2018), na área de saúde, em que o uso das OS foi maior, houve um crescimento do número de estabelecimentos de saúde geridos por OS de 76% entre os anos 2004

e 2018. Dos estabelecimentos sob responsabilidade dos municípios, 13,2% eram administrados por terceiros em 2018 (eram 10,6% em 2014) e, destes, 58,3% eram OS, 15% empresas privadas, 11% consórcios públicos e 9,4% fundações. Nos municípios com menos de 5.000 habitantes, 65% dos estabelecimentos terceirizados eram administrados por consórcios públicos e, naqueles acima de 500.000 habitantes, 83,3% eram geridos por organizações sociais.

Na distribuição por regiões, a administração de estabelecimentos de saúde por meio de terceiros é maior na região Sudeste, 72,4%. Nessa região, as OS eram responsáveis por 72,8% dos estabelecimentos administrados por terceiros; as empresas privadas, por 9,9% e os consórcios públicos, por 8,1%.

Os entes privados, além de receberem elevados recursos públicos para gerir unidades de saúde em pleno funcionamento, já com toda a clientela, vêm servindo tão somente para intermediar contratos de trabalhadores precarizados, como uma burla à impossibilidade de terceirização da atividade-fim e a outras regras de direito público, como o concurso público. Em especial por permitir que organizações sociais sejam criadas com esta finalidade específica, pois, em muitos casos, assumem o serviço público sem possuir nenhuma experiência na área. Segundo Druck (2016), é a terceirização da terceirização praticada pelo Poder Público.

A terceirização do serviço público que vem ocorrendo sob as mais diversas denominações, ampliada pelo processo da “publicização”¹⁹, “é o meio principal para atacar o coração de um Estado social e democrático: os trabalhadores que constituem o funcionalismo público (Druck, 2016, p. 39).

Para além de ser um fenômeno isolado no âmbito do município Rio de Janeiro, trata-se de um processo que se coaduna com a realidade brasileira, uma vez que a contrarreforma administrativa permitiu a expansão da privatização da

¹⁹ Nas teorizações de Luiz Carlos Bresser Pereira, ministro do governo de Fernando Henrique Cardoso. Trazendo para o Brasil a noção de Gerencialismo, Bresser propôs uma mudança radical no modelo interventivo do Estado. Um dos projetos principais para a concretização deste ideário foi o chamado Programa de Publicização, mediante o qual se propunha o repasse de atividades do Estado assim consideradas “não-exclusivas” para entidades privadas, atuando sem finalidade lucrativa, que as prestariam fazendo as vezes do Estado e por ele fomentadas, de modo mais eficaz e controlado (Mare, 1995).

saúde em todo o Brasil a partir das leis que regulamentaram as OS, e mais recentemente, a partir da lei da OSC. Assim, amplia as hipóteses de “parcerias” que visam à transferência dos serviços públicos para os particulares sob o argumento de que, por estas entidades não possuírem fins lucrativos, bem como em função da sua finalidade pública, são pessoas de direitos públicos não estatais, o que acabaria por romper com toda a limitação imposta pelo ordenamento jurídico brasileiro de direito público.

Para Druck (2016, p. 20-21), o Estado vem renunciando à sua responsabilidade social nos serviços públicos de saúde; além disso, celebra relações público-privadas duvidosas mediante vultosas transferências de recursos públicos para estes entes, muitas vezes sem planejamento ou controle, selecionadas com “indicações de pessoalidade, favorecimento e cumplicidade. A redução de servidores estatutários é outro indício da crescente terceirização. Entre 1999 e 2014, houve uma redução de 65% para 61,4% de servidores estatutários no município, aumentando, em contrapartida, de 13,4% para 18,7% os trabalhadores sem vínculo. Já nos Estados, os números se repetem, com um decréscimo de 5,9% de estatutários, em contraposição ao crescimento de 36,2% de trabalhadores sem vínculo (IBGE, 2014).

Em se tratando especificamente de saúde, o quadro do pessoal na saúde dos municípios é distribuído com 58,5% de estatutários, 11,4% de celetistas, 5% de comissionados e 22% de trabalhadores sem vínculo (IBGE,2014). Para Druck (2016, p. 22), estes números representam a evolução da terceirização, “na qual as OSs têm predominância”, visto que esta forma de contratação é feita, em sua maioria, pelos Estados e Municípios.

O Tribunal de Contas da União (TCU), órgão responsável constitucionalmente pelo controle das despesas dos entes federativos quando houver recursos federais, também percebe que a terceirização das ações e dos serviços de saúde é uma medida adotada por um número cada vez maior de entes federativos, ao passo que o Poder está deixando de gerenciar hospitais, unidades básicas de saúde, equipes de saúde de família e outros serviços (Brasil, 2012, p. 65).

A instabilidade funcional dos trabalhadores das OS e a redução das conquistas trabalhistas do funcionalismo público nesta conjuntura resultaram em um amplo processo de cooptação, disciplinamento e passivação da classe trabalhadora. Prevalece, portanto, a ameaça do desemprego, o assédio moral velado ou não, e o medo de punição e descontos, no interior de uma ordem em que predomina o consenso sem luta e sem disputa.

Infelizmente, o contexto de superexploração da classe trabalhadora, assim como a fragilização das relações profissionais estabelecidas sob a gestão das OS, pode estar cerceando a participação dos trabalhadores que experimentam e vivenciam diretamente todas as contradições impostas pelas múltiplas estruturas e pelos modelos de administração dos recursos e serviços públicos na saúde.

O modelo de contratação profissional predominante neste contexto e, conseqüentemente, a extinção de concursos públicos na área da saúde no Estado, colaboram para a disseminação da extrema fragilização e precarização dos trabalhadores da saúde, que se colocam à margem das grandes lutas postas para a saúde na atualidade.

Os defensores do modelo político-administrativo das OS argumentam que estas trariam mais agilidade na contratação e na demissão de funcionários. Mediante a “autonomia de gestão” concedida ao diretor do hospital, este seria capaz de suprir as necessidades cotidianas relativas ao setor de “recursos humanos”. Como aponta Cintra (2005), diferentemente dos hospitais públicos sob administração direta, que estariam engessados por um sem número de leis e procedimentos legais obrigatórios, a administração das OS garantiria maior destreza nas contratações do corpo de trabalhadores.

Tal forma de gestão está sendo amplamente utilizada nos serviços públicos de saúde no Rio de Janeiro. Compreendemos que esta proposta de terceirização da saúde, materializada com o repasse da gestão dos serviços para as OS, interfere diretamente na constituição do trabalho coletivo na saúde, não de maneira isolada, mas dentro de uma perspectiva ampla e articulada, que altera e subjuga o conjunto de trabalhadores da saúde.

A intensificação do processo de terceirização no Rio de Janeiro, com a proliferação das OS na saúde, representou uma gestão de recursos humanos centralizada e absolutamente normativa, com a consolidação de métodos japoneses de controle de qualidade total, que exigiu a formação de trabalhadores versáteis para a execução de inúmeras tarefas distintas. A crescente redução dos postos de trabalho, justificada pela necessidade de redução dos custos e investimentos, em meio à forjada crise da saúde no Rio de Janeiro e conseqüentemente, ao desemprego de significativas parcelas de trabalhadores e categorias profissionais, também foi uma característica deste modelo de gestão.

No SUS no Rio de Janeiro, observa-se uma monumental redução do emprego, proliferação de contratos precários, e os que se mantêm empregados presenciam a corrosão dos seus salários. Seria o que Antunes (2018) denomina no livro o privilégio da servidão, em que os jovens de hoje, qualificados ou não, se tiverem sorte, terão o privilégio de serem servos. Caso contrário, estarão no desemprego, que será muito maior no futuro.

Outro destaque trata-se de que, mesmo quando a OS tem como forma de contratação a CLT, a insegurança é maior do que pela contratação pela Fundação Saúde, que, apesar de ser gestão indireta e ter seu meios de precarização do vínculo, garante menor rotatividade aos seus empregados e maior segurança no tratamento das demandas dos trabalhadores, tendo em vista que parte de uma entidade que fica mais tempo na gestão (inclusive tendo alguns trabalhadores que estão exercendo cargos administrativos e gerenciais que também se inseriram por meio do primeiro concurso público da Fundação Saúde). Já as OS possuem histórico de maior rotatividade na gestão e são diversas e, além da CLT, também realiza outras formas de contratação.

Além disso, ele cria uma disparidade tanto de recursos estruturais quanto de gestão dos trabalhadores, entre as unidades geridas por elas e pela administração direta, estabelecendo um contexto complexo em que o mesmo rol de serviços de saúde possui múltiplas modalidades de gestão (Ibañez & Neto, 2007; Sheffer & Aith, 2016).

Na nossa pesquisa empírica para esta tese, no universo de 21 entrevistados, temos 8 assistentes sociais com trajetória de inserção pelo trabalho em unidades geridas por OS (em unidades estaduais e municipais). Perguntamos sobre a experiência que estas profissionais encontraram na estruturação da gestão da unidade pela OS. Isso posto, observou-se que os depoimentos dos(as) assistentes sociais inseridos nas Os convergiram para dois elementos: i) ausência de estabilidade no emprego e o de desligamento laboral (ou o receio deste) da OS, nem sempre, justo para ambas as partes; e ii) as exigências constantes (e, por vezes, opressivas) na relação gestor-trabalhador e o cumprimento de metas e indicadores ou para seguir requisições institucionais contrárias à conduta profissional.

O nível de autonomia administrativa e financeira concedido às OS, tanto para aquisição de bens e serviços quanto para contratação de profissionais, permite que, dentro de certos limites orçamentários estabelecidos, sejam feitos todos os arranjos institucionais que possibilitam liberdade de gerenciamento por estas empresas. Essa situação encontrada na OS contrasta com a das unidades da Administração Direta em relação à sujeição destas a um conjunto de controles externos, focados em rituais de procedimentos, que tornam seu processo de aquisição de bens e serviços mais burocrático. Os processos simplificados das OS, com o argumento de tornar o processo de gestão menos dispendioso, não se limitam apenas à aquisição de bens, mas também à contratação de trabalhadores.

Por tal realidade, a gestão privada tem se tornada a opção mais facilitada para o Estado capitalista gerir recurso do fundo público com menor burocracia e controle social e maior liberdade de exploração da força de trabalho contratada. A liberdade concedida às empresas gestoras em relação ao trabalho relaciona-se em diversas dimensões – recrutamento, seleção, contratação, administração e controle, progressão funcional, entre outras – que impactam sobre o trabalho do(a) assistente social no SUS.

Dadas as semelhanças com a administração de empresas privadas, entendemos que a terceirização desempenha um papel acentuado no processo de contratação de trabalhadores. Por mais que se busque dissimular a lógica da diminuição de custos por meio o discurso da maior especialização, não é possível

sustentar tal situação, pois o que predomina na lógica da terceirização é a redução de custos, sobretudo relativos aos direitos trabalhistas.

A seguir, fizemos resumo de editais de seleção de duas OS que gerenciam unidades estaduais de saúde no Rio de Janeiro.

Quadro 7 – Edital organização Social Viva Rio

| Organização Social Viva Rio | |
|---|--|
| Edital | Processo seletivo público N.º 02/2020 - 25 de novembro de 2020 |
| Unidade de Saúde sob sua gerência | Unidades de Pronto Atendimentos: UPA Irajá; UPA Engenho de Dentro; UPA Copacabana; UPA Botafogo; UPA Taquara; UPA Tijuca; UPA Ilha |
| Nome do Cargo no Edital/ Salário/ Carga Horária | Assistente Social/ R\$2.152,50 |
| Tipo de vínculo de trabalho | Contrato por escrito e por prazo indeterminado, na forma do art. 443 da CLT, de acordo com a necessidade, o interesse e conveniência da OS VIVA RIO |
| Forma de Ingresso | 1ª Etapa: Prova Objetiva, de caráter classificatório e eliminatório; 2ª Etapa: Prova de Títulos, de caráter unicamente classificatório; 3ª Etapa: Entrevista Técnica e Comportamental, de caráter eliminatório |
| Quantidade total de Vagas para Assistentes Sociais no Edital | 6 vagas |

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Quadro 8 – Edital Organização Social IPCEP

| Instituto De Psicologia Clínica, Educacional E Profissional – IPCEP | |
|--|--|
| Edital | Processo seletivo edital N.º 0015/2021 |
| Unidade de Saúde sob sua gerência | Complexo Estadual de Saúde da Penha (HEGV e UPA Penha) podendo ser modificados a qualquer tempo, sem aviso prévio. |
| Nome do Cargo no Edital/ Salário/ Carga Horária | Assistente Social. Salário e Carga horária não estão descritos no Edital |
| Tipo de vínculo de trabalho | Contratados sob o regime celetista, podendo ser adotadas todas as modalidades contratuais previstas no Decreto-Lei nº 5.452/1943 (CLT). |
| Formas de Ingresso | Processo Seletivo compreendeu as seguintes etapas: a) Etapa 1: Inscrição pelo endereço eletrônico disposto neste edital com a apresentação de currículo; b) Etapa 2: Prova Escrita Técnica, Entrevista Técnica Individual (ET) e Avaliação e Entrevista Psicológica de caráter eliminatório. |
| Quantidade total de vagas para Assistentes Sociais no Edital | Não descrito no Edital |

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Na análise dos editais de seleção, podemos perceber falta de algumas informações relevantes, principalmente no Edital do IPCEP, o que também compromete a transparência na seleção para trabalhar em um serviço Público. Destaca-se que, na forma de ingresso, há várias etapas culminando em avaliação comportamental e/ou psicológica que dá tonalidade a um caráter empresarial ao processo seletivo. Entretanto algumas assistentes sociais que trabalham em OS em unidades estaduais relatam que a forma de ingresso foi a indicação pessoal ou política.

Revela a permanência da política do clientelismo, motivada por aqueles que querem manter nos postos de trabalho apenas profissionais submissos às suas demandas e não para suprir as necessidades da sociedade. Desse modo, os “profissionais” favorecidos por um processo de indicação, em vez de seleção, têm vantagens sobre os demais.

A instituição do SUS se baseia em um modelo de gestão descentralizado, participativo e compartilhado, no qual se torna decisiva a ocupação desses espaços de debate para que a condução do sistema se faça mediante as necessidades prioritárias da população (Brasil, 1990). Contudo, o modelo de gestão da administração privada complementar, por vezes, mostra-se mais fechado no que tange à transparência e ao controle social. Dessa forma, isso acaba por dificultar o caráter participativo e democrático do SUS.

As OS intensificam dentro do serviço público o fenômeno da terceirização que tem como característica a alta rotatividade da força de trabalho e intensa fragmentação dos contratos de trabalho. Promove mais liberdade e flexibilidade às empresas que gerirão a unidade ao passo que retira autonomia e segurança dos(as) assistentes sociais e demais profissionais de saúde por elas contratados.

A experiência de inserção da OS no SUS tornou-se sinônimo de irregularidades (sobrepço de serviços e materiais, duplicidade de notas, cobrança por serviços não realizados) e, principalmente, do não reconhecimento de direitos trabalhistas dos seus empregados. As notícias de péssimas condições de trabalho são provas concretas de que a terceirização gera péssimas condições

de atendimento para os usuários ao passo que os trabalhadores são contratados por contratos precários.

Contraditoriamente ao discurso de maior eficiência com a gestão privada, vemos o poder público alocando mais dinheiro nas mãos da iniciativa privada com pouca transparência, mas, na hora que os problemas se agravam, é o estado que precisa socorrer as OS, aumentando o seu aporte financeiro.

Por exemplo, no dia 3 de novembro de 2021, o Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE-RJ) direcionou à Secretaria de Estado de Saúde o cumprimento de 33 determinações relativas à gestão da pasta. Esse relatório era de auditoria governamental, que embasou acórdão emitido em sessão plenária e apontou falhas administrativas no órgão, bem como problemas na contratação, fiscalização e gestão das OS.

A auditoria realizada pela Secretaria-Geral de Controle Externo do TCE-RJ, entre maio e dezembro de 2020, levantou questões relacionadas à gestão dos recursos humanos vinculados direta ou indiretamente à pasta. Além de insuficiência de pessoal, o Complexo Regulador do Estado não contaria em seus quadros com profissionais capacitados para as atividades desempenhadas pela entidade. Também foi apontado que, entre outros problemas, a secretaria realiza o pagamento do adicional de insalubridade aos trabalhadores em desconformidade com a lei.²⁰

No âmbito da contratação de OS, verificou-se que estas admitem funcionários sem o devido processo seletivo. As empresas contratadas para a operação da rede estadual de Saúde também não contemplam devidamente planos de cargos, salários e benefícios, bem como servem-se da utilização de pessoas jurídicas e autônomos como forma ordinária de contratação de pessoal. Também chamou a atenção dos auditores o fato de as OS violarem regras trabalhistas e de segurança do trabalho.

Na realização das entrevistas, perguntamos aos(as) assistentes sociais se já ficaram sem receber salário ou algum direito trabalhista trabalhando no SUS do

²⁰ Notícia disponível em: <<https://contaspublicasdanossaconta.com.br/tcerj-organizacoes-sociais/>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

Rio de Janeiro, e a maioria (onze assistentes sociais) respondeu que sim, e destes 9 eram contratados ou celetistas.

Os relatos dos profissionais revelam experiências de muita violação de direitos dos trabalhadores. Vejamos alguns relatos a seguir:

Eu estava grávida eles falaram assim “Fica aguardando em casa que nós vamos ver o que fazer”. Porque assim, eles tinham outras unidades que eles geriam né, mas eles não me colocaram em outra unidade para trabalhar e eu fui ficado em casa, sem receber, sem salário e eu entrei na justiça, esse processo levou 4 anos e eu consegui receber agora, no início desse ano que foi o que eu consegui através de um acordo receber. Em 2015, foi quando eles começaram as questões de atraso de salário porque foi quando teve aquela crise grande no governo do Estado, a questão do Sérgio Cabral e, aí, assim, não estava tendo repasse da verba do Estado para a OS. E, assim, a gente ficou sem receber por dois anos o nosso 13º foi parcelado, salários? A gente sempre recebia com 20 ou, às vezes, 30 dias de atraso, quando já estava perto de recebe o outro, a gente recebia. Passamos muito por isso lá sim, no Getúlio, né, que foi de 2015 a 2016 mais ou menos (Assistente Social 4 – Hospital Estadual – Organização Social).

É, quando fomos demitidas, eu tive duas amigas que foram demitidas grávidas por exemplo tá, e elas estão até hoje sem receber nada porque elas tiveram que entrar na justiça para receber por conta da gravidez né, mas elas te muito mais que receber. Então, assim, eu recebi tudo o que tinha que receber, a gente ainda teve uma, a gente ainda teve uma transição lá de mudança de CLT e aí eu lembro até que o advogado do sindicato, na época, falou que eu tinha até trabalhado um dia a mais, enfim que tinha uma mudança de cálculo lá, mas ficou por assim mesmo. Elas, uma recebeu agora fez acordo com a OS, isso, foi todo mundo demitido em 2016, conseguiu receber esse ano há pouquíssimos meses atrás, pouquíssimos. E, a outra, está sem receber até hoje, não conseguiu o acordo” (Assistente Social 2 – Organização Social).

E quando eu saí de lá, eu também tive que recorrer à justiça por conta de, eu acho que eu não tinha recebido um percentual, aí, eu tive que correr atrás dos meus direitos quando eu saí de lá. Demorou um tempo, coloquei na justiça e consegui receber, eles pagaram. Não consegui receber o que eu realmente havia pedido porque eles estavam com montes de processos, muitos processos, foi uma época muito conturbada onde amigas minhas, gestantes, foram mandadas embora também, gestantes. Então, assim, não era só o meu processo que era por uma simples, simples é férias que não foram dadas, foram gestantes que foram tirados seus direitos de permanecer trabalhando por conta da gestação (Assistente Social 8 – Hospital Municipal).

Os relatos recorrentes da falta de garantia à estabilidade durante a gestação e a morosidade em conseguir garantia de direito mínimo relacionado ao trabalho expõem violação grave à vida das trabalhadoras e mostram como precarização afeta de modo específico os(as) assistentes sociais cuja categoria em âmbito nacional é, em sua maioria, formada por mulheres.

A insegurança do vínculo e a lógica mercadológica no trabalho com menor regulação estatal sempre tenderão a prejudicar mais as mulheres, principalmente no que se refere à gestação e à maternidade somadas à precarização das políticas públicas com oferta de creches e pré-escola as trabalhadoras, entre estas assistentes sociais, vivenciam intensamente a expropriação contínua do capital.

Segundo o estudo Estatísticas de Gênero, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em março de 2021, apenas 54,6% das mães de 25 a 49 anos que têm crianças de até três anos em casa estão empregadas. A maternidade negra, nesta mesma situação, representa uma taxa ainda menor: menos da metade está no mercado de trabalho (49,7%), em contrapartida homens com filhos pequenos estão mais empregados (89,2%), do que aqueles que não têm filhos (83,4%).

Portanto, é característica da precarização de vida da maioria das assistentes sociais que vivenciam serem mães e possuem inserção de trabalho o SUS no Rio de Janeiro com a intensa privatização da gestão, a insegurança laboral relativa à vivência da gestação e à maternidade.

Não é objetivo deste estudo analisar com mais detalhes as desigualdades de gênero no mundo do trabalho ou a precarização sob recorte de gênero, mas não é possível refletir sobre a precarização do trabalho dos(as) assistentes sociais, categoria majoritariamente feminina, sem abordar como a discriminação negativa que vivenciam as trabalhadoras dificulta sua inserção e permanência no mercado de trabalho e facilita sua exclusão deste. Tal realidade também contribui para o rebaixamento de salário e intensificação do trabalho, tendo em vista que as trabalhadoras vivenciam maior insegurança devido a toda sua condição de ser mulher.

Antunes (2001) afirma que a expansão das formas flexíveis e precarizadas de trabalho se associa com as formas pelas quais o capital se utiliza da divisão sexual do trabalho para aumentar a tendência à intensificação e à exploração da força de trabalho no universo do trabalho sob a tônica toyotista.

Vejam mais uma experiência de uma assistente social relacionado à insegurança de continuidade com vínculo de emprego devido à maternidade:

Então, assim, eu entrei lá em julho, não, em junho, é, em julho eu descobri que eu estava grávida. Então, assim, não foi muito bem recebido assim pela coordenação o fato de eu entrar e engravidar logo, entendeu? Então eu tenho quase certeza que, que um pouco da escolha da coordenação na época para eu sair foi por conta que eu já era mãe, sabe, eu não faltava por que o meu, meu, eu não faltava com frequência quando o meu filho ficava doente, mas eu já cheguei a não ir para o trabalho uma vez porque o meu filho ficou doente e eu sentia que isso não era muito bem aceito, sabe, pela coordenação. E eu tenho quase certeza que uma, um dos motivos da escolha de eu ter sido mandada embora era porque eu já era mãe e eu poderia engravidar novamente e isso ia fazer com que desse dor de cabeça pra entendeu? De entrar de licença maternidade de novo, a minha primeira gestação lá na época do Albert eu fiquei muito tempo de atestado porque eu tive pressão alta na gravidez, então, no final da gestação eu tive que me ausentar um pouco do trabalho, entrei de INSS, entrei pelo INSS 15 dias por conta da minha pressão, entendeu? (Assistente Social 7 – Organização Social).

A isonomia do serviço público com provas como meio de seleção, os direitos trabalhistas legalmente mais seguros e a estabilidade do emprego, por meio do Regime Jurídico Único, seriam uma alternativa de inserção segura no mercado de trabalho para a mulher, mas a privatização da gestão de pessoas no serviço público tem retirado essa alternativa às trabalhadoras. O pacote das expropriações contínuas do capital, diferente do que é propagado pelos reacionários e conservadores, não respeita a vida, pois compreende, até mesmo, o ciclo biológico e social da gravidez, parto, puerpério e cuidado da infância como improdutivo para o empregador.

São violações graves aos direitos trabalhistas que estão presentes nos relatos das assistentes sociais que tiveram inserção de trabalho nas OS. Na segunda parte deste capítulo III, discutiremos a precarização existencial e trataremos sobre mais aspectos da precarização relacionada às condições de vida destas mulheres trabalhadoras.

Outros relatos demonstram que frequentemente as OS não pagam os direitos dos trabalhadores, gerando a estes a única alternativa de, pela via judicial, buscar seus direitos e pagamento dos danos cometidos por tais empresas.

Então, a gente estava com os salários atrasados nesse ano de 2016 desde o início do ano, tinha meses que a gente recebia, abril, abril a gente recebeu março e abril, então estava todo mundo muito cansado, era muita demanda, era muita cobrança. Mas o sair de lá me fez muito mal, a forma de como a gente foi tratado para sair, eu fiquei muito mal mesmo, eu fiquei mal, eu só não consegui voltar para fazer terapia porque eu não tinha dinheiro para fazer terapia porque eu fiquei desempregada, na verdade a gente foi embora sem o salário do mês, e aí eu tive que entrar na justiça,

meu caso ainda está na justiça ainda não recebi a minha indenização, a gente entrou na justiça, o meu processo é de outubro de 2016, eu só consegui receber, eu fiquei um mês sem nenhum tipo de renda, eu só consegui receber o meu FGTS por tutela antecipada porque a gente entrou na justiça né no início de dezembro, então eu fiquei sem dinheiro outubro, fiquei sem dinheiro, sem renda né, outubro, novembro e é, outubro e novembro, foi bem difícil. Não foi só pela falta de renda não, mas pela forma de como a gente foi, foi, foi meio que enxotado e a gente só teve a nossa carteira assinada com a baixa porque nos ameaçamos, nós conseguimos nesse ínterim, nessa confusão toda de fazer protesto, de ir para rua, e levantar bandeira, eu me lembro até hoje que a gente fez um protesto até o Guanabara da Penha e voltou, os maqueiros estavam juntos, muito legal, mas a gente só, só consegui baixa na carteira porque tinha um integrante da OAB que estava no protesto e ele era da Comissão de Direitos Humanos da OAB ele foi ao Hospital e ele foi ao DP e falou “Olha, eu vou ficar com os trabalhadores esperando porque vocês precisam devolver a carteira de trabalho deles, a gente vai dar até as 16 horas para vocês”, a gente ficou no hospital até a 16 horas, a minha carteira veio com erro, mas foi retificada. (Assistente Social 17 – Hospital Estadual – contratada pela Organização Social).

Atraso de salário não, mas INSS e FGTS não depositam. (Assistente Social 6 – UPA – Organização Social).

Sim, como meu vínculo é RPA, não temos direitos trabalhistas nenhum e nem data para receber o pagamento, que a cada mês vem com valores diminuídos. (Assistente Social 13 – Hospital Estadual – RPA).

Nossa equipe, nós temos duas servidoras eu e uma outra colega e, são duas servidoras e sete contratos. O contrato é do Ministério da Saúde que, aí, ele é um contrato renovado de seis em seis meses ou de um ano, aí, cada hora eles criam uma modalidade[...] As condições são bem piores, né, do que a nossa porque o contrato é de um salário mais baixo, a carga horária é a mesma 30 horas, é, não tem direito, assim, não é carteira assinada, então eles não recolhem o Fundo de Garantia, né, eles pagam o valor do INSS, mas é um contrato, assim, que é muito volátil porque é um contrato de seis em seis meses, é um contrato que tem uma validade. Então, dependendo da data do contrato naquele ano, podem tirar férias. Então, é, e nós tivemos assim, né, esse ano, ano passado, um baque muito grande para toda rede e foi o término desses contratos porque, apesar de ser muito precarizado, mas a gente conseguia manter as pessoas, né, as pessoas elas iam renovando. Então, a gente teve colegas de ter 15 anos, de ter 10 anos, seis anos com a gente, ela já conhecia o hospital, a estrutura, as rotinas. E, ano passado, eles fizeram um processo seletivo de uma forma diferente que eu consegui renovar uma pessoa da minha equipe. Então a minha equipe, praticamente, né, a gente teve uma perda, não só né o vínculo afetivo com as pessoas, mas o próprio trabalho porque são pessoas novas que chegaram, é, fizeram um contrato impreterivelmente, então quem estava chegando, estava chegando “Ah vim só para ficar seis meses”, mas até que conseguiu renovar mais um. E essa coisa do contrato, é, a qualquer momento pode tá terminando, né. Então, é, o conflito interno a gente não tem, mas tem o conflito do próprio trabalho, né. (Assistente Social 9 – Hospital Federal – estatutária).

A OS é o tipo de gestão que mais aprofunda a insegurança dos trabalhadores e implementa diversidade de forma de vínculos na mesma unidade. Como

exemplo disso, na nossa pesquisa, entrevistamos uma assistente social, cujo vínculo era RPA, que trabalhou em Hospital Estadual gerido por OS.

O RPA trata-se do Recibo de Pagamento Autônomo: um documento que formaliza a contratação de uma **pessoa física** para prestar serviços à empresa. Toda vez que uma organização recorre ao trabalho de um profissional autônomo ou freelancer sem CNPJ, deve-se emitir um RPA para registrar os valores pagos e recolher os devidos impostos. Da mesma forma, se uma pessoa física contratar outra pessoa física, a emissão também é obrigatória.

Esta forma de contratação tem sido muito utilizada no SUS, principalmente com os médicos, e resguarda forma de colocações muito desvantajosa em relação a estabilidade, direitos trabalhistas, vinculações, remuneração, regularidade de pagamentos, continuidade do trabalho no serviço à população, segurança, possibilidade de incentivos, acesso a aperfeiçoamentos, redutibilidade de salários e rotatividade de profissionais. Na pesquisa realizada por Junior et al. (2021), quanto aos pontos desvantajosos em sua contratação em comparação a outros grupos, notou-se que, dentre todos os demais, o RPA é o que mais gera descontentamento entre os profissionais por causa da ausência de direitos trabalhistas e a ausência de vínculo.

Ademais, a falta de continuação dos serviços prestados pelos profissionais, diante da alta rotatividade, provoca uma quebra na relação entre os profissionais e a população usuária e, conseqüentemente, descrença na efetividade dos serviços e das ações públicas.

O discurso gerencialista, que atribui ineficiência ao Estado, tem servido apenas como pretexto para apropriação de recursos públicos por entes privados. A privatização da saúde cresce à medida que persistem grandes dificuldades no atendimento da população pelo sistema público e têm agravado seus problemas, ao flexibilizar as relações de trabalho, ao atomizar as suas unidades, ou ainda, ao desresponsabilizar os seus gestores.

No Rio de Janeiro, a ampliação da privatização dos SUS foi um reforço da transferência de recursos públicos para entes privados, por meio dos contratos de prestação e gestão de serviços de saúde, gerando a expansão de novos negócios

particulares visando aos lucros e mercados por dentro do sistema público de saúde. Para alcançar tal objetivo, é imprescindível espoliação dos trabalhadores da saúde.

2.5. Gestão privada no SUS do RJ: intensificação do trabalho do(a) assistente social

Destaca-se a experiência da Assistente Social 17 que participou da transição da contratação direta pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro pela contratação indireta feita pela OS e que observou a intensificação do olhar gerencialista da OS na gestão do serviço público²¹.

A OS tinha um olhar total de hospital particular, eles tinham um prazo, metas, indicadores, e era uma coisa louca porque assim, hoje em dia eu já passei por oito creditações hospitalares que são as creditações do hospital particular, mas no hospital particular eu tenho uma estrutura para montar um indicador, tem um setor de qualidade que me direciona, eu só dou os números, as meninas fazem, eu aprovo e a gente bota como indicador. No hospital público não, a gente tem que atender, a gente tinha que fazer a rede e, graças a deus, a gente fazia rede muito bem que era participar das reuniões da CAP, a gente participar junto com os colegas da, da, da Vitor Vala que era a clínica da região com o consultório da rua que a gente tinha muita população de rua, as meninas do CAPSI, do CAPS, então a gente tinha uma rede muito boa. Então era isso, era o atender em si, era consegui, é, é, é, a promotória conseguir dar o retorno para a gente a nível de abrigamento dos meninos, dos idosos para ir para o abrigo, enfim. Então era muita demanda e além dessas demandas, a gente tinha que fechar números. Então, a maior mudança é aquilo que eu estou te falando, não bastava só a gente ter uma dinâmica de trabalho, a gente tinha que mostrar números e eram números assim cruéis assim, a gente não tinha estrutura assim para poder ter os números. E um dia eu falei, com quatro assistentes sociais na emergência para atender mais de 300 pacientes não dava, para você ter uma dinâmica que eles queriam que a gente estivesse. Eles queriam, oh, as meninas tinham que fazer estatística todos os dias, você tinha que fazer lá o pauzinho para ver quantos pacientes você atendeu, homens, quantas mulheres, quantas crianças, quantas fichas sociais, quantos encaminhamentos, quantos, quantos, entendeu? Então as garotas tinham que fechar todo o dia uma ficha de estatística, cada colega tinha um a ficha de estatística. (Assistente Social 17 – Hospital Estadual - contratada pela Organização Social).

Tal assistente social também possui experiência de trabalho em hospital particular e revela uma precarização do trabalho diferenciada no serviço público,

²¹ Daremos continuidade à apresentação dos dados da pesquisa com assistentes sociais no capítulo III onde apresentaremos o perfil dos participantes do estudo.

sob gerência privada, comparado ao trabalho em uma empresa de saúde que se faz relevante o destaque neste estudo.

Trata-se da intensificação do trabalho no âmbito do serviço público em que os trabalhadores são assediados com o discurso gerencialista do produtivismo, metas, padronizações, registros e estatísticas diárias, mas submetidos à histórica precarização da estrutura de condições de trabalho e falta de profissionais suficiente faz com que o servidor público, para alcançar as requisições institucionais, desdobre-se em funções e “corra atrás” de instrumentos e/ou setores que lhe dê condições de cumprir com o exigido pelo empregador, tendo em vista que o mesmo exigiu, mas não lhe forneceu condições para trabalhar.

Sobre as condições de trabalho para assistente social no SUS, destacamos os seguintes relatos:

Colocaram a gente numa outra sala, não maior que essa, porém mais arrumadinha, mais arrumadinha assim, só que uma sala que não entra sinal de celular, então você fica inacessível ao mundo externo, você não consegue falar ao telefone, você não tem sinal de internet, só tem internet pelo computador que tem né, mas pelo telefone celular é incomunicável ali dentro, entendeu? E nessa sala também a gente não consegue atender mais de uma pessoa porque é uma sala que a gente não conseguiu colocar divisória, uma sala que é estreita, então ela não te dar muita mobilidade para, para espaço assim, e a gente atendente também uma pessoa e, com isso, quando fica cheio, às vezes a gente atende no corredor, a gente vai para o corredor com a nossa pranchetinha e faz a entrevista no corredor para não perder familiares né, porque às vezes a gente acaba perdendo com isso né, se demorar muito o familiar vai embora e você perde, às vezes, a oportunidade ali de abordar e aí a gente se espalha e vai para os corredores e atende nos corredores, é uma coisa assim surreal (Assistente Social 20 – Hospital Estadual – Fundação Saúde primeiro concurso).

Em recurso físico, a gente tinha uma sala, normal assim, sala igual a dos outros, não tinha nenhuma diferença, mas toda a vez que a gente pleiteava um computador, uma internet eles falavam “Mas para quê?”, “Mas para quê?”, como se a gente não usasse entendeu, como se não fosse importante para o atendimento aquele recurso (Assistente Social 10 – Hospital Universitário).

A princípio, a gente tinha uma sala muito boa, com uma estrutura boa assim que eu entrei lá, e aí veio uma nova gestão que determinou que toda as equipes consideradas multiprofissionais que são serviço social, psicologia, é, nutrição, fono, que elas iam ficar juntas numa sala, que aí é uma sala que a gente chama de “Sala Multi” [...] Mas, é uma sala que é um, eu não sei quantos metros quadrado tem aquela sala porque é muito pequena, a equipe toda do plantão do dia não cabe dentro da sala, tipo assim, dá para ficar só três pessoas só e ela é aberta em cima, então, assim, tudo o que a gente conversa vaza e ela fica praticamente no corredor de covid. Então assim, a gente não tem liberdade de levar nenhum usuário para atendimento nessa sala porque passa pelo setor de isolamento e a gente tem que

passar por dentro do isolamento de covid para chegar nessa sala (Assistente social 4 – Hospital Estadual).

Observa-se que, nas entrevistas, que apenas 3 assistentes sociais relataram boas condições físicas na unidade de saúde para realização do trabalho profissional. Todos os outros 18 assistentes sociais relatam dificuldade com recursos (internet, computador, telefone) na sala de atendimento, entre outros.

Destacam entre os entraves diários as inadequações estruturais do ambiente de trabalho, a sobrecarga de atribuições e, por vezes, a concentração da atenção profissional (durante o atendimento ao usuário e à sua família) em atividades meio (notações documentais), em detrimento da atenção ao usuário. Tal realidade demonstra uma característica importante da precarização do trabalho de assistente social no serviço público, que se torna mais intensa sob gestão privada, na medida em que gera sobrecarga nas atividades diárias e intensificação do trabalho.

A falta, muitas vezes, de condições éticas e técnicas, que são essenciais e, portanto, obrigatórias, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social como dispõe a resolução CFESS 493/06, bem como as condicionalidades institucionais, muitas vezes advindas de políticas públicas restritivas, leva assistentes sociais às situações de adoecimento e estresse na relação de trabalho.

Os limites institucionais postos, cotidianamente, ao(à) assistente social fazem com que este(a) profissional se considere “incapaz”, pois ficam na intersecção do aumento das demandas postas pelos usuários com o processo de reducionismo do financiamento das políticas sociais advindas da contrarreforma do Estado.

A gestão da OS traz consigo exigências de metas, normas e seguimento de protocolos, gerando sobrecarga de atribuições e ampliação do trabalho assistencial e de responsabilidades no registro documental de procedimentos, nem sempre compatíveis com as condições estruturais, físicas e psicossociais concedidas. Com isso, gera adoecimento dos seus trabalhadores com o sofrimento no trabalho, causado pelo estresse, pela ansiedade e pelo esgotamento profissional.

A sobrecarga de atribuições, as exigências por resultados, metas e produtividade, mesmo que anteriormente acordadas, não protege os trabalhadores do sofrimento, insegurança, estresse e adoecimento, do medo de fracassar e conviver com o medo constante da substituição dado ao vínculo precário.

Segundo Raichelis (2013), tem sido reiterativo o discurso de assistentes sociais que atuam no âmbito do SUS e também em outras áreas profissionais. O envolvimento excessivo com o preenchimento de formulários e planilhas padronizadas numa tela de computador, quando assumidos de forma burocrática e repetitiva, não agrega conhecimento e reflexão crítica sobre a realidade dos usuários, rebaixa a qualidade do trabalho técnico e impede que profissionais especializados possam realizar o trabalho intelectual nuançado para o qual estão (ou deveriam estar) capacitados a produzir.

Dal Rosso (2008), ao desenvolver o conceito de intensidade do trabalho, procura destacar que tal intensidade está diretamente ligada ao dispêndio de energias realizado pelos trabalhadores na atividade concreta. Nesse sentido, é possível observar que há intensificação do trabalho quando se verifica maior gasto de energias do trabalhador no exercício de suas atividades cotidianas.

Quando o trabalho não é físico, mas de tipo intelectual e/ou emocional, como o que ocorre no caso do nosso estudo, o(a) assistente social, quanto à intensificação do trabalho, espera medir também a melhoria da qualidade além da quantidade de pessoas atendidas. Na intensificação da produtividade e do ritmo dos trabalhadores estes sofrem com os efeitos da dinâmica capitalista de elevar qualitativa e quantitativamente a produção a qualquer custo.

O setor da saúde, por sua particularidade de intenso e diversificado uso da força de trabalho absorve rapidamente as transformações do mercado de trabalho. A falta de consenso sobre a definição das atividades exercidas pelos(as) assistentes sociais e a exigência constante por novos perfis profissionais que acompanhem as mudanças tecnológicas, ampliando suas competências, encaixam-se no papel do trabalhador polivalente, exigido pelo modelo toyotista.

O princípio da polivalência implica que um mesmo trabalhador seja capaz de dar conta de cuidar de mais de um equipamento. Dessa forma, a polivalência

implica em reduzir a quantidade de força de trabalho necessária para as atividades, pois um mesmo trabalhador é capaz de cuidar de diversas atividades simultaneamente. Além disso, a polivalência multiplica a capacidade de trabalho de cada indivíduo, segundo o número de máquinas que consegue cuidar individualmente. Assim, o princípio da polivalência implica numa intensificação gigantesca do trabalho.

Por esta razão, o toyotismo pode ser interpretado como o sistema que introduz de forma inequívoca uma nova onda de intensificação do trabalho. O toyotismo, com seus princípios de redução do emprego da mão de obra, eliminação dos tempos mortos, polivalência ou capacidade de fazer diversas coisas ao mesmo tempo e no tempo justo, revelou-se um instrumento capaz de operar com sucesso ainda que em meio a crises e recessão e tem se espalhado na gestão dos trabalhadores no Serviço Público. Mas, no cerne do sistema, estão a polivalência, a redução da mão de obra, a redistribuição das tarefas entre os empregados restantes, o emprego rotineiro de trabalho “voluntário”, assim dito aquele trabalho de horas extras não pagas, mas resultados são cobrados pelos administradores e gerentes.

Vejamos outro relato de uma assistente social no que diz respeito a esse tipo de gestão no serviço público:

Mudou-se o entendimento da carga horária do serviço social porque, de fato, o serviço social fazia muito pouco, o rendimento se você pensar em dados, por isso que eu falava que no meu plantão eu queria que todo mundo fosse até lá eu tinha que checar número, porque se você está falando de gestão, cara, se você não tem atendimentos não significa que você precisava, mas vários atendimentos de madrugada as pessoas não registravam, entendeu? Mas tudo você tem que alimentar o banco de dados, então eu em todo o atendimento assim eu buscava passar, mas ainda era pouco, eram poucos os atendimentos do serviço social, você fala “É um absurdo você não ter 24 horas” porque o certo é você chegar numa unidade de saúde e você ter todos os profissionais para te atender. Mas quando você pensa em gestão né, não que isso, não que economizar seja um interesse do governo né, mas eles diminuem e, aí foi isso, todos foram demitidos, todos (Assistente Social 1 – UPA).

No relato acima, vemos o exemplo do controle quantitativo do cotidiano de trabalho pela OS com o objetivo de economizar gastos mesmo que prejudique a qualidade do serviço ofertado à população e apresentar como que essa lógica afetou estruturalmente a inserção de assistentes sociais nas UPAS do Rio de

Janeiro. Assim, reduzem-se postos de emprego com o entendimento que seria necessário menos tempo total de carga horária do Serviço Social na unidade de saúde, tendo em vista que não cumpre a meta estabelecida dos números de atendimento na madrugada.

Segundo o relato da profissional, foi extinto o trabalho de assistente social noturno, gerando demissões. A Assistente Social 6, que também tem inserção na UPA, relata que há necessidade de que se tenha assistentes sociais trabalhando no período noturno, mas, no momento, só há diurno. Ou seja, o olhar gerencialista tira o foco da qualidade da oferta do serviço e mira no menor custo para a empresa gestora: síntese da contradição do privatista dentro do serviço que precisa ter relevância pública e gerar proteção social.

O trabalho profissional, na perspectiva do projeto ético-político, exige um sujeito profissional qualificado capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência para propor, negociar com os empregadores privados ou públicos, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia relativa, atribuições e prerrogativas profissionais. Isso supõe muito mais do que apenas a realização de rotinas institucionais, o cumprimento de tarefas burocráticas ou a simples reiteração do instituído. Envolve o(a) assistente social como intelectual capaz de realizar a apreensão crítica da realidade e do trabalho no contexto dos interesses sociais e da correlação de forças políticas.

Nesses termos, o trabalho em serviço, no contexto atual de desenvolvimento capitalista, não se autonomiza do trabalho em geral desenvolvido por trabalhadores assalariados, ainda que com particularidades de um tipo especializado de atividade realizado por agentes qualificados em nível superior e no âmbito estatal. Os serviços, campo por excelência em que se situa a ação profissional do(a) assistente social, são um tipo de trabalho em processo, nos termos de Meirelles (2006, p. 134), cuja atividade não se separa do seu executor, pois mais do que um produto trata-se do resultado da ação.

Ao mesmo tempo, cabe destacar as particularidades do trabalho em serviços pelo caráter relacional e interativo entre profissional e usuário, que

implica atributos humanos para sua realização e a possibilidade de não ser totalmente capturado pelos dilemas do trabalho assalariado (Schutz & Miotto, 2012), o que traz à reflexão as margens de autonomia relativa de que dispõem o profissional, considerando a ótica do trabalho coletivo e a direção política que o orienta.

O estudo de Dal Rosso (2008) sobre a intensificação do trabalho nas atividades de serviços pode ser de grande valia para a apreensão das novas configurações do trabalho nesse campo e, por consequência, da atividade do(a) assistente social. Suas reflexões contribuem também para derrubar a ideia equivocada de que é apenas nas atividades industriais e no processo de produção de mercadorias que ocorre a intensificação do trabalho.

A pesquisa desenvolvida pelo autor em diferentes áreas do setor de serviços (bancos, telefonia, ensino privado, serviço público, entre outros) demonstra que a intensidade não se limita aos setores industriais, pois se estende às diversas áreas do campo dos serviços, sejam públicos sejam privados, sendo efeitos expansivos para todas as esferas da economia. Os dados levantados pela extensa investigação de Dal Rosso (2008) evidenciam a dinâmica de intensificação do trabalho assalariado no capitalismo contemporâneo, movimento que tem por base a adoção de diferentes mecanismos de superexploração do trabalho e extração da mais-valia.

Para este autor, com a ampliação do setor de serviços e o contingente cada vez mais numeroso de trabalhadores nessas atividades, é de se esperar que esteja em curso grande pressão por intensificação do trabalho e ocorre também no caso dos serviços de saúde pública, que se baseiam mais na inteligência, capacidade relacional e defesa de direitos, como são os serviços prestados por profissionais no campo das políticas sociais, entre eles assistentes sociais. Neste âmbito, é a totalidade das capacidades humanas que são ativadas quando se fala em intensidade.

Também o caráter social do trabalho, assentado nas relações de cooperação com o coletivo de trabalhadores e no aprendizado mútuo que daí deriva, deve ser considerado na análise da intensificação do trabalho, resultando sempre em maior

empenho, maior consumo de energia pessoal, maior dispêndio de capacidades físicas, cognitivas e emocionais.

Na entrevista em que realizamos com assistentes sociais, todos afirmaram que o trabalho repercute negativamente na saúde. Nos relatos a seguir, percebemos o desgaste relacionado à sobrecarga física, cognitiva e emocional.

Eu acho que o trabalho em si sempre repercute né, eu acho que, é, tem situações de trabalho seja com os usuários, seja com os colegas, seja com os coordenadores, direção e tal, que pesam né, principalmente na saúde mental eu acho assim, é situações de conflito, situações de violência, situações de negligência, é são coisas que, eu acho que repercute sim na nossa saúde, tanto física quanto mental, principalmente porque e a gente somatiza né, a gente somatiza coisas, a gente tem empatia pelos outros, então a gente, muitas vezes a gente sente muito né as situações que a gente lida né, e, às vezes, a gente se vê também né, em algumas situações, a gente se enxerga ali, a nossa família e tudo. É isso, a gente, eu acho que o tempo todo repercute, o tempo todo né, somos é pessoas vivemos em sociedade, aquilo que acontece com qualquer pessoa que a gente está atendendo, pode acontecer com a gente, com os nossos familiares, então e acho que sim repercute sim principalmente na saúde mental. E as condições de trabalho também repercute na saúde física né, é uma cadeira ruim, é uma mesa ruim, sabe, você não tem as condições adequadas então isso compromete a sua coluna, isso repercute de várias formas. Agora com a covid você pode se contaminar, eu inclusive peguei covid, eu acho que foi no hospital, eu estava com as duas doses, mas eu peguei covid, eu sou uma pessoa supercuidadosa, mas eu acho que eu dei algum vacilo e peguei. Não tenho saído, não tenho feito nada na vida inclusive, isso é horrível, mas eu acho que sim, eu acho que o trabalho interfere sim, repercute sim. Tem uns momentos que a gente consegue sei lá, conseguir aproximar uma família, resgata um vínculo né, algum familiar, encontrar uma pessoa que estava em situação de rua, resgatar e tudo, a gente fica feliz com isso, mas até chegar a esse quadro positivo, a gente já sofreu à beça, acompanhando aquela história tentando caminhar.” (Assistente Social 20 – Hospital Estadual – Fundação saúde primeiro concurso).

Depois de trabalhando em plantão noturno, você se alimenta muito mal, dorme mal, se alimenta mal, enfim, porque é tudo prático né porque são 24 horas de plantão, eu ganhei muito peso, mas nesse período da crise na UERJ, nossa eu comecei a fazer até crise de coluna, um troço que eu nunca tinha tido, fiz, fiz duas contrações musculares que eu tive até afastamento, ganhei muito peso, cheguei a 90kg, é, além de várias visitas, eu estava fazendo omeprazol praticamente quase de uso contínuo.” (Assistente Social 19 – Hospital Universitário – Estatutária).

Olha, eu me lembro que assim, ah, o próprio contexto né de trabalho me gerava assim muita crise de ansiedade, às vezes, eu tinha pesadelos assim no, quando eu virei plantonista, mais especificamente, eu tinha pesadelo na véspera do plantão e acabava que isso se refletia no meu relacionamento com a minha família né, porque com a saúde mental afetada não tem como a gente né, “Não vou”, “Eu só vou manifestar isso no meu espaço de trabalho e em casa eu não vou!”, era justo o contrário, né, no espaço de trabalho que era aquele ambiente que me exigia uma postura mais lúcida vou dizer assim né, aqui a gente segurar em casa é que eu ficava mais estressada né com a minha família, com o meu marido na época que a

gente não estava nem casado mas ele também aguentava a parcela dele. Então, assim tinha essa questão de saúde mental, da instabilidade, do tempo todo, tinha um discurso constante de que “Ah vai mudara OS, vai mudar a OS” aí quando mudava a OS, todo mundo perdia férias, tanto que eu fiquei o período que eu estive lá e não tirei férias, porque ficava nessa perspectiva “Ah vai mudar a OS, vai mudar a OS”, aí nem sempre protelava a questão de férias e tudo mais e era mais inseguro né porque a gente sabia “Ah, hoje eu tenho um vínculo, mas e se no mês que vem mudar, a gente já não tem mais”, fora os tensionamentos do próprio cotidiano de trabalho, da própria situação né das pessoas que era, assim, muitas vezes de situação muito precária, e isso assim, não tem como gente ficar isento né de, de tantas situações e não acabar se afetando de alguma forma. (Assistente Social 16 – Hospital Estadual – Contratada pela Organização Social).

Devido às correlações de forças e com o perigo eminente da pandemia de Covid-19, devido a ser um hospital de trauma em que se presencia muitas mortes e participar da rotina de óbito. Fico muito mais exposta a doenças, visto que atendemos beira leito e necessitei de suporte psicológico profissional, gerando em mim ataques de ansiedade mais acentuado, distúrbio de sono, medo e sensação de cansaço. (Assistente Social 13 – Hospital Estadual – RPA).

E já era difícil para caramba porque eu comecei a encontrar algo muito novo que é a morte, então, todo o plantão e, a gente não é preparado para isso assim. Então, eu desenvolvi uns estresses também. Chegava no sábado à noite, eu tinha taquicardia, eu tinha assim insônia, eu ficava naquela “Eu preciso dormir para acordar e ir para o plantão”, eu tinha medo, é, então, eu tinha medo da minha mãe morrer. Eu lembro que foi um dia das mães, domingo, né, e aí acho que por coincidência morreram umas duas ou três mães, mulheres ne e seus filhos chorando. E eu ficava assim, gente, a morte é algo muito, é, muito próximo ao mesmo tempo muito evitável, porque você olha aquela pessoa não morreria se tivesse numa unidade com profissionais mais qualificados ou se anterior a isso, ela tivesse acesso seja medicamentos, seja alimentação, toda a política que existe preventiva. Então, o mundo ele é diferente, né, você olha e fala “Cara, essas pessoas estão morrendo porque são pobres, única e exclusivamente por isso sabe”, e o medo que você tem de vir sabe, de ver, ou de você passar por isso ou de alguém que você ame passar por isso, esse é o medo. A indignação, você tem no geral né, você tem a indignação que “Cara, como pode isso existir?”. Então, você começa a ver as mortes assim, banais assim, mortes na fila esperando uma transferência, é, mortes evitáveis assim, isso a gente fala hoje da covid que são mortes evitáveis e de fato são, mas quantas morte evitáveis acontecem, isso não passava no meu radar e eu tive contato com isso. (Assistente Social 1 - UPA).

Assim, aqui a gente lida com a morte, não é um hospital, não é um hospital que tenha maternidade, é um hospital de sofrimento. Às vezes, a gente fica triste com a forma de como as pessoas são tratadas nos outros setores, às vezes, as pessoas chegam aqui até para ter uma informação melhor qualificada e por aí vai, talvez isso tenha mexido bastante comigo. Mas, assim, eu que já trabalhei em CRAS, o trabalho é menos pesado do ponto de vista da loucura do trabalho, ele é mais pesado no ponto de vista da energia porque você está trabalha com as pessoas que estão sofrendo, embora no CRAS a gente trabalha com isso, mas assim com risco eminente de morte, isso tudo pesa quando você está atendendo né pessoas chegam muito assim desesperada, pessoas chegam aflitas, e isso impacta de alguma forma. (Assistente social 3 – Hospital Municipal).

Olha, atualmente, está bem, essa questão da minha saúde está bem mais tranquila, mas eu já passei por muitos momentos de ansiedade, né de véspera de plantão ficar

muito ansiosa porque eu sabia o que vinha no dia seguinte. Atualmente eu estou bem mais tranquila, mas eu já, já teve um impacto muito grande com, principalmente, com a minha saúde mental de saber que, quando eu ficava sabendo de algum caso tal “Ah, eu vou estar lá em tal dia e vou ter que passar por esse caso”, eu sei que isso mexia muito comigo. (Assistente social 4 –Hospital Estadual).

Na minha saúde? Sei lá! Eu acho que é, não impacta necessariamente na saúde física, eu acho que é na saúde mental que impacta. Eu acho que a gente fica pensando muito, a gente fica preso demais nas histórias, nos desdobramentos, nas resoluções e, ao mesmo tempo que a gente sabe que não tem o poder de resolver essas certas situações e essa autonomia que é tirada eu acho que são coisas que deixa a gente mal assim. Vê situações que a gente poderia resolver e a gente não pode resolver porque não deixam a gente resolver, eu acho que isso mexe muito com a cabeça. Eu já cheguei em casa e chorei no dia assim de “Caraca!”, de não ver solução de certas situações. Mas eu acho que, assim, mexe mais com a saúde de mental mesmo, com a física eu acredito que não, eu acho que não. É, coisas da mente acabam repercutindo no corpo né, mas eu acho que é uma questão secundária, eu acho que é mais a saúde mental que mexe mais com a nossa cabeça. (Assistente Social 7 – Hospital Estadual).

Eu já estive, teve um momento da pandemia em que eu tive presente em, tiveram dez óbitos, e só eu de assistente social, isso quer dizer que, até ter duas assistentes sociais no dia, quer dizer que u não vou estar em todos os óbitos, porque eu não quero estar em todos os óbitos. Então, então, eu lembro que foi muito difícil assim, é indizível assim, não consigo colocar em palavras para você o quanto é difícil estar presente no pior momento de alguém. Então, pré-pandemia assim, eu estava nesses períodos, era difícil sabe, mas é o que eu te falei, a pandemia faz você fazer isso dez vezes e meio que te desumaniza também assim porque eu também, porra, não quero estar lidando com essa dor o tempo todo, eu não quero. Então, assim, teve notificação de óbito que para não sofrer eu abaixei a cabeça e falei “Cara eu vou abaixar a cabeça e pensar no almoço porque senão eu não vou dar conta porque ainda tem mais nove lá fora esperando” e, aí, desse , desse que eu, que eu, aí a pessoa já sai chorando o próximo já sabe que é a notícia dele né, é o familiar dele, e a mãe dele que morreu, é o irmão dele que morreu, é o filho dele de 20 anos que morreu, e dar notificação de óbito de pessoas jovens é... é muito duro assim, é muito difícil, eu já fiquei mal semanas assim, por uma menina de 22 anos que eu participei da notificação, enfim, de estar junto da família desse processo, né, falando dos direitos, sobre a questão dos direitos, a gratuidade, o sepultamento social, enfim, mas a gente precisa estar ali né, a gente está junto, a gente está junto em toda as facetas assim. (Assistente Social 11 – Hospital Estadual temporário atualmente).

Observamos, nestes relatos, que a especificidade no trabalho de assistente social no SUS também revela o contexto de situações de emergência e de limiar entre vida, morte e atendimento a violências explícitas, além de plantões exaustivos, por vezes noturno, com quantidade insuficiente de profissionais para lidar com a realidade de atendimento de grande quantidade e alta carga psíquica e emocional. Este contexto se dá devido à precarização do trabalho e vida com o esgotamento físico, mental e emocional do(a) assistente social.

A especificidade do trabalho do(a) assistente social que necessita mobilizar energia psíquica, intelectual e emocional no desenvolvimento das atividades que envolvem a linguagem, escuta qualificada em imersão atenta nas vivências complexas da população, quando estão atreladas ao contexto de intensificação do trabalho, gera um desgaste mental e emocional que somatiza ao corpo destes trabalhadores. Além disso, observamos que tal desgaste e adoecimento podem repercutir na vivência familiar e social como mostra o relato abaixo:

Me afetava muito porque eu ficava assim, eu atendia muitas vezes, quando eu estava na emergência, muitas mulheres vítimas de violência e eu acho que todo, eu acho que todo mundo né tem alguma área dentro de sua profissão que você tem um pouco mais de, de dificuldade de lidar né, acho que todo mundo em alguma área você tem um pouco mais de, de, de resistência, que é mais difícil para você e eu tinha muita dificuldade de atender aquelas mulheres porque elas assim, é primeiro o lugar que elas chegam né, acabou de sofrer a violência e vai para o hospital e, eu tinha assim essa dificuldades né de atender aquelas mulheres às vezes muito machucadas, aquilo ficava sabe, é, muito, me, me magoava, eu vou até usar essa palavra, porque eu ficava assim muito sentida mesmo de ver as mulheres naquela situação. Eu me lembro que às vezes eu chegava e falava para o meu marido na época que a gente namorava “Olha, se você me bater, eu vou fazer o registro de ocorrência e não adianta porque eu vou querer que você vá para a cadeia”, ele nem tinha comportamento violento, nada disso, mas assim, aquilo me somava de tal maneira que eu acabava descontando né nele também. Mas assim, própria situação da população mesmo aquilo me causava uma certa angústia. Até hoje me causa né, apenas de ser assistente social eu não me acostumo nunca com esse tipo de situação. (Assistente Social 16 – Hospital Estadual – contratada pela Organização Social).

Destaca-se, ainda, a importância do reconhecimento profissional. Muitos assinalaram a falta de reconhecimento profissional como um dos fatores que interfere nas decisões institucionais como na questão salarial e maior possibilidade de inserção no mercado de trabalho e apontam uma predominância de problemas ligados ao trabalho que impactam na saúde. Isso fica evidente nos depoimentos que seguem:

Depois que eu tive que calar a boca em várias situações, de ver a nossa falta de, da nossa presença nesses espaços que tem lá no hospital, de discussão lá da qualidade, seja lá o que for e ver que o outro fica só omitindo, isso me incomoda, eu não sou assim. Então, me incomoda, mas eu não sou coordenadora, então eu tenho que aprender a ficar no meu lugar e eu fico doente com coisas que, cara, demais, escrachado, está feio, e isso interfere na minha saúde porque eu estou cheio de nódulos, é, e quando no período quando eu calo mais a boca parece que incha eu sinto incomodo na hora de engolir né, tive um momento de pressão alta, comecei a beber muito, sabe aquela coisa de você sair do plantão, quando você está chegando

em casa e você para logo num bar? Eu chegava parava logo no bar, depois de três dias porque eu fico lá sábado, domingo e segunda, depois de três dias eu já paro na beira da lagoa, eu peço uma cerveja e já começo a beber dali ou então eu chego em casa, tomo um vinho, tomo um gin, mas eu também vi que eu comecei a beber mais, mas um plantão pesado hoje eu observei manchas rochas no meu corpo coisa que eu não tinha, irritabilidade demais, eu estou muito irritada, um mal humor, sem paciência, não estou feliz, isso tudo. (Assistente Social 18 – Hospital Federal – contrato temporário Ministério da Saúde).

Toda essa dificuldade de vivenciar mercado de trabalho, a falta de emprego, ela mexe com a nossa autoestima, ela mexe com o nosso investimento naquela profissão, porque a gente almeja alguma coisa né, a gente cria uma expectativa quando a gente vai fazer uma faculdade, porque a gente está dedicando quatro anos do nosso tempo, cinco anos, para estar num lugar que a gente se identifica. E, aí, quando você chega e encontra uma realidade totalmente adversa, isso te causa uma frustração, uma angústia, uma ansiedade com o futuro. (Assistente Social 10 – contrato Organização Social).

A questão do reconhecimento é apontada por Dejours (2001, p. 34) como uma das causas de sofrimento no trabalho. Para o autor, “quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido” (Dejours, 2001, p. 34). Assim, quando o trabalho não é reconhecido, perde seu significado como algo que pode transformar o sofrimento em prazer.

Dessa forma, “o reconhecimento não é uma reivindicação secundária dos que trabalham. Muito pelo contrário, mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho” (Dejours, 2001, p. 34). Percebe-se, portanto, que as condições objetivas de trabalho incidem diretamente na subjetividade do trabalhador. Na verdade, essas diferentes dimensões compõem uma totalidade, uma relação que não pode ser compreendida separadamente. Desse modo, quando se fala em precarização do trabalho, está se falando na precarização das condições da própria reprodução da vida do trabalhador.

Além dessas, aparecem doenças de fundo subjetivo (angústia, desânimo, frustração), que estão, sem dúvida, ligadas ao excesso de trabalho. De forma mais detalhada, o estresse e a ansiedade foram o problema/sintoma mais citado espontaneamente pelos profissionais, tendo aparecido nas falas de 20 assistentes sociais entrevistados(as), ou seja, o cotidiano de trabalho no qual os profissionais estão inseridos se mostra desgastante.

Nos relatos acima, ficam muito evidenciados os sofrimentos mental e emocional decorrentes das especificidades do trabalho como assistente no trato com as vivências dos usuários e seus desdobramentos somados à conjuntura do trabalho na saúde cada vez mais intensa e precária e acabam por se expressar na saúde nos profissionais. No Serviço Social, ainda muito pouco se conhece sobre o adoecimento de assistentes sociais diante da exposição continuada às mais dramáticas expressões da questão social, lidando com a dura realidade enfrentada por homens e mulheres das classes subalternas na sociedade brasileira; e também diante da impotência, em muitos casos, em meio à ausência de meios e recursos que possam efetivamente remover as causas estruturais que provocam a pobreza e a desigualdade social.

Os depoimentos demonstram sinais e sintomas de adoecimento dos profissionais da saúde, corroborados pela precarização das condições de trabalho, aumento da demanda assistencial, acúmulo de atribuições e exigências do cumprimento de metas/indicadores. É perceptível aos trabalhadores a relação entre a vivência de fatores afetos a sua rotina de trabalho, atuando como ‘potencializadores’ de problemas de saúde preexistentes e ocupacionais (ansiedade, estresse, dentre outros) ou desencadeadores de adoecimentos físico e/ou mental.

A intensificação e a elevação da carga de trabalho nos diferentes ramos de atividade e espaços sócio-ocupacionais de assistentes sociais produzem efeitos sobre o corpo e a mente, podendo resultar em um novo padrão de problemas saúde-trabalho decorrentes das novas exigências do trabalho contemporâneo.

O reordenamento das políticas sociais agrava em primeira instância as expressões da questão social, os alvos da intervenção do(a) assistente social, e, ainda, a redução da cobertura do Estado aos serviços públicos em geral que rebatem no atendimento integral as demandas dos usuários. Todo esse processo resulta na intensificação do trabalho do(a) assistente social na medida em que as demandas populacionais se elevam por conta da oferta escassa de serviços essenciais à saúde, garantidos nas leis e na Constituição Federal de 1988 enquanto direito inerente ao indivíduo. Essa situação impacta negativamente no trabalho

profissional, pois impõe a intervenção imediatista, exigindo maior esforço intelectual para ir além da aparente realidade.

De acordo com Raichelis (2013), no Serviço Social, tem sido cada vez mais comum testemunhar depoimentos de assistentes sociais sobre situações de sofrimento e stress decorrentes da intensa pressão que sofrem no cotidiano das instituições e organizações, sobre assédio moral a que são submetidos por chefias e superiores hierárquicos, bem como referências ao esgotamento profissional e a quadros depressivos.

A intensidade do trabalho para Dal Rosso (2008) é caracterizada pelo fato de ser exigido do trabalhador algo mais, um empenho maior, seja físico, intelectual ou emocional, ou alguma combinação dos três. Em suas palavras:

A intensidade é, portanto, mais que esforço físico, pois envolve todas as capacidades do trabalhador, sejam as de seu corpo, a acuidade de sua mente, a afetividade despendida ou os saberes adquiridos através do tempo ou transmitidos pelo processo de socialização. Além do envolvimento pessoal, o trabalhador faz uso de relações estabelecidas com outros sujeitos trabalhadores, sem as quais o trabalho se tornaria inviável. (Dal Rosso, 2008, p. 21).

Sabemos que, no capitalismo, o controle sobre os meios e os processos de trabalho e, portanto, sobre a definição do grau de intensidade do trabalho, sai do controle do trabalhador e se concentra, total ou parcialmente, nas mãos do empregador, dadas as relações de compra e venda do trabalho assalariado mediadas pelo contrato.

Contudo, como o instrumento contratual não especifica o grau de intensidade do trabalho a priori, os trabalhadores podem resistir aos processos de intensificação mediante sua capacidade de organização e luta coletiva; e considerando também os padrões de intensidade construídos através do tempo e assumidos como referência pelos trabalhadores e suas organizações representativas para fundamentar sua pauta de reivindicações.

No entanto, é certo que nenhum desses argumentos pode conferir ao trabalhador o poder de controlar o grau de intensidade de sua atividade laboral, que em última análise expressa o grau de exploração a que é submetido pelo empregador em seu trabalho. Por essa razão, a intensidade do trabalho permanece

como objeto de permanente disputa, no âmbito do conflito social que opõe o interesse dos capitalistas, que exigem sempre "mais trabalho", e dos trabalhadores, que resistem e buscam ritmos e cargas de trabalho sempre menores.

Nessa conjuntura de crise capitalista, o trabalho é mais intenso, o ritmo e a velocidade são maiores, o controle e a cobrança por resultados são mais fortes, bem como a exigência de polivalência, acúmulo de tarefas, versatilidade e flexibilidade. Intensificação do trabalho equivale, pois, ao aumento da degradação e da exploração do trabalho. Em outros termos, a adoção de estratégias de redução do trabalho pago e ampliação do trabalho excedente, o que está na raiz do sofrimento do trabalhador assalariado.

Em outro texto, Dal Rosso (2011) ressalta que a intensificação do trabalho envolve inexoravelmente perda de empregos, particularmente no setor público, contenção dos salários e inúmeros outros danos. Para acrescentar novo valor, algumas condições precisam existir para que o trabalho produza, de alguma forma, mais do que aquilo que é necessário para o pagamento do trabalhador e para que seja possível produzir e acrescentar novos valores ou mais valores às mercadorias, sinteticamente: que as jornadas realizadas sejam mais longas do que o necessário para sustentar o trabalhador; que a intensidade e a produtividade do trabalho sejam elevadas, garantindo-se, assim, que o trabalhador seja remunerado normalmente e, além disso, produza algo a mais.

Dar-se-á, também neste ponto, o destaque para a intensidade, condição que assume destaque no labor contemporâneo em decorrência da maneira como foi realizada a reestruturação das atividades econômicas segundo a batuta do neoliberalismo.

Na entrevista que realizamos, 19 assistentes sociais ressaltaram que era insuficiente a quantidade de assistentes sociais trabalhando naquela determinada unidade.



Gráfico 1 – Quantitativo de assistentes sociais na unidade do SUS.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A quantidade insuficiente de assistentes sociais para atender as demandas postas na realidade é um fato que muitas vezes gera essa intensificação de trabalho para as que permanecem empregadas. Levando-se em consideração a especificidade do que o tipo de trabalho intelectual e emocional do(a) assistente social que envolve também exigências éticas (com a população, com outro(a) assistente social, com as suas entidades de representação e os órgãos de garantia de direitos) que leva a este(a) trabalhador(a) a certos compromissos na condução do atendimento às demandas, por vezes, fazendo a assumir essas horas extras que não serão pagas e essa complexificação de quantidade e qualidade das demandas de trabalho apesar da redução da equipe. Podemos verificar o exemplo no relato das experiências destes(as) assistentes sociais entrevistados(as):

Também é pela questão do cansaço físico também porque como somos só duas na emergência né, então, a gente pega casos que a gente começa a atender seis horas da noite e a gente, a colega já chega para render a gente, e já tem caso para a colega pegar. Então, essa colega que chega nem pode ajudar a gente, a intervir no caso “Não, eu vou estar aqui com vocês, cada uma pega uma coisa!”, então, assim, eu tenho saído tarde do hospital, por cota dessa questão de sermos só duas para dar conta da emergência inteira. Então, desde que eu, tem o quê? Tem uns três plantões que eu tenho saído depois do horário e a gente não é paga por isso, sabe, não recebe a mais, não recebe hora extra, então eu oito fico, oito e meia, saio nove horas da noite. Eu poderia passar o caso para a colega da noite e a colega da noite dar continuidade, ela poderia fazer, tudo o que fosse fazer eu passaria o caso para ela, ela poderia fazer relatório, ela poderia pegar o caso para ela. Só que quando ela chega, já tem outras demandas e ela também é sozinha a noite, como é que ela vai pegar a mina demanda se quando ela chega ela tem outras questões para poder absorver, entendeu, não tem como passar a bola pra a colega do caso, entendeu, não tem como. (Assistente Social 8 – Hospital Municipal).

São cinco unidades de CTI e uma enfermaria né de covid, que dizer, mas de oitenta leitos né? São oitenta e poucos leitos com dois assistentes sociais, em média por turno né? É, então, é, assim, é muita demanda né para o serviço social. (Assistente Social 11 – Hospital Estadual temporário atualmente).

Assim, segundo a divisão que a minha coordenadora traçou, o ideal seriam 24, tem até um número de profissionais que ela sempre quando a direção pede “Ah se tiver contratação”, são 24 e atualmente só temos 15. Quando eu entrei lá, nós éramos 30 mais ou menos assim, porque nós tínhamos 2 diaristas e foi reduzindo, foi reduzindo pela metade nesses anos, desde 2014 para cá reduziu pela metade a equipe. (Assistente Social 4 – Hospital Estadual)

Na verdade, quando eu entrei, tinham bastantes assistentes sociais, é, tinha entorno de 60 assim, um pouco antes de eu entrar, dizem né, que era o pessoal do Estado e da Fundação que gerenciavam ali e a Os entrou de mansinho só para gerenciar CTIs, dois CTIs, só para gerenciar CTIs. Quando eu entrei, foi o período mesmo de transição da saída do pessoal do Estado né, que era Hospital Estadual Albert Schweitzer, para a entrada da Organização Social de Saúde é Hospital Maternidade Terezinha de Jesus. Quando eu entrei, então, já tinha caído esse número de assistentes sociais acho que mais da metade, acho que na época que eu entrei devia ter, o quê? Mais ou menos umas 15 assistentes sociais, talvez. Aí, eu ingresso essa leva, aí a gente teve lá a mudança para Município né, era o governo, 2015. Mas, teve uma época que ficou bom, que ficou um assistente social por andar, ficou bem bom e, aí, depois, que foram sabe assim, as pessoas saem e ninguém é colocado no lugar, aí tem a primeira leva de demissão, ah, tiveram três levadas de demissões, verdade, eu fui na última, teve a primeira leva de demissão e ninguém é colocado no lugar, teve a segunda leva ninguém é colocado no lugar, aí é que ficou bem maçante. Aí, o estado sai, o pessoal do estatutário sai, então aí começou a entrar numa carga bem pesada. (Assistente Social 2)

Em julho de 2016, eu fui desligada desse hospital, porque no meio, no período que eu estava é trabalhando lá, houve um processo de municipalização, o hospital era estadual e depois passou ao município e a estrutura né em termos de quadro funcional foi completamente modificada, então o serviço social foi, o quadro do serviço social foi enxugado de uma maneira assim muito severa e muitos profissionais foram desligados. (Assistente Social 16 – Hospital Estadual – contrato com Organização Social).

Quando a organização perpassa por uma reestruturação que implica em diminuição do efetivo e aumento do trabalho, origina-se um sentimento de insegurança e aumenta o uso da intensificação do trabalho e a polivalência como estratégia de gestão de pessoal. Evidencia-se que o fato de a gestão OS permear incertezas da permanência do vínculo laboral, agravado pelo monitoramento, constante, do cumprimento de metas e indicadores, desdobra-se em um profissional cotidianamente pressionado (com implicações em sua saúde), pois, acima de tudo, deverá manter sua produtividade, temendo substituição repentina e, por vezes, injusta.

Como é observado nesses relatos, muitos usuários atendidos por assistentes sociais trazem consigo situações de extrema violação de direitos e de vulnerabilidade social, que, por sua vez, requerem intervenções profissionais. Porém, muitas vezes, este(a) profissional não consegue realizá-las, devido à escassez de recursos e restrições da instituição.

Aliada a esse processo, estão as jornadas excessivas de trabalho, pois, apesar de seus contratos de trabalho estabelecerem um horário, acabavam, muitas vezes, estendendo-se em suas intervenções, ultrapassando o acordado, devido às demandas complexas postas. Além disso, outras requisições têm sido demandadas a assistentes sociais pelas instituições, que, por sua vez, acabam sobrecarregando ainda mais este(a) profissional.

No trabalho assalariado, o controle sobre o grau de intensidade com o qual o trabalho é realizado foge das mãos do indivíduo trabalhador junto com os elementos que fazem parte do contrato de venda da força ativa por um determinado período e passa para as mãos da empresa. A decisão sobre o vigor segundo o qual é feito o trabalho varia, pois, conforme as condições de autonomia.

O argumento da transferência do gerenciamento de unidades públicas de saúde para OS a fim de obter melhor eficiência na prestação dos serviços, ou seja, melhor resultado, exige que entidade gestora deve ser cobrada e responsabilizada pelos resultados, por meio de fiscalização efetiva da Administração Pública e sociedade civil quanto ao cumprimento dos indicadores de desempenho e metas. No caso do setor público-estatal, a exemplo do setor privado, significativas mudanças tecnológicas levam à incorporação da cultura do gerencialismo, que esvazia conteúdos reflexivos e criativos do trabalho, enquadrando processos e dinâmicas institucionais às metas de controle de qualidade e de produtividade a serem alcançadas.

No que se refere especificamente aos indicadores de desempenho e metas, a participação do poder público na administração na redação das cláusulas do contrato e, posteriormente, na fiscalização da sua execução seria essencial para

assegurar a qualidade, eficiência e economicidade dos serviços prestados e evitar o desvio de verbas públicas

Nesta realidade, o Poder Público deixa de ser o gerenciador de unidades hospitalares e passa a desempenhar o papel de fiscalizador dos serviços. Contudo, com os diversos acórdãos dos Tribunais de Contas, verifica-se que, na prática, o Poder Público não exerce com o necessário empenho a fiscalização dos contratos, permitindo que a qualidade dos serviços deteriore e os custos aumentem, o que contradiz o argumento de que a privatização traria eficiência/economia.

3

A precarização do trabalho dos(as) assistentes Sociais e o trabalho profissional na saúde pública

Neste capítulo, abordaremos como a condição de trabalhador assalariado conjuga o cenário de precarização do trabalho e vida do(a) assistente social. Discutiremos a natureza contraditória da profissão, pois a inserção do(a) assistente social no mercado de trabalho é um elemento necessário para sua reprodução enquanto profissional inserido na divisão sociotécnica do trabalho. Contribui, dessa forma, no processo de produção e reprodução das relações sociais presentes na sociedade capitalista.

O Serviço Social, neste processo de contradição, atende tanto aos interesses do capital, por meio da criação de condições favoráveis para a reprodução da força de trabalho, como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, aos interesses do trabalho. Discutiremos as formas atuais de precarização do trabalho enfrentadas por assistentes sociais em diversos espaços sócio-ocupacionais e também trataremos o debate sobre as particularidades do trabalho de assistentes sociais na área da saúde pública e os aspectos de precarização destes profissionais quando inseridos no SUS. Pretendemos dar continuidade neste capítulo à exposição dos dados da entrevista realizada com assistentes sociais com experiência no SUS do RJ.

3.1.

Assistente Social como trabalhador assalariado e precarização do trabalho

A origem do Serviço Social como profissão está intrinsecamente ligada ao sistema capitalista, tendo espaço no mundo do trabalho mais precisamente na transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, período este marcado pelo acirramento das expressões da questão social e a organização da classe trabalhadora que passa a pressionar o empresariado e o Estado exigindo melhores condições de vida (Iamamoto & Carvalho, 1998).

As políticas sociais na era dos monopólios são uma necessidade que viabiliza a manutenção desse sistema. Assim, o Estado passa a administrar as políticas sociais indo da formulação até a execução destas, fortalecendo e apoiando tal sistema, de modo que se torna o seu principal legitimador ao intervir nas tensões e conflitos derivados da contradição Capital/trabalho.

Portanto, o Estado, para conseguir a adesão da classe trabalhadora, incorpora, no plano político, o atendimento de um mínimo de condições de reprodução da força de trabalho, que não afeta as relações de exploração, contribuindo para amenizar os conflitos entre as classes sociais, de forma a tornar disponível e operável a força de trabalho.

Netto (1992), ao analisar a emergência do Serviço Social como profissão, coloca que é particularmente na intercorrência do conjunto dos processos econômicos, sociais, políticos e teórico-culturais ocorridos no período monopolista do capitalismo em que é instaurado o espaço histórico-social que permite o surgimento do Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social (e técnica) do trabalho. Neste sentido, na perspectiva de garantir a reprodução social das condições que possibilitam a manutenção da ordem burguesa por meio das políticas sociais, o Estado necessita de profissionais para trabalhar nestas políticas. Desse modo, abre-se espaço na divisão sócio técnica do trabalho para o Serviço Social.

Neste contexto, está posto o mercado de trabalho para assistentes sociais, atuando na execução das políticas sociais do Estado burguês, como uma profissão que contribuirá para a reprodução das relações sociais. O contexto histórico em que se origina o Serviço Social no Brasil é marcado pelo desenvolvimento do capitalismo industrial e da expansão urbana. O desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais oriundas desse processo suscitaram a emergência de novas necessidades sociais e o aparecimento de novos impasses no tocante à questão social, que exigiram a atuação de profissionais qualificados para o seu enfrentamento.

Segundo Guerra (1995), o Serviço Social inseriu-se na divisão sociotécnica do trabalho para planejar, implementar e avaliar políticas sociais que pudessem

atenuar as expressões da questão social e, assim, manter a produção e reprodução material e ideológica da força de trabalho (classe trabalhadora). As políticas sociais, dentro desse contexto, não podem ser analisadas de maneira unilateral, uma vez que são permeadas por contradições.

As políticas sociais se constituíram, e se constituem, como uma estratégia do Estado para alcançar o consenso entre trabalhadores e capitalistas e, ao mesmo tempo, são conquistas da classe trabalhadora. Por conta dessa natureza, as políticas sociais constituem espaços contraditórios que devem ser disputados pelos trabalhadores.

Iamamoto (2012) nos coloca que o Serviço Social sofre impactos diretos das relações do Estado e da sociedade. Isso acaba por definir alguns limites e possibilidades no exercício profissional e condiciona as respostas que os profissionais oferecem a questão social. A autora deixa claro o limite que o sistema capitalista impõe ao(à) assistente social e o fato de a profissão estar ligada a um jogo de interesses políticos e ideológicos institucionais que se relacionam diretamente com a atuação profissional.

Parte-se desse conhecimento do Serviço Social como uma profissão que participa da divisão sociotécnica do trabalho, ao mobilizar um conjunto de habilidades e competências que o particularizam no processo de trabalho. Além disso, reafirma-se a condição de trabalhador(a) assalariado(a) assistente social que, ao vender sua força de trabalho ao empregador, também recebe os rebatimentos das transformações do mundo do trabalho (Iamamoto, 2012).

É por meio dessa relação mercantil que se estabelece a objetivação do valor de uso da força de trabalho, expresso no trabalho concreto, executado pelo(a) assistente social que possui uma força de trabalho especializada. Dessa forma, o trabalho do(a) assistente social realiza-se pelo trabalho assalariado, que tem, no âmbito do Estado e nos organismos privados (empresariais ou não), as bases dos espaços sócio-ocupacionais desse(a) profissional. Em outros escritos, Iamamoto (2012) afirma que:

[...] a mercantilização da força de trabalho, pressuposto do estatuto assalariado, subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação, impondo condicionantes socialmente objetivos à autonomia do/a assistente social na condução do trabalho e à integral efetivação do projeto profissional. (Iamamoto, 2012, p. 8).

Ao vender sua força de trabalho especializada, o(a) assistente social transfere ao seu empregador o valor de uso especializado de sua força de trabalho qualificada. Assim, a condição de assalariado envolve a incorporação de critérios institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho.

A mesma autora (Iamamoto, 2014) reforça que a condição de assalariamento do(a) assistente social tem relação direta na compra e venda da força de trabalho e sua equivalência direta, o dinheiro. O salário que esse profissional recebe é o valor de troca que o trabalho tem no modo de produção capitalista. O contrato de trabalho e a condição de trabalhador assalariado impregnam a profissão de dilemas que vão desde a alienação até determinantes sociais, condicionantes objetivos à autonomia do profissional na condução do trabalho e à efetivação do projeto profissional crítico.

Não podemos deixar de estudar a condição de trabalhador assalariado na análise da precarização do trabalho de assistentes sociais. O(a) assistente social, enquanto trabalhador assalariado, também vende sua força de trabalho e está à mercê de todo o processo de precarização e exploração do trabalho. O profissional se vê sem ter o controle sobre os meios, os instrumentos e sobre o produto do seu processo de trabalho. Isso ocorre, principalmente, devido à multiplicação de postos de trabalho sem as mínimas garantias trabalhistas, em que, para garantir sua subsistência, os profissionais se submetem a condições de trabalho precárias, muitas vezes operacionalizando ações totalmente funcionais à manutenção da exploração do trabalho.

Dessa forma, uma das condições para o ingresso do Serviço Social como profissão foi a transformação da força de trabalho do(a) assistente social em mercadoria e o seu trabalho, conseqüentemente, em uma atividade subordinada à classe capitalista. Portanto, a mesma lógica de dominação dos trabalhadores preside a intervenção de assistentes sociais, e estes(as), por não serem

profissionais liberais, devem agir de forma a implementar as políticas e programas sociais do Estado burguês.

Algumas pesquisas qualitativas sobre o trabalho de assistentes sociais destacam formas diversas e atípicas de contratação destes profissionais que demarcam o atual cenário de flexibilização dos contratos de trabalho, condicionando extenso processo de precarização, entre várias pesquisas representativas para iniciarmos a reflexão para o estudo em questão: as pesquisas de Botão (2015), Santos & Stampa (2019), Raichelis (2011) e Lourenço (2017).

Botão (2015) estuda o Serviço Social nas empresas com destaque para a atividade das chamadas consultorias empresariais. A autora discute impactos desses processos de precarização do trabalho profissional na inserção nas consultorias e destacou que, dentre as tendências do Serviço Social em empresas, há a ampliação do Serviço Social externo e o aumento da informalidade do contrato de trabalho com possíveis reduções salariais e cotidiano de incerteza da contratação de novos serviços para tais profissionais.

Em relação à ampliação do Serviço Social externo, observa-se a substituição de assistentes sociais contratados da empresa pela consultoria. Em outras palavras, a função de consultor vem sendo direcionada para atender principalmente à demanda de profissionais executores que deveriam ser assistentes sociais contratados(as).

Tal pesquisa indica que muitas vezes esses consultores realizam tarefas em seus domicílios e se disponibilizam 24 horas para o atendimento por telefone. Estes trabalhadores se tornam prestadores de serviço externos, além de não serem mais subordinados de forma tradicional com jornada de trabalho e local fixo para o desenvolvimento de suas funções profissionais. Contudo, o caráter de trabalho alienado e explorado não deixa de existir nessas relações contratuais.

A expansão de tal função se apoia em argumentos políticos e ideológicos de orientação liberal ligados ao empreendedorismo. No entanto, a chamada liberdade (flexibilidade) profissional e parceria com a empresa que contrata o consultor escamoteiam uma relação de trabalho precário, como afirma a autora, uma relação de antagonismo. Portanto, as relações de trabalho na área empresarial têm

assumido características de precarização das condições de trabalho com grande externalização e informalidade, justificando-se como consultoria (Botão, 2015).

Já Santos e Stampa (2019) analisam a contratação de assistentes sociais na Política de Assistência Social por meio dos pregões, que são formas atípicas e precárias de contratação. Trata-se de uma modalidade de contratação a partir de processos de licitação com regras definidas pelos empregadores com o objetivo de ter a proposta mais vantajosa financeiramente para as instituições. Os casos pesquisados pelas autoras se concentram no poder público, mais especificamente na prestação de serviços de assistência social. Em termos de preço, os valores pagos pela prestação de serviços são reduzidos, bem como exigência de qualidade.

Ao analisarem os editais licitatórios, as autoras constataram a violação da jornada de trabalho regulamentada para o(a) assistente social (máximo 30 horas semanais), pois, caso vença o pregão, deverá cumprir 40 horas semanais. Há ainda redução dos custos para o empregador e transferência dos riscos para os próprios trabalhadores. Também existe a tendência de utilização de cargos genéricos e de processo de desregulamentação profissional, crescente terceirização e contratação por vínculos ainda mais precários.

Assim como Santos (2020), Raichelis (2011) pesquisa o trabalho de assistentes sociais nas políticas de assistência social e destaca que, no âmbito municipal, ampliou inserção profissional com grande precarização dos vínculos, em função da descentralização dos serviços sociais públicos.

Uma das formas de precarização do trabalho está nos vínculos contratuais terceirizados. Segundo a autora, a terceirização para o trabalho social desconfigura o significado e a amplitude do trabalho realizado por assistentes sociais e demais trabalhadores sociais; desloca as relações entre a população e poder público por causa da intermediação de empresas e organizações contratadas; e subordina as ações desenvolvidas a prazos contratuais e aos recursos financeiros definidos. Dessa forma, acarreta discontinuidades, rompimento de vínculos com usuários e insatisfação da população para com as ações públicas.

Segundo a autora, os efeitos da precarização do trabalho de assistente social se fazem sentir em níveis e intensidade antes desconhecidos pela profissão, sobretudo para aqueles que procuram seu primeiro emprego, uma vez que parcela de assistentes sociais anteriormente empregados ainda goza de estabilidade no emprego.

Raichelis (2011) assim como Botão (2015) afirmam que, no âmbito do Serviço Social, intensificam-se os processos de terceirização, de subcontratação de serviços individuais dos(as) assistentes sociais por parte de empresas de serviços ou de assessoria, de “cooperativas” de trabalhadores, além de outras formas de prestação de serviços aos governos e organizações não governamentais, indicando um exercício profissional privado (autônomo), temporário, por projeto, por tarefa, em função das novas formas de gestão das políticas sociais.

Tais aspectos são expressões do movimento de mudança do mercado de trabalho com a redução (como é o caso das empresas) como também a ampliação (como é o caso das políticas de assistência social) dos postos de trabalho para o(a) assistente social. Porém trata-se das formas de organização e gestão do trabalho que se refletem no mercado formal de trabalho com uma relação muito próxima da informalidade, reflexos da reestruturação produtiva.

Na saúde pública, a tendência da precarização tem sido afetada pela crescente lógica mercantil introduzida na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) quando o Estado, com o discurso de ter mais a eficiência e a eficácia do serviço público, implementa medidas investida privatizante (Serpa, 2009). Nesse sentido, os modelos de gestão, seja a Fundação Estatal, a OS ou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), representam um patamar de regulamentação do trabalho na saúde que revela o processo efetivo da flexibilização e intensificação da precarização do trabalho no setor público sobre os trabalhadores da saúde os efeitos mais negativos dessas propostas.

Lourenço (2017), na sua pesquisa com 291 assistentes sociais dos vários níveis de atenção SUS, constatou que os serviços públicos de saúde vêm sendo transferidos para a gestão privada. Isso cria uma fragmentação muito grande entre os trabalhadores, que têm condições contratuais, salariais e jornadas diferentes, o

que afeta as suas condições de trabalho e sua organização política. A sua pesquisa verificou que 26.46% de assistentes sociais foram contratadas sem passar pelo crivo do concurso público, o que gera instabilidade e insegurança, situando-as na corda bamba das relações políticas, tanto para a contratação quanto para a demissão. O que está ocorrendo no âmbito do SUS é a substituição de trabalhadores concursados por trabalhadores terceirizados e celetistas.

Uma questão importante constatada pela autora é o uso de termos genéricos para a contratação de assistentes sociais no SUS, por exemplo, utilizado o termo Agente Técnico em Saúde, que pode englobar inúmeras profissões, o que permite maior autonomia para o empregador em pagar baixos salários e exigir a jornada de 40 horas semanais. Eles utilizam este tipo de manobra de colocação de um cargo genérico para não respeitar as conquistas legais da categoria do Serviço Social (Lourenço, 2017).

Segundo Santos (2014), a privatização gerencial no SUS contribui para a precarização do trabalho e flexibilização dos direitos trabalhistas, posto que os vínculos dos trabalhadores dos serviços públicos passam a ser regidos também por contratos profissionais que se caracterizam pela ausência de estabilidade, remunerações diferenciadas entre trabalhadores da mesma profissão e serviço, além da flexibilização de parte do salário atrelada ao critério da produtividade.

Bravo e Menezes (2013, p. 18) avaliam que os anos 2000 se iniciam dando continuidade à política de saúde dos anos 1990. Esta afirmação é justificada pela “ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social”.

A reestruturação produtiva do capital aliada à lógica neoliberal e reordenamento Estatal resultam diferentes formas de precarização do trabalho e atingem o mercado de trabalho do(a) assistente social. Em todas estas pesquisas, verifica-se o velho recurso do rebaixamento salarial e prolongamento da jornada, característico das relações de trabalho no Brasil, conhecido por ser um país de capitalismo periférico.

As alterações no mercado de trabalho são evidenciadas a partir de novas formas de contratação, inserção e manutenção do trabalho. Os efeitos da reestruturação produtiva expressam-se pela flexibilização do trabalho, e a terceirização é uma das principais formas ou dimensões desta flexibilização, pois consegue reunir e sintetizar o grau de liberdade de que o capital dispõe para gerir e dominar a força de trabalho (Druck & Franco, 2008).

Não há como ignorar o fato de o maior empregador para a categoria ser o setor público. Por um lado, em 2013, o emprego público, considerando todas as esferas, representava mais de 72% do total do emprego. Por outro lado, o aumento quantitativo das vagas entre 2004 e 2014 não reflete igualmente na valorização salarial. No serviço público municipal, por exemplo, assistentes sociais têm o rendimento inferior à média da categoria profissional, nas esferas Federais e Estaduais, apesar de os Municípios concentrarem mais assistentes sociais no período indicado (DIEESE/CUT, 2015).

Nos dias atuais, mesmo com os avanços capitalistas, as inúmeras lutas da classe trabalhadora e conquistas de direitos sociais, muitas têm sido as estratégias para dispensar a força de trabalho, das mais simples às mais sofisticadas, como vimos o caso das ditas “consultorias” empresariais, a lógica capturada por Marx no início do século XIX, apesar das mudanças fenomênicas, se mantém. No caso dos trabalhadores da área da saúde pública, nem sempre há dispensa da força de trabalho, mas o aumento da exploração com a redução salarial, instabilidade no emprego, falta de condições gerais para a execução das atividades, entre outras questões.

As manifestações do aumento da exploração podem ser identificadas na utilização da força de trabalho de profissionais residentes como trabalhadores com vínculos de trabalho frágeis e temporários, conforme analisamos em pesquisa de Silva (2017), contratos via OS que marcam tipo de contratação terceirizada e temporária. Nas relações de trabalho no âmbito do Serviço Social, segundo Raichelis (2011, p. 431), “intensificam-se os processos de terceirização e subcontratação de serviços individuais dos(as) assistentes sociais por parte de empresas de serviços ou de assessoria (empresas do eu sozinho ou PJs)”. Essa tendência direciona para o exercício profissional autônomo e temporário,

estabelecido por contratos particularizados de acordo com a demanda de trabalho, entre outros.

A precarização, terceirização e diversidade de vínculos influenciam na dimensão coletiva da profissão, visto que dividem assistentes sociais em dois grupos, “efetivos” e “contratados”, ambos são parte de uma mesma categoria profissional, porém separados pelas diferentes formas de contratação. As diferenças implementadas pelas formas de inserção no mercado de trabalho vêm instituindo um abismo social no interior da profissão. Assim, há novas formas de contratação do trabalho, com as precarizações por meio dos contratos temporários, contratos por projetos, terceirização, instabilidade e baixos salários, além da falta de condições físicas e materiais adequadas para consecução do seu trabalho.

As precárias formas de inserção no mercado de trabalho, com ausência de estabilidade nos vínculos, falta de condições materiais e instalações físicas adequadas, além da insuficiência de formação continuada, repercutem na própria consciência do trabalhador, provocando competição entre eles, fragilizando, assim, a organização coletiva da categoria profissional. Uma primeira dimensão da precarização do trabalho que desponta está relacionada aos vínculos e relações contratuais, considerando que a admissão de trabalhadores ocorre, muitas vezes, por meio de indicação, processos seletivos, entre outros.

Ainda nessa direção, como afirma Raichelis (2010), além de impactar diretamente nas relações de trabalho dos profissionais subcontratados, a precarização também tem influência diretamente no conjunto do trabalho social, pois desloca as relações entre a população para com as organizações do terceiro setor, além de as ações desenvolvidas por profissionais passarem a ser subordinadas a prazos contratuais temporários, o que gera desconhecimentos, rompimento de vínculos com usuários, descrédito da população para com as ações públicas. Ou seja, há a precarização da qualidade do serviço prestado para a população, visto que o profissional não conseguirá dedicar-se a longo prazo no atendimento às demandas complexas da população usuária.

As transformações no mundo do trabalho, com ênfase na precarização, e toda ofensiva do capital enfraquecem a dimensão ético-política e técnica do

trabalho na direção do projeto ético-político do Serviço Social. Esta realidade se relaciona com ações profissionais reduzidas ao imediatismo e no atendimento às requisições institucionais que são aprofundados quando o profissional se encontra em frágil vínculo de trabalho.

Nesse sentido, a autonomia profissional também se revela como um fator que expressa a precarização nas condições de trabalho, tendo em vista que ao mesmo passo em que o(a) assistente social possui um norteamento de suas ações para com os usuários, também é pressionado a seguir as normas da instituição na qual trabalha. Ou seja, ele lida com uma autonomia relativa em que precisa realizar seu trabalho para com a classe que categoria direciona suas ações, sem deixar de atender as solicitações daqueles que mantêm a sua sobrevivência, e esses possuem direcionamentos contrários aos propostos pela profissão de Serviço Social. A realidade de precarização também encolhe as possibilidades de exercício da relativa autonomia profissional.

Consideramos, portanto, que há várias possibilidades para identificar precarização das relações de trabalho, tais como: não estabilidade dos vínculos empregatícios, níveis salariais baixos, carga horária excessiva, infraestrutura não disponível para a realização do trabalho, redução dos direitos trabalhistas e previdenciários, redução da autonomia profissional, intensificação do trabalho. Além da precarização existencial do(a) assistente social com a captura de seu tempo livre, tempo de lazer, de sociabilidade e de participação política para as requisições do trabalho ou para manter a dita empregabilidade no contexto em que o desemprego estrutural é uma arma de ameaça e disciplinamento do capital.

3.2.

O trabalho do(a) assistente social na saúde pública

A saúde foi a área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil a partir da década de 1940. Nessa área, a atuação de assistentes sociais se localizou principalmente nos hospitais (Correia, 2005). Em 1948, porém, a área da saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional devido, principalmente, à elaboração de um conceito de saúde da Organização Mundial de

Saúde que trouxe os aspectos biopsicossociais como seus determinantes e também a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa. Nesse contexto, o(a) assistente social compõe uma equipe multidisciplinar com a visão de tarefas educativas visando hábitos de higiene e saúde (Correia, 2005; Bravo, 2013).

De acordo com Bravo (1996), a intervenção do(a) assistente social era baseada no atendimento direto com o usuário e sua família, com recurso à metodologia do Serviço Social de Casos, que, devido a sua referência ao funcionalismo, compreendia que os problemas vividos pelos “clientes” eram frutos de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando os seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação. Bravo (1996) considera que até os anos oitenta a profissão encontrou-se desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde, que é representado pelo movimento sanitário.

Em 1964, a ditadura militar não conseguiu reprimir o debate que discutia os rumos a serem tomados pelo Serviço Social que foi o período de renovação profissional que, segundo Netto (2010), deu-se em três direções: modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura. Não pretendemos neste trabalho discutir as especificidades de cada uma destas vertentes, mas destacamos que o Serviço Social na área da saúde neste período de renovação tinha hegemonia da modernização conservadora, com vinculação destacada na estrutura do complexo previdenciário de assistência médica (Krüger, 2010).

Nessa época, o mercado de trabalho se ampliou em hospitais e ambulatórios e na previdência social, mas apenas na saúde individual, e não na coletiva. Nesse período em que ocorreu a unificação dos Institutos de Previdência Social (IAPS) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), logo depois surge o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS).

A ação do Serviço Social na saúde continuou por todo período sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares. A direção modernizadora tornou-se predominante face às exigências do mercado de trabalho da época em que na saúde privilegiava a dimensão curativa, dando ênfase às técnicas de intervenção, burocratização das atividades e concessão de benefícios.

A renovação do Serviço Social passou a ser direcionada pela vertente da intenção de ruptura no final da década de 1970 e buscava romper com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais (NETTO, 2010). Essa vertente não chegou a influenciar os profissionais que trabalhavam na área da saúde, continuavam distantes das reflexões e, na prática, permaneciam subalternos ao protagonismo médico, dominante na área (Krüger, 2010).

Segundo Bravo (2009), o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; contínua como categoria, desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária e sem uma ocupação organizada na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão, apesar de novas direções teórico-metodológicas na profissão e do Movimento Sanitário. Porém, novos desafios à profissão surgem na década de 1990, com a implantação do SUS, com as diretrizes das Leis Orgânicas da Saúde – Leis n.º 8.080 (Brasil, 1990) e 8.142 (Brasil, 1990a).

Com a Constituição de 1988 e a implantação do SUS, a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado e os princípios da descentralização, da universalização, da integralidade e da participação da comunidade passam a ser diretrizes do novo sistema. A regulamentação do SUS trouxe ainda mais inovações para a área da saúde, como a ampliação do conceito de saúde, que passou a considerar fatores como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” como condicionantes e determinantes da saúde (Brasil, 1990). Provocou, ainda, mudanças na atuação do Serviço Social junto a esta área.

Mudanças internas na profissão influenciaram o exercício profissional do(a) assistente social principalmente por meio da consolidação seu atual projeto profissional baseado nas lutas sociais das classes trabalhadoras na construção de uma nova ordem societária (Netto, 2006). Mais tarde, teve no Código de Ética profissional de 1993, na Lei que regulamenta a profissão de 1996 e na própria reforma curricular, respaldado por esse projeto.

Para o CFESS (2010, p.15), a nova configuração da política de saúde impactou o trabalho do(a) assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Ampliou-se o trabalho precarizado, e os profissionais são chamados para amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação na especialização do trabalho coletivo. A atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise ao enfrentamento das expressões da questão social nos diversos níveis de serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica (CFESS, 2010, p. 20).

A inserção do(a) assistente social vem sendo escrita ao longo dos anos e é caracterizada por um profissional que articula o recorte social nas diferentes formas de promoção de saúde e identifica causalidades e multiplicidade dos fatores que afetam a qualidade de vida da população.

Assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p. 41).

De acordo com Soares (2010), a profissão tem ocupado no SUS o lugar da assistência direta aos usuários, principalmente nas média e alta complexidades quando comparados com a atenção básica ou primária, com um conteúdo predominantemente assistencial/emergencial. Dentre as unidades de saúde em que os profissionais trabalham situam-se: hospitais e/ ou maternidades, gestão em distritos sanitários ou no interior das secretarias de saúde, unidades de saúde mental, ambulatórios, clínicas especializadas, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

A resolução n.º 218, de 06 de março de 1997, reconhece como profissionais de saúde com nível superior 13 categorias profissionais, dentre elas assistente social. De acordo com dados do Ministério da Saúde, referentes a abril de 2019,

há cerca de 33.235 vínculos de assistentes sociais que atuam em instituições de saúde que atendem ao SUS⁶⁹, em 2007 havia 18.106.

Em relação às condições de trabalho de assistentes sociais que atuam no SUS em pesquisa realizada por Lourenço et al. (2019), entre 2014 a 2016, participaram 295 assistentes sociais inseridos(as) no SUS.²² Destes(as) profissionais 43,3% trabalhavam em hospitais. Cerca de 53% (155) dos(as) respondentes são do estado de São Paulo; 9,28% (27) do Rio de Janeiro; 8,93% (26) de Goiás; 6,53% (19) de Minas Gerais; 2,75% (8) do Paraná e mesmo percentual de participantes para os estados de Pernambuco, Santa Catarina e Roraima, havendo, ainda, quantidades menores em 11 estados da Federação (Lourenço et al., 2019).

Foram 54,9% os(as) Assistentes Sociais que atuam no mesmo local de trabalho há um período de até cinco anos, e 63,7% declararam ter, no momento da pesquisa, apenas um vínculo contratual. A maioria, isto é, 63,7%, recebe contratação por meio de concursos públicos e faz jornada de trabalho de 30 horas semanais; já 25,8% passaram por processo seletivo e 4,7% foram “contratadas” por indicação. Os dados indicam que o maior percentual das entrevistadas recebe de três a quatro salários mínimos (Lourenço et al., 2019).

Em pesquisa realizada por Davi; Serpa; Santos e Nóbrega (2015), nos municípios de João Pessoa-PB e Campina Grande-PB, que buscou identificar as particularidades do mercado de trabalho de assistentes sociais na saúde no âmbito municipal, constatou-se que está em curso um acelerado processo de precarização das relações e condições de trabalho dos(as) assistentes sociais, expresso, sobretudo, na desregulamentação dos vínculos, nos baixos salários, na rotatividade e fragmentação e na precariedade das condições objetivas de trabalho.

A expansão da inserção dos(as) assistentes sociais na política de saúde pode ser constatada por meio dos dados que indicam que, no período de 2004 a 2011, os municípios pesquisados elevaram seu patamar de contratação, representando

²² O questionário foi respondido tanto em sistema on-line (disponibilizado no site de uma universidade pública) quanto de forma impressa (durante eventos da categoria de Assistentes sociais), e 758 participantes responderam aos questionários, considerando as três áreas que compõem a seguridade social brasileira. Desse total, 295 eram vinculados ao SUS.

um acréscimo de 42%. Esse crescimento mantém uma íntima relação com a implantação e ampliação das ações institucionais subsidiadas pelo governo federal, a exemplo da ESF, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Entretanto, em que pese esta constatação, verificou-se que 25,7% dos(as) assistentes sociais possuem vínculos precários de trabalho. O crescimento deste tipo de vínculo tem ocorrido em função da inserção de profissionais em Projetos/ Programas executados nos serviços de saúde, a exemplo do NASF, UPAs e CAPS, que se constituem em possibilidades de expansão precarizada do mercado de trabalho profissional.

Segundo a pesquisa, na Paraíba, são nestes espaços ocupacionais em que se evidenciam os contratos precários. Entretanto, a expressiva formalização do vínculo oculta outras formas de precarização do trabalho, presentes nas condições objetivas e subjetivas de trabalho, no padrão salarial e nas possibilidades de atuação profissional. Associado a estes elementos, consideramos outra particularidade da inserção neste campo, no que se refere aos múltiplos vínculos de trabalho.

Nesta pesquisa, identificou-se que 42,11% de profissionais exercem o duplo vínculo, o que caracteriza a dimensão da polivalência e da multifuncionalidade, que expressam a precarização do trabalho. Esse fato é caracterizado por Netto (1996), e, posteriormente, por Guerra (2010) como “pluriemprego”, o que tem demandado a assistentes sociais a inserção socioprofissional em duas ou mais políticas. Entende-se que esta relação implica a descontinuidade no/do exercício profissional, já que muitos trabalham em regime de plantão, incentivando intervenções pontuais e visa a respostas imediatas.

No que se refere ao padrão salarial, o estudo acima revelou que aproximadamente 80% dos profissionais recebem até 03 (três) salários mínimos. Outro dado agravante é que 44% possui uma remuneração entre 01 (um) e 02 (dois) salários mínimos. Ao considerarmos o total de profissionais que recebem

até 02 (dois) salários mínimos, esse percentual atinge 52,2%. Assim, tal fato evidencia um baixo padrão salarial.

A precarização do trabalho no SUS também se evidencia ao estabelecermos a relação entre os dados de vínculo de trabalho e jornada de trabalho. Nesse aspecto, identificamos que há uma predominância na jornada de 40 horas semanais, representando 87,93% para profissionais prestadores de serviços. Tal situação reafirma a tendência de intensificação da jornada para o trabalho com vínculo mais vulnerável. Para os profissionais com vínculos estatutários, prevalece a jornada de 20 horas, representando 53,79% (Davi et al., 2015).

Dessa forma, assistentes sociais inseridos(as) na área de saúde pública que desempenham papel fundamental na elaboração, no desenvolvimento e na prestação em saúde para a população, apesar de exercerem um trabalho socialmente tão importante, têm uma tendência de inserirem-se em precárias condições de trabalho, além da ampliação de subemprego na área da saúde com instabilidade de vínculos laborativos e ausência de proteção trabalhista. A diversidade de vínculo e o pluriemprego também são características da inserção no SUS.

3.3. Caracterização dos(as) assistentes sociais e o vínculo de trabalho no SUS

Neste item, mostraremos mais resultados da pesquisa que realizamos por meio de entrevistas com assistentes sociais com experiência de trabalho no SUS do RJ. O quadro, a seguir, mostra comparativo de gênero, cor/raça e idade dos participantes da pesquisa. A maioria dos entrevistados é do gênero feminino, sendo 20 mulheres e somente 1 homem. Dentre os participantes, 11 consideram-se negros (8 pretos e 3 pardos), e 10 consideram-se brancos.

Quadro 9 – Perfil geral dos(as) assistentes sociais entrevistados

| Gênero | Quantidade de Respostas |
|-----------------|--------------------------------|
| Homem | 1 |
| Mulheres | 20 |
| Total | 21 |
| Idade | Quantidade de Respostas |
| 25-29 | 1 |
| 30-34 | 7 |
| 35-39 | 3 |
| 40-44 | 6 |
| 45-49 | 1 |
| 50-54 | 3 |
| Total | 21 |
| Cor/Raça | Quantidade de Respostas |
| Branco | 10 |
| Preto | 8 |
| Pardo | 3 |
| Total | 21 |

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Sobre a idade dos(as) assistentes sociais entrevistados, temos 1 participante da pesquisa com idade entre 25 a 29 anos, temos 6 participantes com idade entre 30 a 34 anos, 2 participantes com idade entre 35 a 39 anos, outros 6 participantes com idade entre 40 a 44 anos, ainda tem-se 1 assistente social com idade entre 45 a 49 anos e 3 profissionais com idade entre 50 a 54 anos. Percebe-se que, entre os 6 estatutários entrevistados, 5 são da faixa de idade entre 40 a 54 anos com média de idade maior em relação a outros tipos de vínculo. Segue o quadro que mostra a formação e tipo de vínculo no SUS dos(as) assistentes sociais entrevistados para esta tese.

Quadro 10 – Formação dos(as) assistentes sociais e Forma de inserção no SUS

| Conclusão da graduação em Serviço Social | |
|--|----|
| Década de 1990 | 2 |
| 2000 a 2005 | 5 |
| 2006 a 2011 | 4 |
| 2012 a 2017 | 10 |
| Total | 21 |
| Universidade de graduação em Serviço Social | |
| Universidade Pública Federal | 10 |
| Universidade Pública Estadual | 3 |
| Universidade Privada | 6 |
| Universidade Privada EAD | 2 |
| Total | 21 |
| Pós-graduação (por frequência) | |
| Não | 2 |
| Especialização <i>lato sensu</i> | 13 |
| Residência em Saúde | 6 |
| Mestrado | 5 |
| Total | 26 |
| Vínculo de Trabalho no SUS no RJ (por frequência) | |
| Estatutário | 6 |
| Contrato temporário | 4 |
| CLT | 13 |
| Militar | 1 |
| Residente | 1 |
| RPA | 1 |
| Bolsista | 1 |
| Cargo Comissionado | 1 |
| Total | 28 |
| Contrato (por frequência) | |
| Organização Social - Unidade de Saúde Municipal | 3 |
| Organização Social - Unidade de Saúde Estadual | 4 |
| Fundação Saúde nível Estadual | 4 |
| Contrato temporário Ministério da Saúde | 3 |
| Estatutário nível federal | 4 |
| Estatutário nível municipal | 2 |
| Estatutário nível estadual | 1 |
| Contrato temporário nível estadual | 3 |
| Contrato temporário nível municipal | 1 |
| Total | 25 |
| Forma de admissão no trabalho no SUS | |
| Concurso público estatutário | 6 |
| Indicação pessoal | 3 |
| Processo seletivo com entrevista | 9 |
| Concurso público para empregado público | 3 |
| Total | 21 |

Fonte: Elaboração própria, 2002.

Observa-se que, dentre os(as) assistentes sociais entrevistados, todos(as) possuem ao menos mais de 5 anos de formação na área: 2 assistentes sociais formaram-se na década de 1990, 5 formaram-se entre 2000 a 2005, 3 formaram-se entre 2006 a 2011 e ainda 10 concluíram a graduação em Serviço Social entre 2012 a 2017. A maioria (13 assistentes sociais) se formou em Universidade Público (10 formaram-se em universidade pública federal e 3 formaram-se em universidade estadual) e outros 8 se formaram em Instituições privadas, sendo 1 assistente social formada no Ensino à Distância.

Apenas 2 assistentes sociais não possuem pós-graduação. Outros 20 possuem pós-graduação. Dentre 2 assistentes sociais que não possuem pós-graduação, uma é estatutária e relata que sempre trabalhou na gestão das políticas e não se interessou em realizar pós-graduação, e a outra migrou para a área do direito e atualmente não trabalha mais como assistente social.

Ainda sobre a pós-graduação²³, observa-se que 13 possuem especialização *lato sensu*, outros 6 cursaram Residência em saúde e ainda 5 possuem mestrado acadêmico *stricto sensu*. Nenhuma possui doutorado. A maioria possui somente a graduação em Serviço Social, com 19 pessoas e temos 1 assistente social com graduação concluída em Direito e outra que está cursando graduação em Direito.

Destaca-se, dessa forma, que os entrevistados possuem trajetória de interesse na qualificação acadêmica. A assistente social que cursou a graduação em Serviço Social nos moldes de EAD relata que fez 3 especializações *lato sensu* (com as temáticas ECA e Estatuto do Idoso; Saúde da Família e Saúde Pública). Então, há interesse em buscar formação continuada até como forma de superar os limites da formação que recebeu na graduação.

Com este perfil de assistentes sociais, buscaremos, a seguir, apresentar análise de resultados da nossa pesquisa articulando as informações apresentadas nas entrevistadas com os editais e dados nacionais para refletirmos sobre a precarização dos(as) assistentes sociais especificamente no trabalho no SUS do Rio de Janeiro.

²³ No resultado da pós-graduação, mostramos por frequência de resposta, por isso, se o entrevistado tiver vários tipos de pós-graduações diferentes, aparecerá novamente.

Como verificamos em tópicos anteriores deste capítulo e no capítulo II da tese, o Sistema Único de Saúde é um locus dentro da política pública que teve uma disseminação múltiplas formas de vínculos dos trabalhadores e gestão indiretas das instituições de saúde por meio de OS, fundações, entre outros.

Diante das mudanças na gestão pública, com a entrada do terceiro setor, em parceria da administração direta, verificou-se no setor saúde três formas de administração da saúde:

1. Administração direta: serviços integrados da administração pública, nos três níveis de governo, responsável pela gestão do SUS;
2. Administração indireta: autarquias, sociedades de economia mista, fundações e empresas públicas; e
3. Administração privada complementar: Organizações Sociais (OS); organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP); e parcerias público-privadas (PPP).

No caso do nosso estudo, buscamos compreender como essa ofensiva privatista na política pública tem se configurado para a precarização do trabalho de assistentes sociais nos principais Hospitais e Unidades de urgência e emergência no município do Rio de Janeiro.

No SUS, em linhas gerais, tem-se a predominância dos trabalhadores estatutários que são regidos por regime jurídico dos respectivos estatutos e dos trabalhadores celetistas ou contratados que são regidos pelo direito privado. No primeiro momento de discussão de resultados da pesquisa, mostraremos como atualmente tem predominado a admissão de assistentes sociais celetistas ou contratados e discutiremos os principais aspectos de precarização destes(as) trabalhadores(as) no SUS do Rio de Janeiro. Após, dissertaremos as características do processo de precarização que os estatutários vêm sofrendo principalmente nos últimos anos.

Na entrevista com os profissionais, buscamos identificar o tipo de contrato que aparece nas experiências destes profissionais nos diferentes níveis de gestão no SUS (municipal, estadual e federal) e podemos observar que entre os

entrevistados aparece uma diversidade de tipos de vínculos. Observamos que, nas experiências que apresentamos, os não estatutários são a maioria. Isso está de acordo com o projeto privatista de extinção de ingresso de profissionais regidos pelos estatutos públicos nos diferentes níveis do SUS do Rio de Janeiro.

Podemos observar que há 6 vínculos estatutário no SUS, outros 13 vínculos de CLT, também há 4 contratos temporários, e outros 4 experiências de como bolsista, RPA, cargo comissionado e militar temporário. Há assistentes sociais que acumulam tipos diferentes de vínculo no SUS (o fato de o(a) assistente social ser profissional de saúde possibilita acumular 2 vínculos no setor público).

Diferentes vínculos trazem especificidades na precarização salarial em especial quando o contrato é estatutário comparado às demais formas de contratação. O ingresso, por meio de concurso público com vínculo estatutário, garante isonomia na admissão e maior regulação e garantia de direitos trabalhistas. Entretanto, isso não significa que os estatutários estão livres da precarização ao trabalhar no SUS nesta conjuntura e iremos analisar mais a frente nesta tese as formas de precarização e constrangimentos que estes(as) assistentes sociais estão submetidos.

À medida que se põe a crise estrutural de valorização do valor, a precarização do trabalho aparece como precarização salarial com suas implicações no emprego, carreira, salário e condições de trabalho. A precarização salarial com a vigência do trabalho flexível impõe condições do estatuto salarial específicas relacionadas à contratação salarial, remuneração e jornada de trabalho com consequente rotatividade do trabalho, contratos precários, contratos temporários, frustração de expectativas de carreira.

Ainda entre os(as) assistentes sociais não estatutários existem especificidades quando o contrato é por CLT, contrato temporário, RPA ou bolsista. Existem dimensões de precarização salarial e instabilidades específicas no contrato de trabalho com direito privado dentro do serviço público que serão mais detalhados no capítulo IV. Este tipo de contrato temporário tem se ampliado dentro do SUS e no próximo item iremos abordar como os diferentes entes federativos responsáveis pela operacionalização da saúde pública tem se

apropriado desta diversidade de contratação para precarizar os trabalhadores do SUS.

No Brasil, no âmbito do setor público, a condição de trabalho precário toma forma específica partir da Emenda Constitucional 19/1998. Nominada emenda da reforma administrativa, esta tem como finalidade alterar dispositivos da Constituição Federal referentes à Administração Pública e às relações de trabalho do servidor público com o Estado.

Entre as mudanças determinadas, destacam-se aquelas relativas ao regime jurídico único e a modificação das regras sobre a estabilidade no cargo público. A partir desse contexto, permitir-se-ia a convivência de múltiplas formas de vínculos, que inclui desde o estatutário (regime jurídico único), passando pelo celetista, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, até os vínculos temporários (contrato por tempo determinado) e terceirizados.

Tal mudança interferiu na admissão de pessoal na política remuneratória, na estabilidade e na descentralização das funções das entidades administrativas no serviço público. Retornou, dessa forma, a possibilidade do regime celetista, o direito privado, para as entidades políticas, autarquias e fundações, tal como era na Constituição de 1967, com a sua EC n.º 1/69 alargando a tendência de se fomentar a execução indireta ou terceirização de atividades, em parceria com as OS (Lei n.º 9.637/98).

Atualmente, no contexto político e econômico brasileiro, sobretudo no âmbito do Serviço Público, os gestores, sob argumento de reduzir gastos, optam pela redução de trabalhadores ou pela flexibilização das relações de trabalho, incluindo a terceirização, fatores que interferem na qualidade dos serviços prestados, aprofundam a precarização e interferem nos direitos trabalhistas.

Algumas instituições públicas mantêm seu quadro de pessoal com múltiplas formas de vínculos empregatícios e, conseqüentemente, diferentes remunerações entre os trabalhadores que possuem a mesma formação, condição que pode interferir diretamente no rendimento destes, trazendo o sentimento de desmotivação, o que compromete a qualidade dos serviços realizados.

A diversidade de vínculo também é uma estratégica política de gestão com capacidade de fragmentar a luta organizacional dos trabalhadores e gerar competição entre os mesmos, tendo em vista que passam a ter diferentes direitos trabalhistas, diferentes remunerações e, até mesmo, diferente carga horária.

3.4.

Contratos temporários do Ministério da Saúde e Fundação saúde do Estado do Rio de Janeiro: precarização do SUS e dos seus trabalhadores

Neste bloco, abordaremos a precarização salarial, e o elemento norteador foi a reflexão em torno das complexidades inerentes entre o vínculo de trabalho e os direitos dos profissionais. Pretendemos discutir as formas de contratação e admissão dos profissionais por meio das análises das entrevistas realizadas com os(as) assistentes sociais e dos Editais de alguns processos seletivos.

Iniciando a análise no nível de gestão federal, destacamos que o último concurso do Ministério da Saúde, gestão federal, foi em 2005²⁴ (que foi o concurso de todos os estatutários do nível federal, não universitário, que entrevistamos) e, após deste concurso até os dias atuais, somente houve editais para contratação de profissionais temporários por meio do Ministério da Saúde, e tais contratações são temporárias de duração máxima de 6 meses.

Tendo em vista que pela legislação²⁵ a validade de um concurso é de 2 anos prorrogáveis para mais 2 anos (no total de 4 anos em média que podem convocar profissionais que passaram em um determinado concurso público), podemos verificar que há mais de 10 anos a política admissão de assistentes sociais nos Hospitais Federais do Rio de Janeiro é por meio de contrato precarizado e inseguro. Os editais justificam a realização do processo seletivo simplificado para

²⁴ Exceção do INCA que realizou seu último concurso edital publicado no ano de 2016 contendo vagas para assistente social. Destaca-se que mesmo assim há ingresso no INCA de assistentes sociais temporários por meio do processo seletivo simplificado.

²⁵ Lei n.º 8.112/90 proíbe que seja aberto novo concurso enquanto houver candidato aprovado em concurso anterior, cujo prazo de validade não expirou. De acordo com o art. 12 da mesma lei, o concurso terá o prazo de validade máximo de 2 anos, podendo ser prorrogado uma vez, por igual período. Porém, esse prazo é máximo; logo, nada impede que o edital fixe prazo menor.

atender à necessidade temporária e excepcional, entretanto, verificamos que o dito excepcional tornou-se, na realidade, contínuo e permanente.

Nesta forma de ingresso no trabalho no SUS, a lotação e o exercício dos contratados ficam a critério da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, que é responsável pelas seguintes unidades: Hospital Federal de Andaraí (HFA), Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), Hospital Federal da Lagoa (HFL), Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), Hospital Federal de Ipanema (HFI), Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF), Instituto Nacional de Cardiologia (INC), Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), e Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

As contratações são temporárias e, portanto, vêm impondo a tais profissionais, que desejam carreira em unidades de referência na saúde pública, a um vínculo precário de trabalho com renda insegura, ausência de vínculo seguro com o serviço, ausência de direitos como FGTS, gozo de férias, décimo terceiro salário, seguro desemprego e contribuição do empregador para o INSS (os profissionais que desejarem cobertura da previdência social precisariam ser contribuintes individuais). Não há registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social, somente assinam o contrato. Não há pagamento de insalubridade nem adicional noturno para os que trabalham a noite.

Vejamos um resumo de dois editais recentes para contratação temporária pelo Ministério da Saúde:

Quadro 11 – Edital Ministério da Saúde

| Ministério da Saúde | |
|---|---|
| Edital | Edital n.º 14, de 27 de agosto de 2020 |
| Unidade de Saúde sob sua gerência | Seguintes unidades: Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal do Bonsucesso, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal dos Servidores do Estado, Instituto Nacional de Cardiologia, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia e Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. |
| Nome do Cargo no Edital/ Salário/ Carga Horária | Cargo: Nível Superior Atividades de Gestão e Manutenção Hospitalar, Apoio Técnico e Diagnóstico – Função: Assistente social. Carga Horária: 30h. Remuneração mensal: R\$ 3.000,00 |
| Tipo de vínculo de trabalho | Processo Seletivo Simplificado com contratações com prazo contratual máximo de 06 (seis) meses, improrrogáveis |
| Forma de Ingresso | Inscrição mediante preenchimento completo do Formulário de Inscrição, a ser acessado em página eletrônica e somatória da pontuação correspondente aos Critérios de Seleção que o candidato atender na análise do currículo. |
| Quantidade total de Vagas para Assistentes Sociais no Edital | 41 vagas |

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Quadro 12 – Edital Ministério da Saúde

| Ministério da Saúde | |
|---|---|
| Núcleo Estadual do Rio de Janeiro | |
| Edital | Edital n.º 01/2018 de 28 de março de 2018. |
| Unidade de Saúde | Não estão descritos no Edital |
| Nome do Cargo no Edital/ Salário/ Carga Horária | Cargo: Nível Superior Atividades de Gestão e Manutenção Hospitalar (Superior) – Função: Assistente social. Carga Horária: 30h Remuneração mensal: R\$ 2.455,00 |
| Tipo de vínculo de trabalho | Processo Seletivo Simplificado com contratações com prazo contratual máximo de 06 (seis) meses. |
| Forma de Ingresso | Inscrição mediante preenchimento completo do Formulário de Inscrição, a ser acessado em página eletrônica para análise do currículo. |
| Quantidade total de Vagas para Assistentes Sociais no Edital | Não está descrito no Edital |

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Destaca-se que os editais para esses processos seletivos não possuem informações muito detalhadas, e a forma de seleção para o ingresso se dá por meio de análise de currículo. Considera-se que tais fatores prejudicam no acesso à informação e à transparência da seleção que é pública, mas se apresentam com características de processo seletivo parecido com a de uma empresa particular.

Destaca-se que são profissionais de nível superior que passam em processo seletivo de análise curricular (ou seja, possuem alguma pontuação relevante de experiência de trabalho e de títulos acadêmicos) e irão se inserir em unidades de referência nacional para o SUS. Entretanto, contrasta-se com o tipo de vínculo de trabalho extremamente desprotegido e precário.

Na nossa pesquisa qualitativa com assistentes sociais, tivemos a oportunidade de entrevistar duas profissionais inseridas neste tipo de contrato temporário do Ministério da Saúde e também entrevistamos estatutárias de Hospitais Federais que tiveram experiência de trabalho com assistentes sociais temporárias. Uma assistente social estatutária do Hospital federal compartilhou a seguinte experiência:

As condições são bem piores, né, do que a nossa porque o contrato é de um salário mais baixo, a carga horária é a mesma 30 horas, é, não tem direito, assim, não é carteira assinada, então eles não recolhem o Fundo de Garantia, né, eles pagam o valor do INSS, mas é um contrato, assim, que é muito volátil porque é um contrato de seis em seis meses, é um contrato que tem uma validade. Então, dependendo da data do contrato naquele ano, podem tirar férias. Então, é, e nós tivemos assim, né, esse ano, ano passado, um baque muito grande para toda rede e foi o término desses contratos porque, apesar de ser muito precarizado, mas a gente conseguia manter as pessoas, né, as pessoas elas iam renovando. Então, a gente teve colegas de ter 15 anos, de ter 10 anos, seis anos com a gente, ela já conhecia o hospital, a estrutura, as rotinas. E, ano passado, eles fizeram um processo seletivo de uma forma diferente que eu consegui renovar uma pessoa da minha equipe. Então a minha equipe, praticamente, né, a gente teve uma perda, não só né o vínculo afetivo com as pessoas, mas o próprio trabalho porque são pessoas novas que chegaram, é, fizeram um contrato impreterivelmente, então quem estava chegando, estava chegando “Ah vim só para ficar seis meses”, mas até que consegui renovar mais um. É essa coisa do contrato, é, a qualquer momento pode tá terminando, né. (Assistente Social 9 – estatutária – Hospital Federal).

O que, às vezes, impacta mesmo é essa questão dos contratos né, desses vínculos, é, é, de contratação temporária né, essa terceirização, isso impacta o nosso trabalho né porque a gente acaba ao dando continuidade, embora a gente tenha a maior equipe seja estatutária, mas a gente tem uma equipe que ela, a gente coloca toda certinha é para ocupar todos os espaços que a gente julga necessário estar o assistente social né e, aí quando acaba o contrato e precisa mudar né, sai aquela assistente social, a gente sofre aquele impacto porque a gente tem um volume grande de trabalho, a gente tem um volume grande de trabalho, de pacientes né. (Assistente Social 15 – Hospital Federal estatutária).

É interessante observar que, mesmo que muitos(as) assistentes sociais na renovação de contrato tenham conseguido permanecer por muitos anos neste trabalho, não muda a realidade de insegurança imposta pelo vínculo temporário no

que se refere à organização do serviço e continuidade do trabalho ofertado à população por meio da utilização do conhecimento adquirido pelo(a) assistente social a respeito da população atendida e as especificidades da temática, do conhecimento da rede e do próprio processo de trabalho.

As motivações para o incremento desse tipo de vínculo nos Estados, assim como as diferenças proporcionais encontradas em cada um em relação ao total de estatutários, podem ser justificadas das mais diversas formas: calamidades, ampliação de serviços ofertados à população, epidemias dentre outros, sendo assim, alinhados com o preceito constitucional de excepcionalidade de interesse público. Considerando os dados da pesquisa ESTADIC do IBGE (2015), há indícios, dados os poucos estudos nesse sentido, que o caráter temporário dessa excepcionalidade não é respeitado, ocasionando a substituição dos concursados por um contingente de trabalhadores com vínculos de trabalho precários (contratos temporários, terceirização, cooperativas dentre outros).

Um dos poucos estudos que trazem dados acerca dos contratados temporariamente pela administração pública é a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano 2014 em que foram apuradas diversas informações acerca dos Estados brasileiros, visando traçar um perfil dos mesmos – pesquisa ESTADIC. Na pesquisa, divulgada em 2015, alguns dados da área de recursos humanos nos chamaram a atenção, principalmente os relacionados ao tipo de vínculo com a Administração Pública.

Comparando-se o ano de 2014 com 2012, a pesquisa demonstrou que houve um decréscimo de 5,9% no quantitativo de servidores estatutários estaduais (cerca de 137.268 trabalhadores, saindo de 2,45 milhões de estatutários para 2,31 milhões), enquanto o contingente de servidores sem vínculo (contratados por tempo determinado) apresentou crescimento de 36,2% – um incremento de 151.553 trabalhadores, aumentando de 418.850 para 570.403 (IBGE, 2015, p. 24).

Outra dimensão importante é a insegurança imposta ao trabalhador que a cada semestre necessita realizar um novo processo seletivo sem ter direito a férias (de acordo com relato dos contratados neste vínculo o que é chamado de férias é um acordo de dias com a chefia imediata a depender da vontade de liberação desta

que irá justificar a ausência do trabalhador na folha de ponto, ou seja, não é um direito), o que gera uma realidade contínua do não direito ao descanso (sempre na expectativa do próximo processo seletivo em que competirá novamente à vaga com outros(as) assistentes sociais).

A insegurança da renda que impede realizar planos mais prolongados na vida também é característica deste tipo de precarização do vínculo temporário. O trabalhador contratado temporariamente que, além de vivenciar um contrato desprovido de diversos direitos e garantias sociais, fica sujeito à vontade indiscriminada do administrador público, que pode rescindir seu contrato a qualquer momento sem pagar nenhuma indenização.

Nesta conjuntura de precarização dos trabalhadores da saúde no RJ, destaca-se que, no nível de gestão estadual no SUS do Rio de Janeiro, foi criada em 2007 a Fundação Saúde sendo uma entidade pública, de personalidade jurídica de direito privado, para gerir unidades da saúde pública no Estado do Rio de Janeiro. Como órgão integrante da administração pública indireta vinculada à Secretaria de Estado de Saúde, a Fundação Saúde realiza admissão de assistentes sociais para trabalhar nos diversos hospitais e instituições de saúde, mencionados no capítulo II deste estudo, e já realizou três grandes concursos.

O que se observa nos editais, nos contratos e nas falas encontradas nas entrevistas que realizamos com os(as) assistentes sociais contratados pela Fundação Saúde é que, ao longo dos anos (e são pouco anos de criação da Fundação Saúde), houve uma crescente precarização da contratação por esta entidade pública. Os trabalhadores que foram contratados no primeiro concurso de 2011 gozam de mais estabilidade e direitos do que os trabalhadores admitidos pelo último processo seletivo realizado em 2019.

O último concurso para seleção de profissionais foi em 2019, e os profissionais admitidos por este processo seletivo assinaram o contrato cuja cláusula nona afirma que se pode extinguir contrato na hipótese do contratado, dentre outros, ter afastamento por motivo de doença superior a 15 dias consecutivos. Não havia tal cláusula nos contratos dos concursos anteriores da Fundação Saúde. Além disso, o contrato mais recente é por tempo determinado sendo os anteriores por tempo indeterminado.

Vide abaixo um quadro comparando os editais de seleção da Fundação Saúde:

Quadro 13 – Fundação Saúde RJ

| Fundação Saúde do Estado do RJ | | | | |
|--|--|--|--|---|
| Período | Forma de Ingresso | Tipo de vínculo | Nome do Cargo no Edital/ Salário/ Carga Horária | Quantidade total de Vagas para Assistentes Sociais no Edital |
| Primeiro Concurso em 2011 | Primeira Etapa: Provas Objetivas, de caráter eliminatório e classificatório, para todos os empregos. Segunda Etapa: Avaliação de Títulos, de caráter estritamente classificatório. | Concurso Público para contratação para empregos públicos, segundo a consolidação das leis do trabalho. | Assistente Social. Vencimentos: R\$2.402,64 Carga Horária Semanal: 32h30min | 111 vagas no Edital |
| Segundo concurso em 2014 Edital Fundação Saúde/FBR N.º 02/2014 | Prova Objetiva (PO), de caráter eliminatório e classificatório, para os candidatos a todos os empregos. 8.1.2. Avaliação de Títulos (AT), de caráter classificatório, para os candidatos a todos os empregos de Nível Superior | Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e pelas normas internas vigentes da Fundação Saúde na data de admissão do candidato e eventuais alterações nesses dispositivos legais e normativos. Por tempo indeterminado. “Contratados sob o Regime Jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), não possuindo direito à estabilidade” (página 27 do Edital) | Assistente Social - Assistência Social / Geral R\$ 2.402, 64 - Carga Horária semanal: 24 h | 1 vaga no Edital |

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Observa-se a tendência da crescente precarização dos direitos trabalhistas e da forma de realizar o contrato a cada processo seletivo realizado pela Fundação Saúde. Tal realidade gera diferentes *status* entre os próprios trabalhadores da Fundação Saúde. Os concursados do primeiro concurso possuem mais direitos que os do segundo concurso, e estes, por sua vez, possuem mais estabilidade e direitos do que os do último concurso. Destaca-se que o processo seletivo realizado em 2019 foi após a contrarreforma Trabalhista, e nesta contratação já se observa as consequências nefastas desta reforma para os trabalhadores no serviço público. Vejamos o relato, a seguir, de uma assistente social contratada pelo processo seletivo da Fundação saúde realizado em 2019:

Eu não escolhi passagem porque eu moro muito perto do trabalho né, é mais a questão, mais para quem precisar eu vou, geralmente eu vou de Uber porque sai muito mais barato do que eu pedir a passagem. Mas comparado aos concursos anteriores da Fundação Saúde por exemplo, eles pagam passagem para quem vem de outros municípios assim, para quem vem de campos de Goytacazes, tem muita gente de outros estados, outros estados não, de outros municípios do estado do Rio né. No nosso concurso isso não acontece por exemplo, nesse último concurso que eu entrei isso não acontece. Então, eu percebo essa diferenciação. (Assistente Social 11 – Fundação Saúde – último concurso).

Durante a entrevista, ao ser questionada sobre como era sua forma de deslocamento para ir trabalhar, percebemos que a profissional relata que a entidade pública para o benefício da passagem para os trabalhadores admitidos em concursos anteriores e que no último concurso não possuem tal direito. Tal relato demonstra a contínua precarização do vínculo a cada novo concurso para admissão de profissionais, gerando diferenciações entre os próprios trabalhadores contratados pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Uma das consequências desse tipo de precarização é o fato de que tais assistentes sociais, admitidos no último processo seletivo realizado pela Fundação Saúde, estão em um vínculo de trabalho na saúde em que são obrigados a assinar um contrato que possui como ameaça de punição a demissão por justa causa caso este trabalhador adoça por mais de 15 dias. Esse é o tipo de “livre negociação” imposta pela reforma trabalhista de 2017 aos trabalhadores.

Destacamos que assistentes sociais admitidos neste concurso, com esse tipo de contrato, trabalharam na linha de frente do combate à pandemia de Covid-19,

que no início tinha o afastamento de no mínimo quinze dias em caso de resultado positivo. Dessa forma, um dos seguimentos de trabalhadores mais expostos ao vírus da Covid-19 não tinha garantias caso viessem a adoecer de forma mais grave durante o enfrentamento da pandemia (assim que o Estado brasileiro homenageia seus ditos “heróis”).²⁶

Assistentes sociais empregados pela Fundação Saúde que entrevistamos fizeram considerações relevantes sobre esse tipo de precariedade:

Esse novo concurso da Fundação, eles são temporários. É contrato de trabalho pelo prazo de 2 anos e várias questões que a gente se questiona sempre, eu acho que a mais grave é sobre o afastamento por motivo de saúde. Tem uma cláusula lá no contrato que diz que, se você ficar afastado por mais de 15 dias, você é automaticamente desligado. O que é enlouquecedor, a pessoa não pode ficar doente que ela é desligada. O contrato é encerrado se você ficar afastado por motivo de doença por mais de 15 dias. No caso, se você for entrar pelo INSS, você é automaticamente desligado, é bem louco. Tem várias pessoas também que a gente sabe que estão com, lá não aconteceu, na verdade eu tive uma funcionária que pegou um atestado de 20 dias, estava com conjuntivite, ficou desesperada querendo trabalhar com conjuntivite porque não podia ser mandada embora.” (Assistente Social 7 – Hospital Estadual- Primeiro concurso da Fundação Saúde).

Então, eu acho que cada concurso à Fundação, se eu não me engano, foram quatro concursos, três ou quatro concursos contando com esse que eu fiz. Então, o primeiro concurso, ele pagava passagem para o município, para pessoas que moravam no município, aí o segundo já não pagava, que não é o meu, acho que é o segundo que já não pagava. Então, assim, você vai vendo que o direito dos trabalhadores vai diminuindo de concurso para concurso né e, aí, o meu concurso, é o ápice da escancaração do trabalhador sendo descartável assim né, é o auge assim. Então, eu percebo isso, nós somos lá tratados como descartável. Inclusive, tem uma cláusula no nosso contrato que é super polêmica que você que já foi objeto de discussões, já foi objeto de, de, de brigas assim né pensando do ponto de vista político mesmo, de que nós não poderíamos tirar mais de, ter mais de 15 dias de atestados médico, que no contrato, inclusive eu já procurei é, nós já procuramos advogados que disseram que isso é legítimo, que isso é legal perante a lei, você não pode tirar mais de 15 dias de atestado, aliás você pode, você só vai ser desligado né . Então, isso está no contrato assim de trabalho, legitimado por uma série de advogados que nós procuramos[...]

²⁶ Faço aqui lembrança do documentário chamado “Sicko SOS Saúde” do cineasta estadunidense Michael Moore que, ao criticar a mercantilização da vida e a deficiência do sistema de saúde privado americano, inspira-se na trajetória dos trabalhadores que participaram do resgate às vítimas do 11 de setembro de 2001 nos Estados Unidos da América. No filme, ele afirma que o sistema de saúde americano não reconheceu os danos e prejuízos aos que trabalharam no atentado (chamados de seus heróis na época) e não oferecem suporte econômico e condições para tratamento em saúde (ficaram com muitas sequelas) a estes trabalhadores que estiveram salvando pessoas no atentado supracitado. Durante a pandemia de Covid-19, alguns setores da mídia brasileira de modo sensacionalista chamaram os profissionais de saúde de “heróis”. De forma análoga ao cineasta Michael Moore, questionamos como o Estado capitalista tem subsidiado esses trabalhadores da saúde?

É um contrato né, e aí ao mesmo tempo eu questiono, é um contrato por tempo determinado, mas em que há registro na carteira de trabalho né, e aí o advogado falou pra mim “Ué, você pode, a gente pode, se você quiser você pode entrar com um processo e o juiz vai julgar se vai valer a CLT ou se vai valer o contrato, mas tem um contrato que você assinou. Então, teoricamente, você é uma profissional de ensino superior e você está de acordo com esse contrato, com o que está estabelecido, com o que você e o empregador acordaram!”. Inclusive esse advogado falou pra mim “Olha, eu concordo com isso, não, não concordo. Mas eu não vou te, não vou te, te levar para, para juízo para, para você perder a causa porque o que a gente tem observado nas últimas sentenças né, nos últimos julgamentos, é que o que tem valido são os últimos contratos e não o que é previsto na CLT. É como se você tivesse a autonomia para decidir se você quer se lançar nesse contrato ou não assim”. (Assistente Social 11 – Hospital Estadual - temporário atualmente – último concurso da Fundação Saúde).

A CLT foi sendo alterada historicamente por meio de leis, decretos, emendas constitucionais e medidas provisórias, mas, com a Reforma Trabalhista que entrou em vigor no país em 11 de novembro de 2017 por meio da Lei n.º 13.467/2017, a alteração na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) foi mais significativa.

A Contrarreforma Trabalhista cria uma série de regras que proporcionam maior liberdade para os empregadores ajustarem a demanda e a forma de utilização da força de trabalho de acordo com suas necessidades, em consonância com o padrão de regulação do trabalho vigente no capitalismo contemporâneo. Cria dispositivos que retiram a proteção do trabalhador e o tornam responsável por angariar os requisitos exigidos pelo mercado e por planejar sua vida entre ocupações que o remunerem em patamar suficiente para reprodução da existência em curto prazo.

A ampliação da flexibilidade permitida em seus dispositivos fomenta trajetórias profissionais móveis, que constroem carreiras em etapas escalonadas e descontínuas e fortalecem a ideologia em que cada indivíduo deve assumir ele próprio os imprevistos de seu percurso profissional. A contrarreforma é bastante ampla e baseia-se em um tripé que abrange: a ampliação de dispositivos que permitem flexibilizar a utilização do tempo de trabalho, das formas de contratação e de remuneração em favor do empregador; a fragilização das instituições públicas e da organização sindical, estimulando a definição das regras de forma descentralizada e até individualizada.

Na contrarreforma trabalhista, houve mudança na forma como se dão as negociações, pois antes os acordos e as convenções coletivas podiam estabelecer condições de trabalho diferentes daquelas que eram previstas na legislação. Todavia, agora os acordos e as convenções coletivas podem sobrepor à legislação, podendo negociar condições de trabalho diferentes das previstas em lei.

Portanto, a mudança mais relevante para os trabalhadores é a prevalência do negociado sobre o legislado: a contrarreforma trabalhista, especialmente no art. 611-A da CLT, apresenta um extenso rol de assuntos que podem ser objeto de normatização pela negociação coletiva.

Assim, prevalecendo o acordo entre empregadores e empregados, a nova lei estaria autorizando a supressão ou atenuação de regras previstas na CLT de 1943, incidentes sobre o contrato de trabalho, com evidente negligência aos direitos fundamentais sociais, inviabilizando, também, a concretização do direito fundamental ao trabalho digno, em decorrência da permissão da flexibilização de direitos trabalhistas indisponíveis, como normas referentes a saúde e segurança do trabalho. Dessa forma, os empregadores poderão fazer acordos individuais com seus trabalhadores sobre parcelamento de férias, banco de horas, jornada de trabalho e jornada em escala (12 por 36).

Outra mudança relevante é no acesso à justiça do trabalho: trabalhador será obrigado a comparecer às audiências na Justiça do Trabalho e, caso perca a ação, deverá arcar com as custas do processo, caso não tenha sido concedido o benefício da justiça gratuita. Este benefício pode ser concedido a todos os trabalhadores que perceberem salário igual ou inferior a 40% do limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social.

Além disso, o trabalhador arcará com os chamados honorários de sucumbência, devidos aos advogados da parte vencedora, em caso de perda da ação, o qual terá de pagar entre 5% e 15% do valor dos pedidos improcedentes. O trabalhador que tiver acesso à Justiça gratuita também estará sujeito ao pagamento de honorários de perícias se tiver obtido créditos em outros processos capazes de suportar a despesa.

Ou seja, na prática, criou-se uma série de constrangimentos, ameaças financeiras e barreiras para que o trabalhador no Brasil, regido sob o direito trabalhista privado, tenha a possibilidade de recorrer à justiça ou sentir-se lesado pelo empregador. No cotidiano de vida em um ambiente de busca imediata de sobrevivência, competição entre trabalhadores com camadas cada vez maiores do exército ativo de trabalhadores desempregados e expropriados de garantias sociais de mínimo de acesso a vida (exemplo da precarização do SUS e do SUAS), a tendência é que o trabalhador tenha menor poder de negociação na relação contratual, tendo em vista que, historicamente no capitalismo, foi expropriado e depende do salário para sobrevivência.

As legislações sociais, os direitos sociais e as políticas sociais são historicamente resultados positivos das lutas dos trabalhadores como meios de garantia de que, para além do estabelecido no mercado de trabalho (da livre imposição do mercado), haveria uma regulação estatal para proteção social ao trabalhador. Os direitos trabalhistas servem para equilibrar as posições entre os sujeitos das relações de trabalho, e no Brasil onde as conquistas sociais em relação ao trabalho foram tardias em relação aos países capitalistas centrais associado ao fato de que nosso desligamento com o trabalho escravo foi tardio, essa regulação estatal é essencial para garantir condições mínimas de vida aos trabalhadores.

Apesar de o nosso estudo ser no contexto estatal e no SUS, é importante destacar que no serviço público também há trabalhadores contratados pelo direito privado e pode ser impactado pela contrarreforma trabalhista. O chamado empregado público também se submete à aprovação prévia em concurso, mas é admitido por meio de anotação na Carteira de Trabalho. Ou seja, embora possua *status* de servidor público, a sua relação empregatícia está submetida às regras da CLT, por desfrutar de vínculo celetista, incluindo a assinatura da carteira de trabalho.

Por essa razão, não existe estágio probatório para o empregado público e, por isso, não há a estabilidade na empresa pública em que foi contratado, diferente dos servidores públicos, que têm estabilidade após 3 anos. Mesmo assim, é comum existir regras em que a empresa pública é obrigada a realizar um processo administrativo antes de decidir pela demissão do empregado.

Porém, em relação à demissão, pode acontecer de maneira mais fácil no regime celetista, ao contrário do regime estatutário em que é preciso um processo administrativo disciplinar. Infelizmente, no regime celetista, não acontecem aumentos salariais de forma periódica, diferente do regime estatutário em que os aumentos são mais frequentes, inclusive anuais.

A razão disso é porque os reajustes salariais dos empregados públicos são feitos por negociações coletivas dos sindicatos com o governo. Ademais é comum o governo impor várias barreiras e demorar a negociar. Portanto, os empregados públicos são uma classe dos funcionários públicos que está vinculada às normas da CLT em que estão regulamentadas as férias, adicionais, gratificações, além de outros benefícios que integram as relações trabalhistas privadas e de outros direitos, não possui a estabilidade.

Ainda no nível de gestão estadual no Rio de Janeiro, a Fundação Saúde não tem gestão plena das unidades de saúde estaduais, tendo as OS gerência em muitos hospitais e Unidades de Pronto Atendimento com a consequente responsabilidade de contratação de profissionais de saúde, dentre estes, os(as) assistentes sociais.

3.5. Diversidade de vínculo entre os(as) assistentes sociais de uma mesma equipe

O(a) assistente social, fazendo parte da divisão sociotécnica do trabalho, também tem enfrentado o processo de precarização das condições e relações de trabalho. Os vínculos empregatícios, que outrora eram estatutários com estabilidade e planos de carreiras e de salários, passaram a ser realizados via CLT, devido à ausência de concursos públicos. Neste sentido, grande parcela dos(as) assistentes sociais encontra-se inserido em diferentes âmbitos sócio-ocupacionais com vínculos empregatícios extremamente precarizados.

As OS passaram a concentrar um grande número de atividades e instituições da saúde pública sob sua gestão. De acordo com Puccini (2008), é comum encontrar profissionais autônomos sem vínculo formal, ou seja, é uma rede de

subcontratação ou “quarteirização”. A gestão e o controle sobre os processos de trabalho dos profissionais eram da OS, mesmo que eles estivessem subordinados a outras instituições. A existência de diferentes vínculos de trabalho também cria diversos níveis de remuneração para a mesma atividade e jornada de trabalho.

Um dos aspectos mais evidentes no interior de uma empresa que se vale do mecanismo da subcontratação de trabalhadores é a discriminação que ocorre entre os próprios trabalhadores. O processo de recomposição do domínio capitalista passa pela necessidade de minar a união entre os trabalhadores, sua organização enquanto classe, a identidade que faz cada trabalhador enxergar no outro um aliado. Dessa forma, as perdas sucessivas de direitos e divisão entre os trabalhadores são processos que se alimentam um ao outro.

As precárias formas de inserção no mercado de trabalho, com ausência de estabilidade nos vínculos, a falta de condições materiais e instalações físicas adequadas, além da insuficiência de formação continuada, repercutem na própria consciência do trabalhador, provocando competição entre eles e fragilizando, assim, a organização coletiva da categoria profissional.

Na faixa de rendimentos dos profissionais entrevistados, aparece a discrepância entre os profissionais que atuam como estatutários no âmbito municipal e no âmbito federal para os profissionais contratados ou celetistas. Os celetistas recebem o limite do piso salarial, e os estatutários recebem em média remuneração acima de R\$5 mil reais²⁷ com carga horária de 30h ou 40h. Entretanto, nas entrevistas, os profissionais relatam que, no âmbito estadual, os estatutários chegam a receber uma remuneração abaixo dos salários dos celetistas, fato esse que gera tensão na relação com a equipe. Destaca-se que os profissionais convivem com tal diversidade de vínculo na mesma equipe dentro da mesma unidade de saúde.

Perguntamos aos profissionais como é a relação entre os membros da equipe de Serviço Social diante da diversidade de vínculo contratual.

²⁷ Os únicos Estatutário no âmbito estadual que entrevistamos é de hospital universitário.

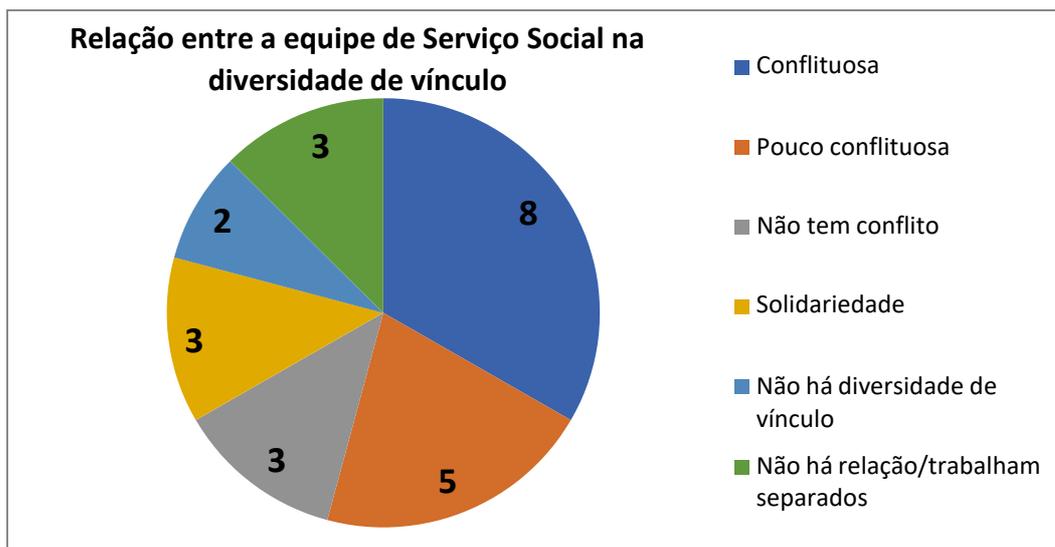


Gráfico 2 – Relacionamento entre assistentes sociais com diferentes vínculos.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Pode-se verificar que 8 assistentes sociais relataram que há relação conflituosa, outros(as) 5 profissionais afirmam que é pouco conflituosa, e 3 assistentes sociais relatam que não há conflito. Já 2 profissionais relatam que não há diversidade de vínculo na sua unidade de saúde. Vejamos os relatos a seguir.

Infelizmente, as estatutárias achavam que a gente ganhava mais que elas, mas era uma diferença salarial de R\$100 reais. E aí houve a questão de carga horária, “olha, já que vocês ganham mais vocês vão ter que trabalhar mais”, então, E aí, isso gerou um, era uma coisa desagradável e até hoje é porque elas acham que nós temos privilégios que elas não têm, porque elas já estão muitos anos é, sem aumento salarial como a gente também, depois que a gente entrou nós nunca tivemos reajuste salarial, elas recebem uma gratificação. (Assistente Social 20 – Hospital Estadual – Fundação saúde primeiro concurso).

Na realidade, existia um conflito muito grande dos profissionais que eram do estado e os que eram da OS. Por quê? Quando a OS entrou no hospital houve uma resistência muito grande de quem era estatutário, naturalmente né, porque era um processo de privatização e tudo mais, então os profissionais ficaram muito resistente. E, aí, essa resistência ela acabou sendo transmitida para os outros membros da equipe que entraram sendo celetista, então nesse dia, nos, nos, nos finais de semana né, sábado e domingo quando eu estava lá, eu era muito hostilizada né pela equipe de estatutários, eu era mais jovem né, na época eu estava com vinte e poucos e eles eram mais velhos assim, já estavam quase se aposentando e eu me lembro que nos finais de semana tinha uma demanda muito grande de emergência, mas final de semana não tinha todos os assistentes sociais responsáveis por cada clínica, tinha um grupo de plantonista que iam atender as demandas que, a emergência prioritariamente e as demandas das clínicas que fossem surgindo e era eu e mais quatro assistentes sociais, três aliás, era eu e mais três, eu como contratada e três assistentes sociais estatutária, de um atendimento de sala, de uma sala de serviço social no hospital que as pessoas podiam é buscar né para obter informação ou alguma outra questão tinha o que saia né para ir até a emergência fazer os atendimentos. Eu me lembro que ficavam os três que eram os

estatutários no atendimento de sala e só eu que saia porque eles e tinha uma diferença salarial também, a OS, o salário da OS era maior do que o salário do estado, então tinha esse discurso “Ah, é ela está ganhando mais, então é ela que tem que sair”, só que era uma relação muito, porque eram três na sala e uma só, eu sozinha que saia para atuar porque eles tinham essa resistência em relação a entrada da OS, em relação a questão da diferença salarial aí acabavam transmitindo isso nos outros profissionais, aí era muito difícil porque eu era sempre sendo obrigada a fazer aqueles trabalhos que eles discordavam.

[...] E quando acontecia isso, por conta de ter todas essas ressalvas, os profissionais que eram estatutários, quando tinha uma questão nesse sentido ou qualquer outra questão que eles discordassem, eles simplesmente diziam “Eu não vou atender, quem vai atender é ela”, é a contratada. Só tinham um bom relacionamento daqueles que eram, que também tinham um vínculo com a OS e tinham uns três profissionais mais ou menos além da coordenadora que tinham os dois vínculos, aí os dois que tinham os dois vínculos, tinham um relacionamento mais tranquilo né, mas acolhedor, os profissionais contratados, mas os que eram somente estatutários, tinham esse tensionamento. (Assistente Social 16 – Hospital Estadual – contratado pela Organização Social).

Foi uma confusão. Quando eu entrei para na FESP, a gente tinha a FESP, tinha as estatutárias, aí posterior vieram os bombeiros. Conflito não tinha porque, graças a Deus, a gente era muito amigo. Mas, as estatutárias elas não ficavam conosco, elas tinham um processo de trabalho diferente da gente tanto que elas não eram cobradas da gestão, elas não tinham ficha social para abrir, elas abriam se quisessem, elas não tinham é, compromisso. E isso, assim, meio que incomodavam a gente porque às vezes assim, por exemplo, elas estavam no plantão hoje, aí iam estar no plantão dois dias depois e elas queriam continuar com o mesmo caso, e às vezes não está assim, isso aí a gente não discutia “Ah, quer ficar, fica”, o que a gente vai poder fazer né? É a forma de vínculo que a colega tem né? Então fica. E, aí, depois de um tempo o Estado tirou elas da assistência e colocou elas no setor de Assistência e Atendimento ao Funcionário, as meninas literalmente não faziam nada, mas estavam lá enquanto estatutárias e aí depois elas saíram de lá e depois eu não tive mais notícia, elas saíram, eu acho que, eu sai em 2016, eu acho que em 2015 elas saíram, elas ficaram no um ano e meio e depois a Secretaria distribuiu elas para outro local porque a OS já tinha tomado lá e para a OS elas não tinham funcionalidade por causa disso que eu estava te falando porque elas não tinham é essas pretensões que a OS queria né, de alimentar indicador, de protocolo, então, era algo que não fazia diferença para elas.” (Assistente Social 17 – Hospital Estadual – contratada pela Organização Social).

Mas, em relação a tratamento, nada, a gente trabalha sempre com o que é para um é para outro, se há folga para um é folga para outro, a gente não faz esse tipo de diferença, não há esse tipo de conflito.” (Assistente Social 15 – Hospital federal estatutária).

Eu vou te dar exemplo: É o estatutário, o plantão começa 7 horas, mas ele pode assinar o ponto por uma hora, ele pode chegar até 8, mas a fundacionista, quem é fundacionista só tem a tolerância de 15 minutos né porque você pega 7, você bota dedo e aí você em que chegar até 07:15 no máximo, do resto é atraso. Então, o que que aconteceu? Já até aconteceu há um tempo atrás hoje em dia não tem mais, nó fazíamos rodizio no final de semana e, aí, colegas que eram estatutárias né, por poder chegar uma hora, até, até 8 horas, isso era uma concessão, não era que entrava 8 horas, poderia chegara até 8. As colegas chegavam 8 e, e aí? Quem era fundacionista, você não pode abandonar plantão né e, aí você fica esperando e não

ganha hora extra né. Então, assim é uma pequena coisinha que ne faz toda diferença né, então são algumas coisas que às vezes acontece que, aconteciam que tinha um certo atrito. Hoje, não mais, hoje não mais! As colegas que nós temos lá hoje em dia estatutárias não tem esse tipo de comportamento e hoje a gente tem uma convivência bem legal e bem harmônica.” (Assistente Social 14 – Hospital Estadual – Fundação saúde).

No Estado, elas recebem um valor menor também, o salário é menor, então tinha essa questão de trabalhar menos porque ganhava menos entendeu? Por isso que elas foram colocadas em outro serviço justamente por conta desse conflito.” (Assistente social 4 – Hospital Municipal).

Então, quando eu cheguei lá, né, tínhamos estatutários e os fundacionistas. Estatutários até hoje temos, mas num número bem menor. Na época, era assim, antes d’eu chegar, já era uma briga muito grande e por conta de, assim, a Carga horária era a mesma, os estatutários já tinham uma redução de carga horária porque na época do concurso que eles fizeram, era um concurso de 30 ou 32 horas e meia, se eu não me engano, e eles tinham uma redução para 24. Mas, o salário dos estatutários, a base, chegava a ser menor que o nosso. Então assim, tinha uma briga muito grande, mas os mais antigos, tinham pessoas que eram mais difíceis que brigavam por conta de querer redução de carga horária porque achavam que ganhavam menos e deveriam trabalhar menos. A gente teve muita briga na época em relação a isso e a gente tinha uma coordenadora que era estatutária e cerca de [...] a equipe devia ter umas 28 ou 29 pessoas, a metade era estatutária. Então assim, era uma briga constante, né. Tinham plantões que eram só estatutários, tinham plantões que eram misturados, tinham pessoas que conseguiam trabalhar junto e levar isso de uma forma que não impactassem o serviço, mas tinham outras que tinham relacionamento bastante difícil. Até que, se eu não me engano, em 2016, a gente passou para a gestão da Fundação, antes a gente não era do Estado e, alguns estatutários, todos na verdade, tiveram a oportunidade de serem cedidos à Fundação, né e, na verdade, não se perdia nenhum direito, ganhava-se um adicional. Mas, em contrapartida, eles ficavam presos ao ponto biométrico que era um motivo pelo qual a maioria não queria aderir. E houve uma forçação de barra da direção na época e a grande maioria dos nossos estatutários pediram para sair e, saíram. Ficamos apenas com 3 estatutários na época, se eu não me engano, estão lá até hoje inclusive. Só uma foi cedida à Fundação, as outras não quiseram ir. E, posteriormente, a gestão voltou para o Estado, mas ainda havia, né, grande maioria de funcionários na Fundação. **Há pouco tempo, acho que em 2018, o nosso CTI foi para uma OS, posteriormente a nossa clínica médica. Então, a gente tinha 3 vínculos na unidade que era: estatutários, fundacionistas e as profissionais que eram PJ na época e, elas estiveram conosco até o meio do ano passado quando o hospital voltou todo para a Fundação. Acho que o período mais difícil que a gente teve, foi o período que a gente tinha as OS porque haviam contratos, né o contrato da OS.** Era contrato de funcionários somente para a clínica médica e CTI. Só que a gente é um hospital de emergência, um hospital que funciona 24 horas e essas OS não cobriam funcionários 24 horas. Então, a gente tinha Assistentes Sociais de segunda à sexta de 8 às 17 e, fora desse período, a gente acabava tendo que atender as demandas dessas clínicas que surgiam” (Assistente Social 7 – Hospital Estadual).

Observa-se 3 que assistentes sociais destacaram a estratégia das gestões de organizar o trabalho de forma que os contratados em diferentes vínculos não tenham relação entre si e trabalhem em setores separados, gerando maior

fragmentação ainda entre os trabalhadores e fragmenta-se também, dessa forma, o serviço. Ainda é importante destacar que diante da diversidade de vínculo há ainda relato de solidariedade entre os trabalhadores que foi relatado por 3 assistentes sociais: onde os estatutários buscavam assumir as decisões e casos mais problemáticos para poder proteger as assistentes sociais com vínculo mais frágil.

No Estado, elas recebem um valor menor também, o salário é menor, então tinha essa questão de trabalhar menos porque ganhava menos entendeu? Por isso elas foram colocadas em outro serviço justamente por conta desse conflito. Aí, assim, no início, quando eu cheguei lá no Getúlio em 2014, elas atuavam junto com a gente nas enfermarias, na emergência, na escala delas que era diferenciada porque a nossa carga horária é de 30 horas e delas é de 24 porque no Estado acho que parece que tem um, não sei se é um Decreto ou uma alguma coisa que o estatutário só faz 24 horas. E, aí, elas tinham até trabalhado junto com a gente, mas depois de um tempo essa relação foi meio que ficando desgastante, não só para o serviço social, profissionais de outras categorias, da própria enfermagem, elas são colocadas em outras atribuições até um pouco menos cansativas e, quem assumiu mesmo foi o pessoal da OS. (Assistente Social 4).

Mas tinha uma delas (estatutárias) que até a gente tem o contato até hoje que às vezes a gente conseguia, dava as coisas mais difíceis para ela atender porque sabia que não ia dar em nada, ela ia bancar aquilo e ia fazer e a OS ia ficar na dela, entendeu? Acontecia, às vezes, acontecia, a gente botar ela como escudo porque ela não ia ser exonerada, ela era estatutária mesmo, o máximo ia remover ela da instituição, mas era muito pouco assim, a gente conseguia ter boas dinâmicas ali entendeu. Mas, tinha sim, a maioria das estatutárias tinham o receita da gente ali, não via a gente com bons olhos, mas pelo menos as que aceitavam a nossa aproximação, eram muito solícitas quando a gente pedia ajuda com algumas coisas e elas botavam para frente algumas coisas pela estabilidade delas a gente não tinha muito estabilidade.” (Assistente Social 17 – Hospital Estadual – Contratada pela Organização Social).

Os trabalhadores relataram que, no cotidiano de trabalho das instituições de saúde públicas, há desigualdade entre trabalhadores cujo vínculo é terceirizado e/ou temporário em relação aqueles que possuem vínculo efetivo. Há o não recebimento das mesmas vantagens do trabalhador efetivo, diferença no controle da assiduidade e pontualidade, diferenças de tratamento, desigualdades na divisão do trabalho. As respostas corroboram os achados de Antunes e Praun (2015), que as distintas modalidades de contratações podem aumentar ainda mais a fragmentação e as diferenças no mesmo espaço de trabalho e contribuir de forma significativa para a deterioração das condições de saúde do trabalhador.

A subcontratação, embora legalmente constituída, pode carregar características de precarização, produzindo insegurança no trabalho,

desmotivação, falta de perspectiva de crescimento profissional e sofrimento, podendo ser um fator desencadeador de doenças física e/ou mental relacionadas ao trabalho. Ademais, no contexto atual de Covid-19, os vínculos empregatícios fragilizados na saúde se tornam mais evidentes, agravando ainda mais a condição de precarização do trabalhador da saúde. Os trabalhadores reconhecem que a melhoria dos vínculos pode contribuir para um trabalho mais digno, vínculos equitativos de salários e benefícios, incluir formação e treinamento e a valorização profissional podem gerar trabalhadores mais motivados, com vínculos mais fortes, e desnaturalizar as relações de trabalho inseguras e precárias.

Outro ponto que cabe ressaltar é que essa multiplicidade de formas de contratação e captação de recursos humanos na gestão pública acende outro problema relacionado às relações interpessoais entre profissionais com vínculos distintos. Para Nogueira et al. (2004), as múltiplas formas de gestão de contratos mobilizaram mudanças na lógica de gestão interna dos órgãos públicos e geraram conflitos diversos, pelo tratamento desigual conferido a cada ente contratado. Essa percepção de tratamento desigual se apresenta no discurso das profissionais entrevistadas, especialmente entre os trabalhadores com vínculo provido por concurso público e aqueles com cargos celetistas e contratos por tempo determinado.

Diante da instalação de novos modos de gestão do SUS, flexibilizando o trabalho, a classe trabalhadora passa, então, a conviver com uma ampla gama de vínculos empregatícios, visto que há trabalhadores subcontratados, terceirizados, parciais e temporários. A ausência de coesão dificulta sua organização para lutar por melhorias das condições de trabalho. É o que resalta Antunes (2008), acrescentando que, com a variedade de vínculos de trabalho, tem havido um enfraquecimento do movimento sindical, o qual, anteriormente, teve grande força e repercussão, com suas reivindicações atendidas quanto à diminuição da jornada de trabalho e à criação dos direitos trabalhistas. Atualmente, contudo, trabalhadores subcontratados, parciais e temporários não são considerados trabalhadores de fato, nem desempregados, pois, de modo geral, oscilam entre as duas condições.

Ocorre a atuação individualizada no trabalho, já que o trabalhador não mais se reconhece pertencendo a um coletivo. Ademais, dificulta a luta coletiva diante da exploração percebida devido aos baixos salários dos profissionais contratados e pelo congelamento da remuneração dos servidores públicos da saúde, sem que tenham uma organização que lhes permita negociar e exigir melhorias.

Considera-se que assistente social tem seu campo do fazer profissional, as políticas sociais, mas, no atual contexto de fragilização do seu trabalho, a falta de autonomia para exercer as atividades que compreende o currículo do profissional é considerada uma das principais formas de precarização, uma vez que as classes vulneráveis podem não ter seu atendimento adequadamente. Outro aspecto que tem sido colocado em debate é a falta da aplicação do princípio do direito de isonomia salarial, em que o profissional assistente social vê colegas com diferentes salários e *status* mediante ao cargo e tipo de vínculo.

O debate sobre a precarização do trabalho de assistentes sociais não se refere tão somente as suas condições laborais no espaço sócio-ocupacional. Afeta sobretudo a própria capacidade ético-política da profissão, suas respostas profissionais e a forma como atendem as necessidades, demandas sociais. Trata-se de formas de precarização e de precariedade que comprometem a efetivação dos direitos sociais pelas instituições que integram a organização das diferentes políticas sociais públicas. Ou seja, o resultado do trabalho de assistentes sociais extrapola a individualidade do profissional, pois deve ser compreendido no quadro das determinações sociais.

Para dar continuidade a esta discussão, no próximo capítulo mostraremos a pesquisa empírica qualitativa que realizamos com assistentes sociais que tiveram vivência de trabalho no SUS do RJ e analisaremos como trabalho do(a) assistente social no SUS se desdobra em dimensões diversas de precarização nas condições de trabalho e de vida para o(a) assistente social.

3.6.

A precarização dos servidores estatutários no SUS do RJ

Apesar de vivenciarem relações menos instáveis de trabalho (menor exposição ao risco de demissão e desemprego), os profissionais estatutários no setor público estão expostos a outras formas de instabilidade e precarização do trabalho, tais como: privatização das unidades que impõem lógica de gestão de controle e intensificação do trabalho atrelado a um discurso de desprezo pelo servidor estatutário, terceirização de setores dentro das unidades que fragmenta os trabalhadores, falta de incentivo institucional à qualificação com planos de cargos e salários, deterioração das condições de trabalho e da imagem do trabalhador do serviço público, e responsabilização deles pelas deficiências dos serviços e por possíveis crises das instituições públicas, dentre outros (Mafra Filho, 2008).

A partir das parcerias incentivadas pela contrarreforma gerencial, seja por meio das excepcionais hipóteses de contratação direta, seja por meio das diversas formas de privatização, terceirização e “publicização”, empresas contratam trabalhadores para exercer as mesmas funções do servidor público, entretanto, não fazem concurso público e possuem os direitos inerentes aos empregados da iniciativa privada, sendo-lhes negadas todas as garantias típicas dos estatutários ao mesmo tempo em que constriem e retiram-se direitos dos servidores estatutários.

Observa-se que a ampliação das possibilidades de trabalhadores com regime privado no Serviço Público faz parte de um fenômeno mais amplo caracterizado por Borba (2018) como “celetização” dos servidores públicos, porquanto, com o passar dos anos, vão se criando novas formas para permitir trabalhadores com regime de direito privado em substituição aos estatutários.

O gerencialismo no serviço público é toda uma lógica que visa a longo prazo descartar o servidor estatutário em setores como o SUS. Trata-se de um processo de reestruturação por que os serviços públicos em geral vêm passando, pois, a partir da subordinação à máxima da mercadorização, a situação dos trabalhadores públicos foi afetada de forma expressiva, conforme será visto adiante.

Segundo Mafra Filho (2008), a contrarreforma gerencial do Plano Diretor da

Reforma do Aparelho de Estado, já discutido no capítulo II deste trabalho, promoveu uma profunda alteração no rol dos direitos e garantias dos servidores públicos das mais diversas formas. Em relação aos servidores estatutários, as modificações realizadas pela Emenda Constitucional n.º 19/1998 que trouxe da diminuição dos direitos e garantias dos estatutários que funcionavam não só como proteção pessoal, mas, antes de tudo, como uma proteção para o exercício da função pública com maior autonomia de forma impessoal, a partir de três eixos fundamentais: fim do regime jurídico único, flexibilização da estabilidade e disponibilidade remunerada, além da redução dos direitos trabalhistas e previdenciários.

O gerencialismo promove um regime dual que fere gravemente a isonomia no serviço público, ao permitir que dois trabalhadores que exerçam a mesma função estejam regidos por regimes distintos: um, o celetista, claramente com menos direitos e estabilidade em relação ao estatutário, no tocante às garantias constitucionais, gerando grave insegurança para os trabalhadores e para a plena oferta e operacionalização dos serviços sociais estatais.

Um retrocesso expressivo da contrarreforma gerencial deu-se no tocante à estabilidade do servidor, que foi dificultada em nome da “eficiência”. Com a redação original da Constituição de 1988, eram necessários dois anos de efetivo exercício para que se obtivesse estabilidade no serviço público. Atualmente, a aquisição da estabilidade depende de três anos de exercício e ainda condiciona a obrigatoriedade de “avaliação especial de desempenho por comissão instituída para essa finalidade”, tudo nos termos do art. 41 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Para além da dificuldade de sua aquisição, a estabilidade foi flexibilizada ao ampliar as hipóteses de perda de cargo do servidor estável, antes somente mediante sentença judicial transitada em julgado ou mediante processo administrativo em que lhe seja assegurada ampla defesa. Já agora, mediante procedimento de avaliação periódica de desempenho, na forma de lei complementar, assegurada ampla defesa. Para Mello (2013), trata-se de um mecanismo que serve para a manipulação ou assédio ao servidor, em proveito dos interesses eventuais dos governos.

No mesmo sentido, o art.169 da Constituição Federal, regulamentado pela Lei Complementar n.º101/2000, ao tratar sobre a contenção de despesas com gastos de pessoal ativo e inativo, passou a fixar regras mais rígidas de responsabilidade fiscal que atingiram a estabilidade do servidor público de forma direta, ao permitir outra hipótese de perda de cargo para fins de cumprimento de certos limites (Brasil, 1988).

Assim, após a redução em 20% os gastos com cargos em comissão e funções de confiança e a exoneração dos servidores não estáveis, se não atender aos limites, o servidor estável poderá ser exonerado com uma indenização correspondente a um mês de remuneração por ano de serviço. Já para aqueles que desenvolvem atividades exclusivas de Estado, deverão ser estabelecidos critérios e garantias especiais para a perda do cargo, conforme o art. 247 da Constituição Federal (Brasil, 1988). Para Mello (2013), a possibilidade de perda de cargo do servidor estável é mais um mecanismo que pode servir como um instrumento de perseguição e assédio do servidor.

Outra mudança apontada por Mafra Filho (2008) – outro retrocesso – foi diminuir os custos dos prováveis servidores estáveis que ficariam em disponibilidade. A disponibilidade remunerada consiste na situação em que o servidor público mantém seu vínculo e remuneração, no entanto, deixa de exercer o seu labor de forma transitória e precária até o seu devido aproveitamento. A partir da Emenda Constitucional n.º 19/1998, a remuneração durante a disponibilidade do cargo deverá ser proporcional ao tempo de serviço em vez da remuneração integral.

Para o gerencialismo no Estado brasileiro, foi estrategicamente importante a flexibilização deste direito virtude da lógica da privatização dos serviços públicos; assim, a transferência das principais atribuições estatais para a iniciativa privada traria como consequência uma diminuição da necessidade de servidores públicos, já que as atividades públicas agora seriam desenvolvidas por trabalhadores privados. Assim, diante da possibilidade de cargos “vagos ou desnecessários”, houve a necessidade de diminuir os custos dos prováveis servidores estáveis que ficariam em disponibilidade.

A reforma gerencial também iniciou o processo de restrição ao acesso à aposentadoria do servidor público (Regime Próprio da Previdência Social – RPPS), a partir da fixação de requisitos mais rígidos proporcionados pela Emenda Constitucional n.º 20/1998. Na sua redação original, a Constituição trazia um único requisito, que era a comprovação do tempo de serviço. A referida emenda passou a exigir tempo de contribuição e idade, além de ter criado o abono de permanência (art. 40, § 19). Entretanto, preservou direito adquirido para quem tinha os requisitos e criou regras de transição para os demais (Brasil, 1988).

Assim, entre várias outras mudanças, a contrarreforma administrativa ao longo do tempo acabou por flexibilizar o “tripé” das garantias para o exercício independente e impessoal das funções públicas, qual seja: a estabilidade, a disponibilidade remunerada e a peculiar aposentadoria, precarizando estas relações de trabalho. Além de permitir a precarização dos vínculos por possibilitar que trabalhadores privados sem concurso e sem garantias atuem ao lado dos servidores públicos, ao tempo que incentiva a paulatina substituição destes servidores, diante da terceirização promovida.

De acordo com Mello (2013), em nome do ajuste fiscal, concursos públicos foram coibidos, milhares de cargos foram extintos, e foi autorizada a “publicização”, o que propiciou um aumento expressivo da terceirização como forma de contratação de mão de obra no setor público.

Na entrevista que realizamos com assistentes sociais, observamos nos relatos dos estatutários, contratados e celetistas a crescente substituição dos profissionais de carreira pelos regidos pela contratação no direito privado principalmente nos hospitais municipais e ainda mais nos Hospitais Estaduais. No Estado e no município, não há mais concurso para assistentes sociais se inserirem como estatutários na saúde pública. Muitos hospitais estaduais não há mais assistente social estatutário integrando a equipe. O projeto de privatização no âmbito da gestão municipal e estadual está bem definido.

Na gestão municipal do RJ além das OS, a gestão das unidades de saúde e contratação de pessoal também estão por conta da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – Rio Saúde criada em maio de 2013 (Lei n.º 5.586/2013), que está

vincula à Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e atua exclusivamente no âmbito do SUS. Tal entidade pública contrata profissionais por concurso público, no regime da CLT. Já lançaram editais 058/2015 e 238/2019 bem como editais de chamamento públicos 055/2020, 115/2020, 2012/2021 e 024/2022 que tiveram como objetivo a contratação de assistentes sociais. O primeiro concurso foi em 2015 com primeira convocação em 2018.

Inclusive há alguns editais posteriores a 2015 contemplando a contratação temporária de assistentes sociais, em caráter emergencial, por tempo determinado, com vistas à ampliação imediata da cobertura assistencial à população, em decorrência da pandemia provocada pela Covid-19. Na entrevista que realizamos com assistentes sociais do SUS do RJ, não tivemos a oportunidade de conversar com profissionais contratados pela Empresa Rio Saúde. Entretanto, podemos verificar que, no âmbito da gestão municipal do SUS no RJ, atualmente se extinguiu o concurso e vínculo de novos estatutários na saúde pública.

Nas entrevistas que realizamos, no âmbito dos hospitais estaduais, há relatos de que os servidores estatutários foram sendo colocados em setores mais afastados dos trabalhadores celetistas e contratados até que houve a retirada total destes estatutários que não se integravam à forma como se dava a gestão privada nas unidades. No âmbito estadual, a defasagem maior da remuneração do estatutário também enfraquece. Nos relatos já expostos durante esta pesquisa, assistentes sociais da Fundação Saúde do estado do RJ relatam que celetistas tinham a remuneração superior aos estatutários.

Cabe ressaltar que, com a crise do Estado do RJ iniciada em 2015, os estatutários passaram por situações de maior precarização salarial em relação aos celetistas. Na conjuntura, houve falta de recebimento ou parcelamentos da remuneração e não recebimento do décimo terceiro salário. Muitos servidores estatutários endividaram-se com empréstimos em bancos e viveram situação de insegurança alimentar.

Segundo Pinto (2019), o estado do Rio de Janeiro, assim como o Brasil, atravessa, desde 2015, uma de suas maiores crises, com expressivos problemas que ocorrem simultaneamente em várias dimensões. No campo econômico,

ocorreu uma expressiva queda do PIB estadual e dos investimentos, sobretudo nos setores de petróleo e gás e de infraestrutura social e urbana, que provocaram a ampliação do desemprego. Essa deterioração da economia estadual implicou uma crise fiscal do estado levando, inclusive, atrasos no pagamento de fornecedores, dos salários dos servidores públicos.

Com isso, o governo estadual – que tinha como governador Luiz Fernando Pezão – adotou a renegociação da sua dívida, em 2017, por meio da adoção do “programa de recuperação fiscal” do governo federal que tem como contrapartida o ajuste fiscal. No campo político e institucional, o estado vivenciou uma desorganização administrativa e política com o anúncio de diversos casos de corrupção (no âmbito do braço da Operação Lava Jato no Rio de Janeiro) nas mais diversas áreas administrativas do estado que alcançaram diversos partidos políticos, sobretudo o grupo do ex-governador Sérgio Cabral do PMDB – partido que comandou o estado entre 2006 e 2014.

Com a ruína da crise financeira no Rio de Janeiro e o pacote de austeridade anunciado pelo governador Luiz Fernando Pezão (PDMB-RJ), os servidores públicos estatutários ficaram sem receber o 13º salário referente a 2015, ficaram com meses de atrasos de salários e depois recebendo parcelado, e muitos serviços essenciais deixaram de ser disponibilizados regularmente à população.

Os funcionários públicos aposentados recebem suas pensões do Rio Previdência. Desde 2007, boa parte do fluxo de caixa do fundo vem dos royalties da exploração de petróleo e gás natural. Com a queda do preço do barril, chave para o cálculo das compensações, porém o rombo disparou. A concessão de incentivos fiscais é apontada por alguns como uma das causas da crise, mas não há unanimidade sobre o assunto. Os incentivos permitiram atrair empresas que geram arrecadação e empregos. De acordo com o Tribunal de Contas do Estado (TCE), o Rio concedeu 138 bilhões de reais em renúncia fiscal entre 2008 e 2013. No caso do petróleo, houve, nos últimos anos, uma queda significativa nos preços. Com relação à arrecadação dos royalties, também houve queda.

Em 2015, quando as contas fluminenses já ruíam, o estado ofereceu às empresas incentivos na ordem de R\$ 36 bilhões Um dos componentes da crise do

estado do Rio de Janeiro foi a queda das receitas que também foi agravada por renúncias fiscais e aumentos das despesas e a ausência de concurso público há anos para várias áreas do Estado do Rio de Janeiro. A diminuição do quadro de servidores ativos também causa diminuição da arrecadação da previdência dos servidores públicos (Pinto, 2019).

Em novembro de 2016, o governador Luiz Fernando Pezão (PMDB-RJ) apresentou um pacote de medidas para conter a crise econômica no estado. O aumento da alíquota previdenciária dos servidores de 11% para 14%. Um dos pontos mais criticados é o desconto de 30% dos salários de funcionários e das pensões dos aposentados por 16 meses. Neste período, houve a municipalização, isto é, o repasse da gestão, do estado para os municípios de unidades públicas, inclusive de alguns hospitais público, como o Hospital Albert Schweitzer e o Hospital Rocha Faria.

O pacote de austeridade no RJ também incluiu o fim do pagamento do aluguel social para beneficiários deste programa social, fim do restaurante popular e reajuste no bilhete do transporte intermunicipal. Ou seja, enquanto o fundo público, em momento de crise econômica, é utilizado para aliviar empresários, os trabalhadores perdem ofertas de serviços sociais, direitos sociais e benefícios. Nesse contexto, houve aumento do desemprego e intensificação dos trabalhos para os que permaneceram empregados.

Tal realidade afetou fortemente a prestação dos serviços públicos ofertados com a redução das despesas e até mesmo prejudicou o recebimento de remuneração dos servidores estatutários. Nesse período, houve, até mesmo, discurso de ameaça de demissão dos estatutários amparados pela legislação de perda de cargo para fins de cumprimento de certos limites de responsabilidade fiscal do ente estatal, um clima de medo e extrema precarização salarial para os servidores públicos.

Nessa época, alguns sindicatos chegaram a fazer distribuição de cestas básicas para os servidores estatutários²⁸. Ironicamente, foram os servidores

²⁸ O Globo. Servidores do estado com salário parcelado recebem cesta básica doada. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/servidores-do-estado-com-salario-parcelado-recebem-cesta-basica-doad-a-20685656>>. Acesso em: 30 abr. 2022.

celetistas os que permaneceram com seus empregos e, principalmente do contrato pela Fundação Saúde que é um vínculo mais estável do que o contrato pelas OS, que continuaram a receber salários por serem de direito privado, o que prevê multas ao empregador quando há atrasos de salário. Também demonstra a prioridade dada no RJ à gestão privatizada.

Vejamos alguns relatos, a seguir, sobre grave precarização de trabalho vivenciados pelos(as) assistentes sociais estatutários do SUS no RJ:

As piores coisas foram dos estatutários de modo em geral né, esses atrasos, com mudança de gestão, secretário mudando toda hora, eu sei que teve. Mas, para a gente da Fundação não. No início da pandemia, que a gente ficou um tempo sem a insalubridade né, que a gente recebia 20% e aumentou para 40%, mas aumentou para alguns setores e para a gente não aumentou.” (Assistente Social 7 – Hospital Estadual).

Não, não, quando teve aquela questão do Estado atingiu muitos estatutários, mas a gente não, a gente não ficou sem salário, graças a Deus! Quando elas ficaram sem salário, o pessoal continuou trabalhando né, elas não deixaram de trabalhar não, e o que aconteceu? A gente tinha uma direção lá no hospital muito rígida, porque o diretor ele é um direto major bombeiro, então às vezes ele quer levar aquilo ali como um quartel (risos). **Não tinha muita opção para as estatutárias que não estavam recebendo salário não, elas continuaram trabalhando sem salário, mas assim bem, bem difícil.** A gente obviamente que solidariza né com as colegas né porque é um absurdo você trabalhar sem remuneração e a gente tentava amenizar da nossa forma dentro do possível, se a colega precisasse de alguma coisa, se, precisasse sair mais cedo, se precisasse a gente segurava entende, mas foi alguma assim informal. Elas tinham que ir lá bater o ponto direitinho, e elas trabalharam mesmo não criavam subterfúgios não, elas iam trabalhar mesmo sem remuneração. (Assistente Social 20 – Hospital Estadual Fundação Saúde).

Então, eu fico de junho a setembro sem receber e quando chega em dezembro, o salário começa a ficar irregular, você já não recebe o 13º, então foi é 2015 todo, 2016 todo, 2017 foi regularizar lá no final assim, aí em 2018 a gente tem uma, um problema enorme que também foi noticiado com os residências e salário, uma confusão, um atraso, 2019 um pouco de sucesso, 2020 pandemia, aí eu falei “Gente!”, não sei, desde 2015 uma maluquice sem fim, aí eu falei “Jesus, não sei porque a gente ainda não enlouqueceu ainda nesse processo assim”. Porque quando organizou a vida dos servidores “mais ou menos”, os residentes ficaram muitos meses, teve greve, confusão e isso impacta muito no atendimento, então foi muito desgastante nesses anos todos, então eu digo que virou um pesadelo assim, o que era sonho virou pesadelo, mas, enfim.” (Assistente Social 19 – Hospital Universitário – estatutária).

Só o décimo terceiro de 2020. O Crivella não pagou para ninguém[...].” (Assistente social 3 – Hospital Municipal – estatutária).

Em 2015, eu entro no Pedro Ernesto né, no Hospital Universitário vinculado à UERJ e lá eu fico no programa de saúde mental durante dois anos. Falando já, tentando entrar um pouco do que você está discutindo, da precarização, eu pego a grande crise do Estado né, do ponto de vista dos atrasos dos salários, dos cortes de

verbas, das grandes greves foram longos os períodos de greve né, 2016/2017, não 2015. Em 2015, para os residentes, o problema começou antes para a gente né, por ser o vínculo mais fraco, a nossa bolsa começou a atrasar antes dos salários dos servidores. E a gente só conseguiu regularizar no final assim, quando eu estava saindo, eu saí da residência e dois meses depois eu ainda estava recebendo bolsa por causa do atraso. Eu fiquei dois anos com o salário atrasado. Mas é isso né, porque para algumas pessoas isso vai ser determinante para continuar, para adoecer, para não conseguir e isso impactou tanto na qualidade da residência que, assim, a gente perdeu muitas aulas, a gente não conseguiu dar continuidade nos módulos, é, muitas coisas foram interrompidas, algumas atividades a gente não conseguiu dar conta de grupo porque requer continuidade né.” (Assistente Social 10 – Hospital Universitário).

Os relatos expressam a experiência dos trabalhadores estatutários que, ao possuírem o seu vínculo estável, permaneceram trabalhando mesmo sem salário, ou restrição de direitos trabalhistas, durante a crise econômica que vivenciou o Estado do RJ. Tal realidade demonstrou mais uma vez que são os trabalhadores que pagam pela crise do capitalismo, e mesmo assim este depende da continuidade do trabalho essencial no serviço de saúde para a manutenção da vida e da economia. Os trabalhadores, mesmo sem salário, eram constrangidos a permanecerem trabalhando. Também demonstra a precarização de trabalhadores altamente qualificados inseridos em unidades de atendimentos complexos na saúde, inclusive unidade de saúde universitária que não pararam de ofertar serviço pelo compromisso dos seus servidores com a população²⁹.

O impacto desta conjuntura na saúde dos trabalhadores estatutários no SUS do RJ foi o do adoecimento, sendo comum o medo, a ansiedade e a insegurança, sentimentos aglutinados na ideia de stress. Ao discutir a precariedade subjetiva dos trabalhadores assalariados estáveis, Linhart (2014) questiona se esses trabalhadores, os quais possuem um trabalho estável, com contrato por tempo indeterminado, não seriam privilegiados comparando-os com a massa crescente de assalariados mergulhados na incerteza maior do desemprego e falta de segurança jurídica (no caso os estatutários ainda possuem), sem poder projetar o futuro.

Porém, mesmo entre eles, encontramos a precariedade subjetiva, traduzida em perda da autoestima pela falta de reconhecimento salarial pelos anos de

²⁹ O Globo. Pezão diz que não tem dinheiro para pagar servidores da UERJ. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/peza-diz-que-nao-tem-dinheiro-para-pagar-servidores-da-uerj.ghtml>>. Acesso em: 30 abr. 2022.

investimento em estudos e a falta de reconhecimento social sendo os estatutários, notadamente, os funcionários públicos que sofreram muito com o discurso sobre sua suposta ineficiência, sua fraca produtividade, até sobre sua inutilidade. O sofrimento também ocorre em virtude de o sentimento de não dominar por completo o trabalho, e isso acontece em razão do modelo gerencial que cobra a responsabilidade, em um ambiente em que não existem condições necessárias para realizar o trabalho. Vejamos o relato desta assistente social sobre os impactos na saúde dos profissionais estatutários neste período de crise que acarretou falta de renda para muitos.

Então, nessa época, eu fiquei realmente em crise assim, uma crise existencial que eu falei “Não é possível que tanto tempo de investimento de formação [...]”, porque eu sou mestre né, eu tenho quatro especializações, todas na área da saúde, eu sou mestre pela Fiocruz, aí eu falei “Gente, não é possível um negócio desse!” aí eu falei assim “Mas eu não vou fazer Doutorado!”, primeiro, porque eu estava tão triste assim, tão chateada com aquela situação deprimente de ver os colegas, que eu trabalho em psiquiatria né e saúde mental, de ver os colegas adoecendo, enlouquecendo, você internar colega de trabalho porque é isso né, quatro meses sem salário, gente já sem onde morar, sem conseguir pagar plano de saúde, tirando filho da escola particular, o negócio virou até, não se fala mais isso hoje em 2021, mas até hoje a vida de funcionário do estado é impactada porque isso virou uma bola, uma dívida, uma bola de neve de dívida que não tem fim. Por que, como é que você faz? Quatro meses foi sem, depois não regularizou, melhorou, mas não regularizou, então foi quase um ano de salário de salário irregular para quem paga conta, tem filho, não é o meu caso, mas assim eu vi vários colegas nessa situação. Então, foi uma coisa bem impactante assim, então o doutorado saiu totalmente do horizonte.” (Assistente Social 19 – Hospital Universitário – estatutária).

Além do impacto da saúde do trabalhador que, é eu acho que se fala pouco, aquela crise, ela, ela, gente as pessoas se suicidaram, uma enfermeira do Getúlio Vargas se suicidou, teve caso de suicídio na UERJ também, mas eu não, não, não conhecia, eu não vou saber nome, qual era função da pessoa. As pessoas se suicidaram e as que não se suicidaram adoeceram, são afastadas até hoje, tem gente que foi aposentado por invalidez porque ficou um período de afastamento longo, o Estado agora depois de dois anos ele já te aposenta se for psiquiatria né, já te aposenta, então assim o sofrimento dos trabalhadores foi [...] a gente teve trabalhador da UERJ dormindo em Kombi no Campos assim, sabe, a gente tem que interná-la na psiquiatria, tem que organizar, a gente teve que é trabalhador da UERJ que teve AVC, pessoas que tinham uma vida, enfim, normal, saudável, não tinha nenhuma doença e que fizeram um, saíram, enfartaram, AVC, crise psiquiátrica. Então assim, foi um governo que, cara, ele mais que sucateou a estrutura, eu acho que ele roubou, com essa precarização, eu acho que ele roubou o prazer das pessoas de estar no trabalho sabe, de desenvolver esse trabalho, é, e a gente tendo que trabalhar e mesmo sem receber né, nenhum momento esse serviço parou, reduziu o atendimento, mas não parou.” (Assistente Social 19 – Hospital Universitário – Estatutária).

A desqualificação de trabalhadores estatutários ocorreu de maneira explícita por parte do estado do RJ. Embora possa parecer um problema de um governo e/ou da crise econômica no estado do RJ, é mais complexo. É um problema constitutivo da lógica do processo de financeirização das políticas públicas e da desconsideração da importância que tem o sentido e o reconhecimento do trabalho para a construção de todos os vínculos na vida do trabalhador.

Segundo Dejours (2011), o trabalho adoecedor é aquele no qual o trabalhador não é capaz de realizar suas aspirações, ideais, imaginação e desejo. Existe uma relação intrínseca entre a falta de reconhecimento e os processos de sofrimento, adoecimento e despersonalização, uma vez que ele é nuclear na construção da identidade e saúde no trabalho. A falta de reconhecimento social intensifica os efeitos para a saúde do servidor.

Cabe ressaltar que, mesmo com toda a precarização e até falta de pagamento de salário ou algum direito, os estatutários e demais servidores destacam a importância da maior estabilidade no que se refere à autonomia no trabalho, continuidade do serviço, sentimento de pertencimento ao trabalho e possibilidade de luta por ampliação de direitos. Os servidores identificam que o regime estatutário e ainda garantem maiores vantagens aos trabalhadores. Vejamos alguns relatos a seguir:

Enfim, eu acho que o vínculo para mim, muda muito assim, muda a forma como você se relaciona com o seu gestor porque até mesmo assim, a gente, a gente viveu um período lá no Anchieta assim que a gente entrou em que o hospital ele, ele, estava sendo gerido por militares e teve uma situação muito emblemática em que o militar virou para uma assistente social, que era uma senhor já, a gente estava com problema de responsável técnico ele virou para ela e falou assim “A senhora vai ser RT e vai fazer 30 horas semanas”, o contrato era de 24, aí, ela falou “Não, eu não posso ser Rt, porque eu moro em campos!”, ele disse “Eu não quero saber, eu não quero saber, ou é isso ou pede para sair, ou é isso ou você é demitida, ou eu estou te demitindo agora!”, aí uma outra assistente social que estava com ela que trabalha com a gente lá até hoje, ela pegou e falou “Olha, acho que você não está entendendo onde você está assim né, você não pode me demitir, você vai ter que entrar com um processo administrativo tá, eu vou te dar o caminho, você vai na Fundação entra com, ou você me coloca à disposição me manda lá para Carlos Chagas, manda lá para é, Eduardo Rabelo né”, geralmente a zona oeste são os locais que muita gente não quer ir, manda lá para o Santa Rita aquele da Taquara né, “Mas demitir você não pode!”. Então, assim, é uma coisa que eu nunca tinha visto na vida, eu nunca tinha visto isso né e, aí ela falou isso e o cara “Caramba, eu não posso demitir ela!”, e ele foi verificar e realmente erra isso.” (Assistente Social 11 – Hospital Estadual temporário atualmente).

Acontecia, às vezes, acontecia, a gente botar ela como escudo porque ela não ia ser exonerada, ela era estatutária mesmo, o máximo ia remover ela da instituição, mas era muito pouco assim, a gente conseguia ter boas dinâmicas ali entendeu. Mas, tinha sim, a maioria das estatutárias tinham o receita da gente ali, não via a gente com bons olhos, mas pelo menos as que aceitavam a nossa aproximação, eram muito solícitas quando a gente pedia ajuda com algumas coisas e elas botavam para frente algumas coisas pela estabilidade delas a gente não tinha muito estabilidade.” (Assistente Social 17 – Hospital Estadual – Contratada pela Organização Social).

Ser estatutária é um diferencial, eu faço meu trabalho em igualdade de condições que qualquer outro profissional daqui, está no mesmo pé de discurso. Então, eu não tenho, a gente não sofre nenhuma ameaça porque “Não vou fazer porque não é minha competência!”, isso faz toda a diferença!” (Assistente Social 3 – Hospital Municipal).

Nos hospitais federais, como são em menor número, assistentes sociais estatutários ainda possuem muita força nos serviços inclusive em cargos de coordenação e de gestão. Na maioria das experiências dos(as) assistentes sociais da nossa entrevista que trabalham nos hospitais federais (INTO, Hospital da Lagoa, Hospital de Bonsucesso), verificamos que são as únicas equipes ainda com presença importante de estatutários na equipe³⁰ e seja por serem majoritários ou por terem a hegemonia na condução da equipe, apesar de relatarem os problemas relacionados ao contratos temporários que, como vimos, tornou-se forma permanente de inserção de novos profissionais nas unidades federais do RJ.

Também é no âmbito da carreira no Ministério da Saúde que estes(as) assistentes sociais possuem melhores remunerações trabalhando no SUS no RJ, fato que garante maior continuidade destes profissionais a estes vínculos, apesar do relato da ausência de incentivo à qualificação por meio de planos de cargo e salários.

Verifica-se que, com o projeto de substituição dos trabalhadores estatutários

³⁰ No âmbito de gestão estadual, só tem a exceção do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), que hoje conta com muitos assistentes sociais estatutários, o que só foi possível com a intervenção do Ministério Público. O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro ajuizou ação civil pública, em face da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), alegando que foram instaurados inquéritos civis para apurar denúncia de contratação irregular de pessoal realizada pela UERJ, para HUPE, e que, no curso das investigações, foi comprovado que houve contratações irregulares pela UERJ para diversos de seus órgãos. O MP provou na época que as irregularidades eram muitas e de diversos tipos. Pelas provas colhidas, constatou-se que candidatos aprovados em concurso público para cargo permanente haviam sido constringidos a assinar contratos temporários à UERJ. Outros candidatos aprovados em concurso público não foram convocados, mas houve contratações temporárias para ocupar funções decorrentes de cargos vagos. Também houve várias contratações temporárias, prorrogadas por anos seguidos, e na prática vigendo por prazo indeterminado. Por isso, em 2012, foi aberto concurso para o HUPE com diversas vagas inclusive para assistentes sociais (KLAUSNER, 2016).

por outras formas de contratação, percebe-se que, quando o cargo público estatutário é vago por exoneração, não está sendo ocupado por outro servidor de carreira devido a ausência de novos concursos públicos. Portanto, ter condições de remuneração que garanta que assistentes sociais permaneçam e não desistam de em seus vínculos estáveis no SUS, rumo à outras políticas sociais e outros espaços profissionais, é essencial para a continuidade do serviço.

Vejam os relatos de uma servidora estatutária em um Hospital Federal cuja maioria da equipe é composta por assistentes sociais estatutários do concurso de 2005 do Ministério da Saúde:

A nossa categoria a gente nunca teve perda salarial, tentaram tirar a insalubridade, mas a gente argumentou, inclusive a gente falou, a gente peitou na verdade que se a gente, fosse retirado da gente a insalubridade, a equipe não iria mais atender os pacientes das enfermarias, aí todo mundo ficou desconsertado né porque, como eu disse, a gente tem uma, uma, um certo respeito da instituição, as pessoas buscam a gente tempo todo e a saúde do trabalhador não quis assumir isso porque a gente ia fazer mesmo, a gente ia, a gente vai tirar a insalubridade e a gente só vai atender dentro da nossa sala. Ia criar um caos e aí a gente não teve esse benefício né, esse adicional de insalubridade retirado da gente não.” (Assistente Social 15).

Primeiro é o seguinte, assim, a gente tem um reconhecimento institucional né, pela direção, hoje a gente tem inclusive assistente social em cargo estratégico na direção né, a gente tem uma assessora da direção que é assistente social, a gente tem uma chefia de divisão de várias áreas que é assistente social, a gente tem um reconhecimento do serviço social, ele é ouvido, ele é, ele é, respeitado né, a gente tem embate é claro, não tem como o serviço social não ter correlações de força né, mas a gente consegue ser ouvido, a gente consegue argumentar, a gente tem um bom espaço na direção, a gente tem uma boa entrada na direção, então, a gente passa por esse momento também né, esse tipo de perfil, é uma categoria respeitada. Então, a gente é, a gente hoje quando você pergunta aí se a gente em algum fluxo que a gente queira estar e a gente não estar, não. Isso não acontece porque o serviço social participa de vários processos de trabalho com a comunidade, nós estamos inseridos em várias comissões, Comissão de Prontuário, Comissão de Queda, Comissão de Política de Violência de, é, violência né, é que te notificação né porque lá tem uma política de notificação de violência, a gente sempre está inserido em várias comissões, a gente é chamada para participar de várias comissões, de várias discussões, como eu disse tem assistente social na gestão. (Assistente Social 15).

Ainda destaco o relato deste servidor estatutário de outro Hospital Federal “lá na HFB, a gente tem também um estudo sobre Saúde Da População Negra que também tem sido bem, um espaço bem rico. É multiprofissional! Ele nasceu no Serviço Social em 2018, e aí a gente ampliou para um grupo multiprofissional” (Assistente Social 5).

Podemos verificar que assistentes sociais, quando estão em um vínculo mais permanente que permite maior apreensão da temática na qual trabalha ao longo dos anos, vínculo estável e com melhor remuneração, conseguem ter maior poder na correlação de força e nas decisões institucionais, mesmo em um ambiente de hegemonia do referencial biomédico. Além disso, conseguem criar espaços internos dentro do hospital de educação permanente e discussão de temas relevantes para a saúde pública, como vimos nos relatos. Ressalta-se também que, nos dois casos, os profissionais estão inseridos em equipes com menor fragmentação, majoritariamente composta por estatutários.

Podemos verificar que ter um emprego formal não significa que não se caracterize como precarizado. Segundo Druck (2011), existem tipologias que tornam o trabalho precarizado, além do tipo de vínculo: intensificação do trabalho e precarização salarial; insegurança e saúde no trabalho; perdas da identidade individual e coletiva; fragilização da organização dos trabalhadores e a condenação e o descarte como trabalhador. Dejours (2001) afirma que uma causa frequente de sofrimento no trabalho surge quando o profissional sabe o que deve ser feito e não pode fazê-lo, porque o impedem as pressões sociais do trabalho ou as más condições do mesmo.

Evidenciamos que, mesmo concursadas, assistentes sociais da rede de serviço do SUS do RJ vivenciam um processo de precarização do seu trabalho, visto que parcela significativa ganha salário que não condiz com o tempo que estão no serviço público e com a alta qualificação, trabalha em equipes fragmentadas e experimenta ambientes laborativos que afetam o seu desempenho: sucateamento da infraestrutura de trabalho, fragmentação das tarefas, modelos administrativos ambíguos, conflitos de poder e ausência de plano de cargos, carreiras e salários que equalize os rendimentos, as promoções e nomeações. Apesar deste contexto adverso, o vínculo estatutário ainda é o mais vantajoso dentro do SUS no RJ por garantir estabilidade do vínculo e maior autonomia nas decisões sobre condutas profissionais pela pouca exposição ao desemprego garantido por tal vínculo de emprego.

4

Dimensões da precarização dos(as) assistentes Sociais no SUS do RJ: Resultado das entrevistas

Este capítulo analisará o(a) assistente social como trabalhador(a) assalariado(a) que exerce seu trabalho no contexto de precarização do trabalho e da política de saúde pública no Brasil na atualidade, este que vivencia a expansão da privatização e da cultura do gerencialismo na gestão dos serviços de saúde aprofundando a precarização do trabalho e da vida de assistentes sociais.

A expansão de entes privados na gestão do SUS integra-se a um contexto de estratégia mais ampla do capital em substituir trabalhadores estáveis no setor público estatal por trabalhadores temporários que vivenciam rotatividade nos serviços, ou por trabalhadores com menos direitos trabalhistas com o objetivo de acumular capital, reduzir custos com o trabalho e de disciplinar também os trabalhadores dos serviços públicos por meio da constante ameaça com o desemprego de forma que com menor resistência. Lutando constantemente pela sobrevivência no mercado de trabalho, estes(as) trabalhadores(as) mantêm menor resistência (inclusive coletiva e politicamente organizada) do trabalho precário e instável, o que Antunes (2018) chamou de “privilégio da servidão”.

Este capítulo tem por objetivo dar continuidade à apresentação do resultado da pesquisa realizada por meio de entrevista com assistentes sociais que trabalharam no SUS do Rio de Janeiro entre os anos de 2015 a 2021 para conhecermos a realidade da precarização do trabalho vivenciada por estes profissionais.

A análise das entrevistas neste capítulo estará dividida em cinco tópicos em que serão analisadas a precarização ética e técnica do trabalho profissional, o pluriemprego e o desemprego dos(as) assistentes sociais e a inserção no SUS. Abordaremos como a precarização se relaciona com as possibilidades de Educação permanente e a participação política coletiva dos(as) assistentes sociais. Também analisaremos os aspectos da precarização do trabalho do(a) assistente social no SUS do RJ durante a pandemia de Covid-19. Ao final da análise dos

resultados das entrevistas, faremos uma reflexão sobre a precarização das condições de vida dos(as) assistentes sociais que vivenciam o trabalho no SUS do RJ. Ao longo da continuidade da discussão dos resultados da pesquisa neste capítulo, retomaremos em alguns momentos à caracterização geral dos entrevistados, apresentados no capítulo III desta tese, à medida que faremos a análise do estudo.

4.1.

Condições para realização do trabalho dos(as) assistentes sociais

A inserção do(a) assistente social no mercado de trabalho é um elemento necessário para sua reprodução enquanto profissional inserido na divisão sociotécnica do trabalho, contribuindo dessa forma no processo de produção e reprodução das relações sociais presentes na sociedade capitalista.

O Serviço Social, neste processo de contradição, atende tanto aos interesses do capital, por meio da criação de condições favoráveis para a reprodução da força de trabalho; como ao mesmo tempo e pela mesma atividade atende aos interesses do trabalho, dando respostas às necessidades de reprodução da classe trabalhadora (Iamamoto, 2014). A condição de trabalhador assalariado traz ao profissional um grande desafio: articular o compromisso ético-político da profissão no bojo das condições objetivas de trabalho que são ofertadas pela instituição empregadora.

As atividades desenvolvidas por assistentes sociais estão condicionadas às demandas institucionais, e as condições de trabalho advindas da instituição muitas vezes determinam a forma de intervenção profissional, tendo em vista que seu trabalho não se desenvolve de forma autônoma, porque o profissional não dispõe de todos os meios e instrumentos necessários para realização do mesmo, e o desenvolvimento de suas atividades perpassa as relações de poder presentes nos diversos espaços sócio-ocupacionais da profissão (Iamamoto, 2012).

Tanto as dimensões subjetivas quanto as objetivas condicionam o trabalho dos(as) assistentes sociais, apresentando-se como limites e possibilidades ao

exercício profissional, que vai desde a intencionalidade que direciona suas ações, até as condições objetivas de trabalho as quais estão sujeitos.

Como verificamos, há um processo crescente de privatização da saúde, e esse contexto tem apresentado rebatimentos concretos no mercado de trabalho do(a) assistente social, que, como qualquer outro trabalhador assalariado, dispõe apenas de sua força de trabalho como meio de garantia da própria reprodução, e os constrangimentos decorrentes da condição de assalariamento impõem limites concretos à autonomia profissional e aos resultados de suas ações. Os problemas que perpassam o cotidiano do trabalho do(a) assistente social encontram-se indissociáveis dos dilemas vivenciados pelos demais trabalhadores, que sofrem com o retrocesso aos direitos conquistados nesse contexto de reordenamento do capital.

Nesse contexto, surgem novas demandas e requisições institucionais de trabalho para o(a) assistente social, que passa a atuar em diversificadas e complexas expressões da questão social, assim como também se fazem presente no cotidiano desses profissionais as “novas formas” de trabalho, com as precarizações por meio dos contratos temporários, contratos por projetos, terceirização, baixos salários, além da falta de condições físicas e materiais adequadas para consecução do seu trabalho.

Nas entrevistas com assistentes sociais, questionamos como o vínculo de trabalho influencia na relação com outras equipes profissionais e com a gestão da unidade.



Gráfico 3 – Influência do tipo de vínculo no relacionamento com gestores e outras equipes da unidade do SUS.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Nas frequências de respostas, todos que relataram maior autonomia são estatutários (6 respostas) e os que relatam situações de menor autonomia (12 respostas), subordinação (uma resposta falando de subordinação) e insegurança (7 respostas) foram os demais vínculos (celetistas, contratados, bolsista e RPA).

Vejam os relatos abaixo que falam dessa restrição da autonomia profissional por medo da perda do emprego:

Quando virou OS, ficou um pouco mais difícil porque algumas colegas ficaram com medo de algumas retaliações vamos dizer assim, então realmente elas faziam algumas coisas que não eram da minha atribuição, mas aí a grande maioria venceu porque isso era levado a pleito, a gente sinalizava para o nosso chefe se isso era a nossa atribuição ou não.” (Assistente Social 17 – Hospital Estadual – Contratada pela Organização Social).

Devido ao fato de a gente ter um vínculo de trabalho de OS, existia uma determinada exigência de que a gente cumprisse aquilo que a instituição determinava, independente se de fato aquilo representava algo que fazia sentido para nós, ética e politicamente ou não.” (Assistente Social 16 – Hospital Estadual – contrato pela Organização Social).

Algumas questões arbitrárias que perpassam a equipe devido à fragilização dos vínculos trabalhistas dos profissionais e do abuso político que estamos sofrendo (com o discurso de rodar o leito – não é permitido ter casos sociais ou qualquer problema de paciente com alta – as assistentes sociais devem acompanhar pacientes em ambulância ou surgir com vaga para instituições, sem respeitar os trâmites da rede). Falta de humanidade e desrespeito de alguns profissionais quando se trata de alguns segmentos da sociedade (sobretudo quando os pacientes são custodiados, adolescentes em conflito com a lei e população de rua), a equipe

de saúde tende a ter discursos moralizantes e culpabilizadores, incluindo algumas assistentes sociais e a meu ver acabam negligenciando alguns direitos. Falta de criticidade de algumas assistentes sociais e medo de perder o emprego acabam aceitando as imposições de algumas categorias e realizando coisas que não são atribuições. (Assistente Social 13 – Hospital Estadual – RPA).

O vínculo, realmente, é um vínculo frágil que você fica à mercê de interesses que, que são de uma empresa né, não tem como. Mas eu acho que eu dava assim, é, dava conta de fazer também o que eu achava certo sabe, dei conta é de fazer na maior parte das vezes o que eu achava que era certo.” (Assistente Social 1 – UPA).

E era muito complicado porque o processo de trabalho era completamente diferente e as requisições até para a equipe, por ser um vínculo muito fragilizado, eram outras requisições, elas não podiam se impor muito, era difícil mostrar qual era o trabalho, qual era a proposta de trabalho do Serviço Social até por conta do vínculo que elas tinham. Então, assim, a gente tendo que acabar que cobrindo os buracos de uma equipe que trabalhava de uma forma que a gente não concordava, foi bastante difícil, bastante difícil na época. (Assistente Social 7 – Hospital Estadual).

Influencia muito porque, assim, é um vínculo precário. A gente sabe que, a gente teve duas demissões recentemente e, a gente sabe que as escolhas foram feitas até por serem colegas que tinham um posicionamento. Então, assim, a gente fica mesmo com receio e se posicionar porque a gente sabe que o vínculo é frágil e, na hora que tiver a demissão, você pode ser o da vez (Assistente Social 4 – Hospital Estadual).

A reflexão a respeito da relativa autonomia do(a) assistente social encontra legitimidade em meio a um cenário de grandes retrocessos para a classe trabalhadora. A direção de nossas reflexões tem como referência que vivemos tempos desafiadores para o Serviço Social, dado o acirramento da contradição que permeia as atuais relações sociais capitalistas, cujas peculiaridades assentadas na ofensiva neoliberal atingem, cada vez mais, o exercício profissional do(a) assistente social e, conseqüentemente, as suas estratégias político-profissionais em defesa das demandas reais da classe trabalhadora.

Esses desafios são retroalimentados, mediante uma conjuntura social e política omissa para com os direitos dos cidadãos e, relacionada à precarização e exploração demasiada da classe trabalhadora, o que exige uma releitura do cenário atual, com vistas a traçar estratégias político-profissionais que subsidiem o exercício profissional do(a) assistente social. Na base desta reflexão, entendemos que a relativa autonomia é um traço constitutivo da profissão, apresentando-se como uma ferramenta que possibilita ao(à) assistente social construir sua

intervenção profissional, tendo como referência a compreensão de seu papel profissional na reprodução contraditória das relações sociais.

Iamamoto (2014, 2012) reflete sobre as implicações do estatuto de assalariado para com o desenvolvimento do trabalho do(a) assistente social, que, muito embora disponha de relativa autonomia na condução de sua intervenção profissional, ele está sujeito à determinação institucional sobre seu processo de trabalho. Iamamoto (2014, p. 424) afirma que existe “uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia profissional para perfilar o seu trabalho”. Ao problematizar esta tensão, a autora assevera que o trabalho profissional do(a) assistente social se encontra historicamente mediatizado por interesses particulares e interesses coletivos e sofre com os dilemas de alienação indissociáveis do trabalho assalariado, configurando o cotidiano do exercício profissional e impondo barreiras específicas ao exercício da relativa autonomia profissional, em cada espaço sócio-ocupacional.

Destacamos outra contribuição importante no debate da relativa autonomia profissional apresentada por Raichelis (2011), que problematiza o processo de precarização do trabalho do(a) assistente social. Em suas análises, a autora evidencia as alterações e redefinições do mundo do trabalho na contemporaneidade, articulada às novas configurações e demandas que se expressam nos espaços sócio-ocupacionais, bem como a violação de direitos a que está submetido o(a) assistente social na condição de trabalhador assalariado. Seu estudo recupera a discussão de Iamamoto e Carvalho (1998) para tematizar sobre o exercício da relativa autonomia a partir do processo de assalariamento do(a) assistente social, ressaltando sua inserção na divisão social e técnica do trabalho.

Raichelis (2011) aborda a relativa autonomia como autonomia técnica, remetendo à possibilidade de exercitá-la no cotidiano profissional a partir do conjunto de atribuições intelectuais que o trabalho profissional, na cena contemporânea, vem exigindo dos(as) assistentes sociais para que os mesmos, ao se debruçarem sobre a análise crítica da realidade social, pautem suas intervenções profissionais nos valores e princípios elegidos pelo projeto profissional.

A autora enfatiza que os conhecimentos e as habilidades técnicas se constituem nos meios para exercer a relativa autonomia profissional e, embora sejam propriedades dos(as) assistentes sociais, suas possibilidades de pleno desenvolvimento também são condicionadas por um conjunto de determinações que tencionam o projeto profissional hegemônico, refletindo o conservadorismo profissional ainda existente e que vem sendo retomado na contemporaneidade. A nosso ver, as contribuições de Raichelis (2011) são imprescindíveis para o debate da relativa autonomia profissional, pois sua abordagem nos auxilia na compreensão sobre o significado da relativa autonomia no e para o trabalho do(a) assistente social. Ao relacioná-la à dimensão teórico-política da profissão, problematiza a inserção do Serviço Social na divisão social do trabalho e os desafios que são postos à categoria profissional na contemporaneidade.

Isso não significa considerar que a relativa autonomia esteja acima das determinações socioinstitucionais, a relativa autonomia é permeada, diametralmente, pela dimensão subjetiva e objetiva, ambas se apresentam como partes de um todo indissociável. Para efeitos conclusivos, reafirmamos que a relativa autonomia constitui um componente de resistência da profissão, que, a partir da formação crítica, propicia a problematização dos dilemas sociopolíticos da atual conjuntura, articulando a direção teórico-política e técnico-instrumental como suporte ao exercício profissional, mesmo em meio a uma realidade adversa ao projeto emancipatório do trabalho.

Ao situar-se o(a) assistente social como um dos integrantes das equipes interprofissionais, na saúde pública, forçosamente essa inserção trouxe à tona questionamentos sobre as particularidades do fazer profissional do(a) assistente social, a saber, as dificuldades de adequar-se às exigências do atual padrão gerencialista na área das políticas públicas e os entraves para encaminhar a ação em uma linha emancipatória, participativa e democrática.

O(a) assistente social, como trabalhador(a) assalariado(a) que vende sua força de trabalho em troca de um salário, sofre os mesmos constrangimentos do conjunto da classe trabalhadora: desemprego, baixos salários, subcontratação, terceirização, ou seja, desvalorização e exploração do trabalho, o que o(a) sujeita aos processos de mercantilização e alienação do trabalho. Dessa forma, a

precarização das relações de trabalho gera insegurança e desproteção aos(as) assistentes sociais que trabalham no SUS, provocando tensão entre sua condição de trabalhador e o projeto profissional.

Na pesquisa com assistentes sociais, identificamos relatos que demonstram o assédio por parte de gestores administrativos e por chefias para interferir na conduta profissional e decisão ética-política e técnica do(a) assistente social. Como exemplo, os relatos mostram a orientação da chefia para não informar como usuário poderia recorrer a seus direitos e buscar melhor acesso às políticas públicas (seja o acesso qualificado à própria unidade de saúde, seja o acesso à justiça) e buscar o plantão judicial.

No SUS, é comum as chefias administrativas constrangerem os profissionais para liberação de leitos (leito é um recurso importante no sistema de saúde) e restrição do acesso da família aos ambientes da unidade (tendo em vista que a proximidade da família pode gerar mais questionamentos ao processo de cuidado ofertado pela instituição). Nesse contexto, o(a) assistente social pode ter requisições institucionais, em relação ao trato com o usuário e suas famílias, na direção contrária ao projeto ético político hegemônico da profissão no sentido contrário à garantia do direito da população. Como destaca Iamamoto & Carvalho (1998),

O Assistente Social [...] dispõe de um poder, atribuído institucionalmente de selecionar aqueles que têm ou não direito de participar dos programas propostos, [...] ao mesmo tempo em que procura garantir dessa forma, o emprego “racional” dos recursos disponíveis. A demanda está orientada, também, no sentido de contribuir para potenciar e agilizar os atendimentos, [...]. Devido à proximidade com o usuário, o Assistente Social é tido como o agente institucional que centraliza e circula as informações sobre a situação social dos clientes para os demais técnicos e para a entidade, e as informações sobre o funcionamento desta para a população. A estas atividades é acrescida outra característica da demanda: a ação de persuadir [...] a estas e soma a ação “educativa” que incide sobre valores, comportamentos e atitudes da população [...]. Tem como instrumento privilegiado de ação a linguagem [...]. Trata-se de uma ação global de cunho sócio-educativo ou socializadora, voltada para mudanças na maneira de ser, de sentir, deve reagir dos indivíduos, que busca a adesão dos sujeitos. Sendo o Assistente Social um técnico em relações humanas por excelência. (Iamamoto & Carvalho, 1998, p. 114-115).

O significado social da Profissão está situado no processo de reprodução das relações sociais, fundamentalmente como uma atividade auxiliar e

subsidiária no exercício do controle social e na difusão da Ideologia Dominante junto à Classe Trabalhadora, sendo, portanto, muito mais um profissional de cunho político-ideológico.

Dessa forma, por diversas vezes, o(a) profissional pode ser chamado(a) para legitimar a violência institucional estatal que gera maior espera para o tratamento de doença agravada; que impede o acompanhamento dos usuários por suas famílias, mesmo garantido na legislação; que não garante informação sobre o estado de saúde de forma contínua, clara e qualificada; que culpabiliza individualmente usuários e suas famílias por seus agravos em saúde no sentido oposto ao SUS que propõe na lógica do determinante social na relação saúde-doença; ou seja na criminalização da pobreza e discriminação de acesso a grupos que historicamente são vítimas de negligência do cuidado pelo poder público (a exemplo da população de rua). Vejamos os relatos a seguir:

Tinha um política dentro do hospital de que o assistente social tinha que levar esses pacientes para casa, que estavam nessas condições, aí era na ambulância e era uma coisa que eu achava assim, que eu tinha muitas questões também em relação aquilo, até que ponto eles entendiam que o assistente social tinha que levar o paciente a qualquer custo que era uma questão ética também que achavam que assim “Não, leva para casa a qualquer custo” sem avaliar aquela situação, sem verificar se existia a possibilidade daquele momento da família de receber, então tinha essa política do assistente social. E tinha que levar os pacientes para casa e era sempre eu que levava, por quê? Os profissionais que eram estatutários não concordavam, tinham as questões né éticas quanto a essas políticas de levar para casa, mas por ser pelo vínculo ser estatutários eles simplesmente se recusavam “Não, eu não vou levar e ponto”. E aí como eu tinha um vínculo fragilizado eu acabava tendo que assumir essa demanda que pra mim também era desconfortável né, eu também tinha as minhas questões, mas aí eles colocavam essa questão “Não, eu não vou levar, eu tenho o direito a dizer que não quero!” (Assistente Social 16 – Hospital Estadual – contratada pela Organização Social).

E, aí, veio a, a, a diretora administrativa foi na unidade é, falar comigo e, aí, nisso que ela veio ela e me abordou no corredor não foi nem na minha sala, ela “Ah”, e olha que eu era indicada por uma pessoa muito superior a ela, muito superior. E ela veio rindo “Ah”, tipo, “Querida!”, aí eu “Ah tudo bem? Como é que você está?”, aí ela chega “Olha, eu preciso te explicar uma coisa”, rindo numa boa assim, super simpática, aí ela falou “Olha, eu tenho que te explicar uma coisa, você não pode orientar a família a buscar o plantão judiciário”, aí eu falei “Como assim?” (Assistente Social 1 – UPA).

Por mais que a gente tenha um vínculo que não é um vínculo tão fragilizado, a gente sofre represália por algumas coisas. Então, a gente acaba acatando muitas ordens que a gente considera absurdas, que a gente não concorda, que a gente sabe que são, que são ilegalidades realmente, né? Que vão por [...] como uma nota técnica está acima de uma legislação? A gente se questiona muito em relação a

isso, então, eu acho que um conflito ético que a gente passa é esse, de ficar pensando se a gente não está deixando um pouco de lado, sabe, as nossas obrigações enquanto profissionais, de brigar realmente, será que a gente tá realmente garantindo direitos? Será que a gente está realmente viabilizando esse acesso?” (Assistente Social 7 – Hospital Estadual).

Eu lembro que uma vez, pouquíssimo antes da demissão, chegou um coordenador administrativo, já era final do expediente, estava eu e uma colega em sala, na sala e ele entrou dizendo que tinha uma pessoa em situação de rua na porta do hospital e que aquele não era um momento político, que aquele não era um cenário bonito para o momento político que a gente estava vivendo e se eu poderia ir lá retirar a pessoa, e eu falei que não porque eu não trabalhava dessa forma e que eu, se ele quisesse, ele poderia falar com o chefe da equipe, o chefe da emergência para internar a pessoa e que eu poderia atuar em cima do, do paciente né, em relação ao paciente e que era assim que a gente trabalhava. E eu acho que ele não gostou muito, saiu dizendo que ia falar com a minha coordenadora e, aí, a minha coordenadora ligou, sabia que eu não ia fazer o que ela pediu, ela também era uma pessoa super, ela era uma pessoa crítica e tudo mais, mas quando a gente precisa do emprego, a gente acaba se submetendo a algumas questões. (Assistente Social 2 – Hospital Estadual).

Muitas questões que envolvem criança, atendimento relacionado a crianças que a gente, às vezes, tem uma visão de, ne, tentar entender a realidade e a própria direção, que a gente tem uma direção também que é uma médica pediátrica que está atualmente na direção, que ela tem uma visão também preconceituosa das coisas. Tem uma coisa que acontece muito, a gente avalia, o profissional avalia, quando chega um outro assistente social noturno “Ah, faz uma outra avaliação!” tentando sempre mudar a conduta, entendeu? Tem colegas que, às vezes, reavalia e segue no mesmo caminho, tem a mesma avaliação. Mas, tem colegas que às vezes, até, não sei se é medo ou porque não consegue “bater de frente”, acaba que vai na onda da coordenação e passa por cima até do que o colega já avaliou, entendeu?” (Assistente social 4 – Hospital Estadual).

Então, esse daí é um ponto. Outra coisa, dia de visita tá, existe lá a qualidade, a qualidade é que lança os protocolos internos do hospital, eles em nenhum momento chamam o serviço social para dialogar naquilo, nem o serviço social, nem enfermagem para poder discutir aquele protocolo que está sendo feito, a direção e a qualidade eles fazem e encaminham para a gente para que a gente tenha a ciência, não é discutido! E se a gente está ali trabalhando com a família, gralhando com o paciente e, às vezes, está fazendo as entrevistas, a gente conhece as necessidades dele, e a gente não é perguntado nenhum momento como é que seria o melhor fluxo disso. Mas, na hora que dá um problema manda para o serviço social resolver. É isso que me incomoda, a gente não é convidado para vários espaços de discussões dentro da unidade de saúde para decidir coisas que, que passa pelo serviço social, que a gente orienta a família, mas a gente só faz aquilo que eles determinam e a gente não tem direito a discussão! (Assistente Social 18).

Outro aspecto que se destaca neste contexto diz respeito à criminalização da miséria. Conforme assinala Wacquant (2003), essa criminalização é entendida “num sentido amplo de penalização da miséria, elaborada para administrar os efeitos das políticas neoliberais nos escalões mais baixos da estrutura social das sociedades avançadas” (Wacquant, 2003, p. 72).

Essa realidade acaba impactando nas condições de trabalho de assistentes sociais, pois estão cada vez mais sendo chamados(as) a atuar no controle social da vida das populações pauperizadas e nos serviços de saúde se expressa barreira de acesso à população mais empobrecida, na punição e responsabilização dos usuários e de suas famílias pelo adoecimento ou agravamento do estado de saúde principalmente dos seus componentes mais vulneráveis (idosos, crianças, pessoas com deficiência, pessoas com transtornos mentais graves).

O atual projeto profissional do Serviço Social Brasileiro se propõe a estar ao lado dos usuários dos serviços na luta pelo reconhecimento de seus direitos. Para isso, deve encontrar formas de assegurar a inclusão dos usuários nos serviços, bem como formas de melhorar tais serviços. Dessa forma, o profissional deve estar atento à participação dos usuários nos serviços e procurar socializar informações necessárias para que possa utilizar os serviços mais adequadamente.

Caso o atendimento não possa ser efetuado na instituição, procurar orientá-lo adequadamente e/ou encaminhá-lo a outro serviço. Quando o(a) assistente social é assediado(a) por seus superiores hierárquicos a não exercer a sua função, seu dever e competência na conjuntura de precarização salarial torna-se ainda mais desafiador o trabalho profissional.

O(a) assistente social, diante das diversas inseguranças do mundo laboral contemporâneas, quais sejam: no emprego, com a redução da estabilidade e a subcontratação; na renda, com a flexibilização dos salários, o crescimento da pobreza; na contratação do trabalho, com a expansão do dualismo no mercado e com o risco da ruptura jurídica do contrato e na fragilização da representação do trabalho, com redução dos níveis e sindicalização, vê-se mais tensionado(a) pela realidade de trabalho com menos recursos para o enfrentamento como profissional.

Também há requisições institucionais que violam direito do(a) próprio(a) assistente social quando exige que este(a) realize ações não compatíveis com sua formação e competência técnica. Na saúde, é muito comum a solicitação de que o(a) assistente social faça comunicações clínicas, comunicações de óbito e mesmo

o transporte de usuários ambulância que são ações que exigem inserção de profissionais com formações outras.

Nestes casos, a organização de trabalho na perspectiva do profissional polivalente e de multitarefa acaba comprometendo a oferta do serviço mais completo e qualificado à população (disfarçado como resolução imediata de uma demanda explícita). Além disso, gera um ambiente de trabalho ainda mais inseguro para o(a) profissional, que é chamado para realizar ações para o qual não tem formação adequada e não faz parte da sua atribuição.

Nesse sentido, vejamos alguns relatos interessantes na relação dos(as) assistentes sociais entrevistados(as) com médicos e com gestores administrativos das unidades:

Então fica realmente aquela coisa, o médico centrado, o médico, o médico sempre decidindo tudo, aquela coisa do médico ser o dono do saber e tomar todas as decisões e os outros acatarem né, então assim o que a gente aprende nisso assim, o que a gente aprende nisso também é que o quanto é importante a gente ter um bom relacionamento com outras categorias e dialogar com outras categorias, principalmente com a categoria médico e fazê-los entender né, é, e conhecer mais as questões dos pacientes e tentar, falar tentar é sensibilizar né, sensibilizá-los das dificuldades dos pacientes. Agora, é isso, são pessoas, tem pessoas que são sensíveis, tem outras que não está nem aí, vai falar assim “Não, não quero saber não, é isso aí, não quero ficar batendo com o diretor”, porque ainda tem isso né e tem ainda a questão das lutas internas né das correlações de forças da unidade, então ninguém quer ficar batendo de frente com o diretor, que é arbitrário, que se não fizer o que ele quer ele pune, nós fomos punidas numa época porque ele achou que a gente não estava fazendo o que ele queria, então ele colocou a gente num fluxo de atendimento que a gente não dormia, a gente tinha que receber de madrugada mesmo sem familiar só para escrever no formulário que não tinha familiar, entendeu? Então ele tem essa coisa de punição.” (Assistente Social 20–Hospital Estadual – Fundação Saúde primeiro concurso).

Quando elas foram para a nossa equipe, eu tive muita resistência das pessoas que já estavam, né das fundacionistas e estatutárias, porque o trabalho que elas faziam na época no CTI eram um trabalho completamente diferente. Elas atuavam, infelizmente, como secretárias de médico mesmo, levando prontuário, fazendo levantamento de telefones de paciente para dar na mão de médico. **Elas chegavam a ganhar extra que os médicos se cotizaram e pagavam o extra para elas, para elas fazerem listagem de ligação para paciente de isolamento na época.** (Assistente Social 7 – Hospital Estadual).

Então, como gente estava num espaço público, mas com vínculo privado né, é a gente acaba que a gente tem que se, acabava que a gente tem que se submeter a algumas situações. E o ambiente hospitalar, ele tem muita correlação de forças, né, é um ambiente que infelizmente, profissionalmente, ele cria uma elite né, de médicos e tudo mais. Então, é as categorias, elas acham, uma categoria acha que pode mandar na outra né, então a correlação de forças não vem só entre gestão e

funcionários, vem também entre categorias né, médicos para assistente social e por aí vai. Então, quando chegou a demanda, por exemplo, isso como exemplo né, da comunicação de óbito, a gente claro que a gente não podia falar não né, pelo vínculo que a gente tinha que é um vínculo precário, a gente tem que submeter, a gente acaba tendo que se submeter. Mas a gente encontrava brecha para conseguir participar sem, sem necessariamente fazer o que eles estavam exigindo né, então a gente falou que a comunicação de óbito a gente não faria, por exemplo, mas que a gente estaria presente para acolhimento e orientação após a comunicação do óbito pelo médico, então a gente criou assim. Então, enfim, criou-se uma rotina de que o familiar receberia o telefonema da secretária para comparecer ao hospital né para conversar com a equipe, aí esse familiar é dirigido para o serviço social, a gente já estava esperando por ele, sem falar nada né, “Vamos acompanhar o senhor para o médico conversar”, a gente ficava presente junto ao médico, o médico comunicava o óbito, virava as costas porque a maioria era assim mesmo, virava as costas e a gente ficava fazendo aquele, aquelas orientações do pós-morte, né, de documentação, de direitos funerários, foi a saída que a gente encontrou mesmo que a gente tivesse que ir com o familiar com o prontuário de baixo do braço e encaminhar até o médico, foi uma forma que a gente encontrou para não dizer não.” (Assistente Social 2 - Hospital Estadual).

A primeira questão que devemos ressaltar nos relatos é o lugar profissional diferenciado dos celetistas que são contratados pela Fundação saúde e os contratados pela OS no que se refere ao vínculo institucional e à autonomia, mesmo que ambos sejam celetistas. A fundação saúde é uma entidade que fornece mais estabilidade e autonomia ao(à) assistente social na relação com outros profissionais e com gestores, principalmente dos dois primeiros concursos, pela continuidade de trabalho de tal entidade pública na oferta de gestão das unidades e pelo tipo de processo de seleção que é feito (com caráter mais público).

Hoje em dia, na coordenação do Serviço Social em algumas unidades, há de assistentes sociais que pertencem à Fundação Saúde fato que traz para maior autonomia para as relações estabelecidas no âmbito institucional, alianças, e espaço profissional conquistado na instituição, dentre outros. Ou seja, a terceirização e rotatividade característica da contratação pelas OS têm a tendência de trazer mais precarização técnica e ética-política ao(à) assistente social pelo rebaixamento da autonomia profissional fruto da maior insegurança contratual.

Refletindo sobre o trabalho realizado pelos(as) assistentes sociais, verificando este tipo de subalternidade profissional, nesse ambiente do trabalho da saúde pública em que ainda impera o saber médico. A necessidade de superação

das práticas conservadoras e disciplinadoras e de responsabilização das famílias e a não materialização do direito à saúde no tocante à ação realizada pelo conjunto dos trabalhadores da área, relacionam-se também, entre outros, à hierarquia historicamente construída que autoriza a centralização de decisões na categoria médica a qual não possui a formação para análise das relações sociais dos usuários e suas famílias.

O relato de que havia assistentes sociais, contratados(as) por OS, que ganhavam extra dos médicos para realizar atividades de listagem de famílias dos usuários internados no CT e comunicação clínica, é algo que demonstra a gravidade tanto da falta de compromisso com a própria profissão quanto a precarização do SUS com a gestão privada. A estratégia de diversificar os vínculos de uma mesma categoria que trabalha no mesmo hospital acaba por fragmentar e fragilizar as decisões coletivas da profissão.

Na experiência do SUS no Rio de Janeiro, cada setor pode ter gestões diferentes (por exemplo, no relato, o CTI era de OS e as enfermarias eram da Fundação Saúde), portanto isso fragmenta os profissionais de uma mesma categoria. Os coordenadores de Serviço Social são diferentes, e há falta de comunicação (assistentes sociais contratados(as) pela OS que trabalhavam no CTI era desconhecidos pelos(as) demais assistentes sociais que trabalhavam a mais tempo na unidade). Esse tipo de organização do processo de trabalho enfraquece as lutas locais das categoriais e fragiliza ainda mais (técnica e ético-político) assistentes sociais de contrato mais recentes com tendência de terem maior rotatividade.

Por isso, no trabalho coletivo da saúde, com as exigências do modelo do SUS pautado na integralidade e universalidade, tal especialidade se atribui à competência do(a) assistente social. Quando há constrangimento ao(à) assistente social para não realizar suas atribuições adequadamente e, em contraponto, assumir funções que não são de sua competência a consequência, a qualidade do serviço, pautada no modelo da Reforma Sanitária, é prejudicada.

Interessa ao modelo privatista na saúde estimular a hierarquia profissional (ao contrario do trabalho multiprofissional) cujo centro é o saber médico assim

como estimular entre os profissionais competição, individualismo, rivalidade, fragmentação com despolitização, servindo, então, como instrumento de dominação da população e não como instrumento de acesso à direitos.

Sabemos que o exercício profissional do(a) assistente social é tensionado pelo elenco de determinações sociais, cujo conjunto expressa as principais mediações para o exercício da relativa autonomia. Os limites que incidem sobre o trabalho profissional podem ser visualizados por meio das determinações estruturais, como: a desregulamentação e precarização das políticas sociais, a redução dos gastos públicos para custeio dos serviços sociais, a perda regressiva dos direitos e a ausência de condições éticas e técnicas que qualifiquem o exercício profissional, precarizando-o duplamente.

Na pesquisa que realizamos com assistentes sociais, perguntamos se desenvolvem ou desenvolveram atividades, na unidade do SUS em que trabalha/trabalhou, que não competem ao Serviço Social. A maioria, 16 assistentes sociais, relataram que realizam ações fora da sua competência. Destaca-se que todos(as) os(as) 5 assistentes sociais que relatam que não desenvolvem atividades fora da sua competência estão nos vínculos como estatutários.

Eu acho que isso acaba fazendo parte de algumas relações de trabalho enfim, é, não me negava. Mais as transferências, eu, chegava alguém de madrugada, eu fazia a regulação, aprendi a fazer, mandava e-mail, ligava para tenta a transferência, é, tinha, ah, era isso, acho que era basicamente a regulação, o desvio assim da, da questão administrativa que a gente fazia. Ah! Uma coisa que era lei também, guardar documento, guardar roupa, qualquer coisa que a pessoa tivesse assim, aliança, dentadura do falecido, vai tudo para o serviço social, aí eu mandava o enfermeiro assinar que recebeu e deixava lá na sala, deixava também, mas tinha a assinatura lá de quem tinha tirado né, sempre pedia para assinar o profissional porque eu não, não era eu que pegava né. Sempre quem atendia policial era eu, quem atendia a, ah, muito para pedir o número do BAM, isso era muito comum “Ah, eu quero BAM”, bastava chegar na secretaria e pegar o número do BAM, mas é uma outra atribuição também que chegava para mim eu entendi o porque ele estava pedindo o BAM, dava uma orientação de repente mais correta, entendia o caso, se tivesse que encaminhar, encaminhava. (Assistente Social 1).

Os dois que tinham, os dois grandes espaços que a gente atuava, as duas grandes demandas que a gente atuava que não tinha nada a ver com o serviço social, nada a ver não, é que a gente criou um espaço que para que tivesse uma certa aproximação como trabalho, mas que não era, no fundo, no fundo, não era o que eles queriam, mas é que foi a saída. E o outro era que a gente ficava responsável por, porque só podiam entrar para visitar se tu levasse a identidade, então, muita gente chegava lá

sem identidade para visitar e ali era barrado. Então, para não criar aquele tumulto na porta do hospital para não ficar feio, como eles mesmo falavam assim né, para não ficar feito, eles eram encaminhados para o serviço social, só que não davam a autonomia para a gente liberar entendeu? Então, era só para a confusão não se desse na porta do hospital, e a gente que assumia isso numa salinha no fundo do corredor, entendeu? Com uma pessoa que veio de, que vai ficar aborrecida porque veio de longe, porque não foi avisada que não precisava de documentação, sabe essas coisas? Mas, a gente acabava liberando, porque assim, se mandou para a nossa sala, então, vai ter que dar autonomia para a gente fazer. Então, algumas, o que a gente aproveitava para fazer? Aproveitava para fazer o atendimento com aquela pessoa, para entender qual era a situação, familiar de quem “Ah então aproveita que o senhor esta aqui vamos fazer uma entrevista social”, então, a gente sempre contornava dessa forma, igual da situação do óbito para que se aproximasse um pouco mais da nossa atuação e, aí que a gente fez assim.” (Assistente Social 2).

Tendo em vista o quadro estrutural exposto e os depoimentos coletados nas pesquisas, é importante destacar que o cotidiano profissional no qual está inserido(a) o(a) assistente social tem lhe apresentado diversos desafios, que refletem desde a sua condição de trabalhador à falta de reconhecimento da profissão e o lugar subalternizado que ocupa na divisão sociotécnica do trabalho. Tais condicionantes limitam o trabalho do(a) assistente social na direção do projeto profissional proposto atualmente de forma hegemônica pela categoria do Serviço Social, repercutindo na fragilidade das condições éticas e técnicas e no estabelecimento do trabalho pautado em ações condizentes com as reais demandas da população e competências dos(as) assistentes sociais, bem como na saúde do trabalhador.

Assim, consideramos que a fluidez do trabalho do(a) assistente social é também condicionada por elementos externos à profissão e encontra desafios político-operacionais, uma vez que a programática institucional, muitas vezes, restringe o exercício profissional às intervenções e ações imediatistas, pragmáticas e despolitizadas, confrontando diretamente as finalidades da profissão.

Conforme as contribuições e reflexões de Yamamoto (2014), a defesa da relativa autonomia profissional passa pela também qualificação da formação acadêmico-profissional especializada, pela legislação (referimo-nos à Lei de Regulamentação da Profissão de 1993 e o Código de Ética de 1993), que regula as funções privativas e competências do(a) assistente social e pelo respaldo coletivo, tanto no âmbito profissional quanto associado às forças sociais que comungam da projeção ético-política do Serviço Social crítico.

A autora enfatiza que “este respaldo político-profissional mostra-se, no cotidiano, como uma importante estratégia de alargamento da relativa autonomia do(a) assistente social, contra a alienação do trabalho assalariado” (Iamamoto, 2014, p. 422). Este respaldo é legítimo e necessário para que os(as) profissionais possam realmente direcionar suas ações a partir da projeção social e política que orienta, hegemonicamente, a profissão, associando o exercício da relativa autonomia ao sentido a ele impregnado, isto é, ao compromisso com os interesses da coletividade.

Os(as) assistentes sociais sofrem com os limites de sua atuação profissional em meio às chefias autoritárias que buscam o controle do seu trabalho e representam uma ameaça na luta dos/das profissionais por condições éticas e técnicas de trabalho; por melhores salários; valorização do trabalho e diminuição da sobrecarga de trabalho.

Enfim, o debate da relativa autonomia profissional, em nenhum momento desconecta seu exercício dos determinantes sociais que dinamizam o trabalho profissional deste trabalhador, certificando que o próprio caráter contraditório das relações sociais se constitui na base social que lhe dá sustentação.

4.2.

Pluriemprego e o desemprego: vida capturada pelo trabalho e incertezas sobre o futuro

Em decorrência dos baixos salários pagos aos profissionais, muitos(as) assistentes sociais precisam trabalhar em mais de um vínculo, às vezes, até em diferentes municípios limítrofes como solução para garantia da própria sobrevivência ou o padrão de consumo. Na pesquisa que realizamos com os(as) assistentes sociais, observamos que a maioria (14 profissionais) enquanto trabalha no SUS possui mais de um vínculo seja ambos na saúde pública, seja em outra política pública ou no setor privado.

Os gráficos abaixo mostram a quantidade de vínculo dos entrevistados e a carga horária que cumprem semanalmente trabalhando como assistente social.

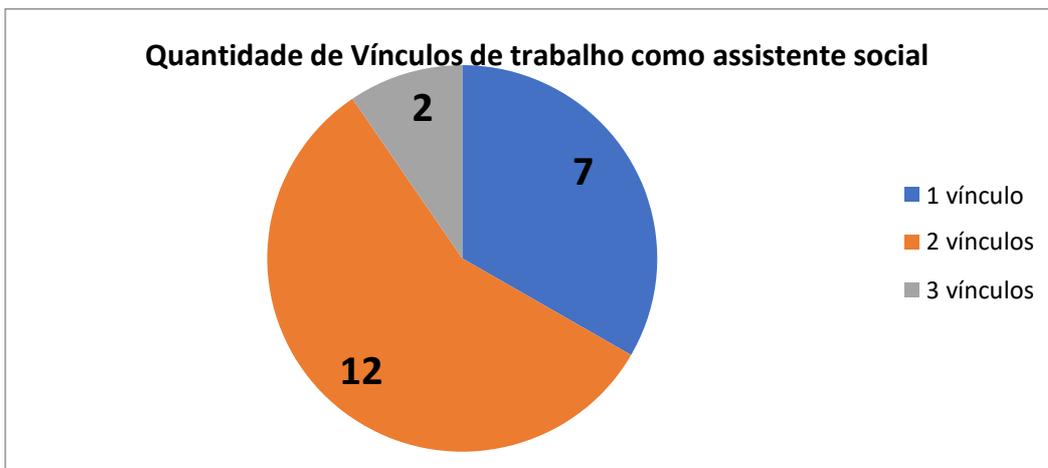


Gráfico 4 – Quantidade de vínculos de trabalho que possui como assistente social.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

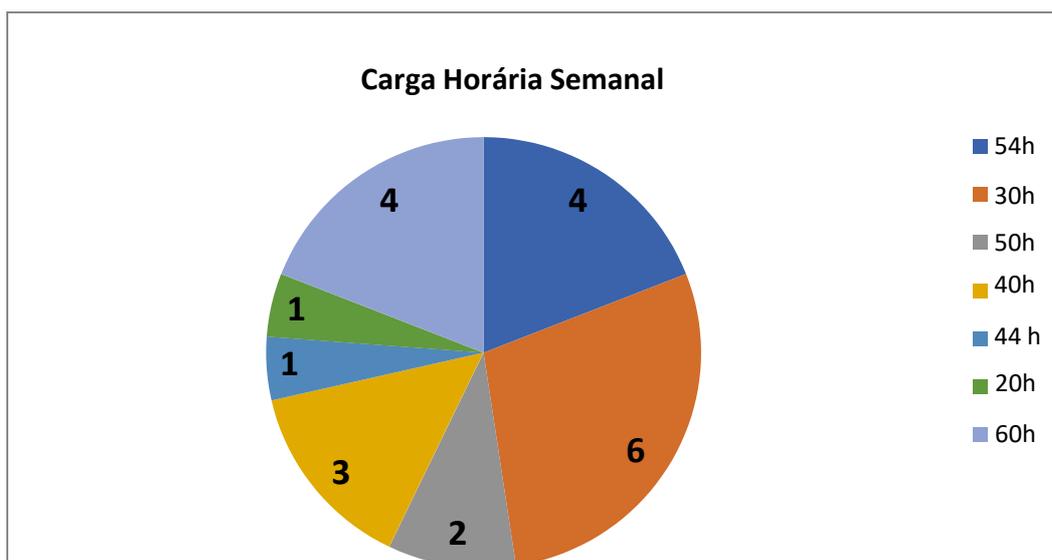


Gráfico 5 – Carga Horária Semanal.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Observa-se, no caso dos(as) assistentes sociais entrevistados(as), a estratégia do duplo ou pluriemprego caracterizado por múltiplos vínculos de trabalho. Tal realidade é caracterizado por Guerra (2010) como “pluriemprego” que, para a autora, esta relação implica a descontinuidade no/do exercício profissional, já que muitos(as) trabalham em regime de plantão, o que incentiva intervenções pontuais e visa respostas imediatas.

Guerra (2010), ao referir-se à jornada de trabalho, atribui-lhe uma dupla dimensão: o encurtamento da jornada de trabalho dos(as) assistentes sociais de 40h para 30h reflete-se numa sensação de encolhimento do tempo, que, se por um

lado permite aos profissionais dedicarem-se a outras atividades, por outro, em virtude dos baixos salários, os profissionais precisam estabelecer outros vínculos de trabalho, o que leva tanto ao aumento da jornada de trabalho quanto ao pluriemprego.

Tal elemento identificado pela autora também aparece nas experiências dos(as) assistentes sociais do nosso estudo. Muitos(as) assistentes sociais relatam o desgaste com a jornada de trabalho extensa (cumprem carga horária de mais de dez horas diárias de trabalho), além do sobretrabalho no qual, principalmente a mulher, encontra-se submetida nesta sociedade. Segue abaixo o relato das assistentes sociais sobre o pluriemprego:

Já não tenho um reajuste na assistência há uns quatro, cinco anos e o salário de um contrato temporário também eu considero baixo para a carga horária que a gente tem. Por isso a necessidade de estamos conciliando um e outro porque um só não dá para se manter. E aí como o nosso Conselho de Classe permite até 60 horas, então a gente legalmente estamos dentro da legalidade da carga horária, porém que fica estressante e bem cansativo fica, mas é por essa questão dos baixos salários mesmo. (Assistente Social 21).

Eu estava até falando nesses dias assim, para a gente ter um salário digno, tem que trabalhar assim do jeito que eu estou, enlouquecida, porque é não, eu vou te falar, não é uma rotina tranquila porque são muitos assuntos diferentes, para dar conta dos assuntos diferentes e, assim, eu trabalho todo o dia esse horário né, cheio. E tem o deslocamento, tudo bem, não é longe da minha casa, mas assim eu tenho todo um desgaste né.” (Assistente Social 10).

Esse é um momento que eu estou vivendo que, eu acho que é importante falar isso para você, como pesquisadora né, é um momento que eu estou vivendo que eu não sei como vão ficar as coisas quando a pandemia acabar, então, ainda mais para o serviço social que é uma profissão que tem, que é muito restrita, eu não sei como vai ficar depois. Então, a experiência que eu tive de desemprego em 2017 eu não tenho nenhum vínculo estatutário, nenhum vínculo mais estável, sabe? **Então, o que me vem a mente é que eu preciso trabalhar hoje porque eu posso estar desempregada ano que vem, então, eu preciso estar aproveitando essas oportunidades de trabalho.** O meu contrato com a fundação acaba ano que vem, em junho do ano que vem, eu não sei se ele vai ser renovado ou não né, mas há essa possibilidade de ser renovado porque é um contrato de três anos. Mas enfim, a gente não sabe assim, essa pandemia né deixa na gente essa incógnita né, então muitas vezes eu trabalhei e trabalho hoje pensando que eu não vou estar trabalhando amanhã. Eu acho que é um, eu acho que a gente vivendo essa insegurança enquanto trabalhador, de uma forma geral nesse contexto de inseguranças né, até mesmo por conta da precarização do mundo do trabalho né, todo o processo neoliberal que já vem da década de 90 para cá, enfim. E eu tenho a sensação que o serviço social é uma profissão muito frágil. (Assistente Social 11).

Eu diria que por estar em dois empregos, assistência e saúde, acaba ficando muito cansativo sim porque eu estou trabalhando direto de domingo a domingo, não estou

folga a não ser quando eu chego em casa para descansar e acabo ficando muito agitada, muito tensa porque eu tenho que dar conta com muitas responsabilidades tanto na assistência quanto na saúde e acaba ficando um pouco estressante.” (Assistente Social 21).

Podemos observar, no segundo relato, o desgaste intelectual presente na especificidade do trabalho do(a) assistente social no pluriemprego, em especial os(as) que se inserem em políticas sociais diferentes, por conta da diversidade de temáticas que precisa apreender e fazer intervenção. Tal realidade intensifica o desgaste mental e intelectual. Também se destaca o relato da assistente social 11 em que relata que absorve todos os vínculos de trabalho precário que lhe é possível e está disponível atualmente tendo em vista que não sabe se estará empregada futuramente, dado a insegurança dos seus vínculos de trabalho.

É importante resgatar que a luta pela redução da jornada de trabalho para trinta horas foi um movimento político dos mais relevantes, considerando a tendência do capitalismo de buscar, por todos os meios, a extensão ilimitada da jornada de trabalho, transgredindo tanto limites morais quanto limites físicos do trabalhador. Mesmo diante de uma conjuntura adversa à ampliação dos direitos, os(as) assistentes sociais conseguiram uma significativa vitória com a aprovação da jornada de trinta horas de trabalho sem redução salarial.

A defesa da jornada de trabalho de 30 horas semanais tem a finalidade de resguardar profissionais de situações nas quais ficam expostos cotidianamente, de jornadas intensas, de alto grau de estresse, pressão constante, ambas sofridas no exercício de seu trabalho junto à população que se encontra também em situações precárias de violação de direitos. Por esse motivo, a redução da carga horária semanal do(a) assistente social sem perda salarial é uma causa justa independentemente da área em que atuam.

Certamente é o movimento coletivo mais importante desses últimos anos em defesa de direitos do(a) assistente social como trabalhador(a) assalariado(a), mas que, como era de esperar, está sendo objeto de desconstrução por parte dos empregadores. Esta não possibilitou novas contratações, ao contrário, o(a) assistente social teve de dar conta do trabalho dele em menos tempo, tornando-o(a) sobrecarregado(a) e começou a assumir novos vínculos.

A redução da jornada de trabalho poderia não somente beneficiar assistentes sociais ativos do mercado de trabalho, mas os(as) que estão desempregados gerando novas vagas de emprego, como toda a classe trabalhadora ao possibilitar mais qualidade do atendimento nos serviços sociais. Todavia, na ótica neoliberal, reduzir a jornada de trabalho da classe trabalhadora resultaria em mais gastos para os empregadores, pois teriam de realizar novas contratações.

Por isso, empregadores possuem como estratégia a intensificação do trabalho dentro de uma jornada reduzida e a utilização da polivalência e multifuncionalidade do trabalhador que está empregado. Ou seja, em vez de contratar mais assistentes sociais para atender a real demanda existente no serviço, o empregador tende a explorar ao máximo a capacidade de trabalho físico e intelectual do trabalhador que permanece no cargo.

No serviço público, outra estratégia é o congelamento do salário dos trabalhadores, assim, por mais que cumpram a lei de 30h sem rebaixamento de salário, cria-se estratégia a longo prazo para não efetivar a conquista de trabalhadores.

Na nossa pesquisa, 11 assistentes sociais possuem carga horária acima de 30 horas por causa da diversidade de vínculos. Dentre estes, 4 assistentes sociais acumulam 60 horas semanais de trabalho e 3 possuem 54 horas semanais e relatam desgaste física e emocional e tempo de vida para além do trabalho reduzida. Destaca-se que, mesmo os(as) assistentes sociais que possuem 30 horas de jornada semanal de trabalho, experimentam desgaste e adoecimento, como expressões no corpo e na mente dos trabalhadores dos processos de precarização e intensificação a que estão submetidos no ambiente de trabalho.

Na entrevista com os(as) assistentes sociais, pedimos para que relatassem a experiência de desemprego na profissão.



Gráfico 6 – Desemprego como assistente social.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Dos entrevistados, 15 relataram desemprego, sendo que 6 relataram que já ficaram até 1 ano desempregado. 2 assistentes sociais relataram que ficaram 4 anos desempregadas e uma relatou que ficou 2 anos sem emprego na área. Os demais profissionais não relataram tempo seguido quem ficar desempregados.

É, eu fico dois anos nessa residência, saio em 2017 e aí eu vou para o desemprego né, mesmo tendo uma experienciada residência, não necessariamente a gente consegue até porque, como a gente é uma profissão muito vinculada ao serviço público, quando há uma redução do Estado, a gente fica sem mercado de trabalho né, e a esfera privada ela muito restrita.” (Assistente Social 10).

Em julho de 2016, eu fui desligada desse hospital, porque no meio, no período que eu estava é trabalhando lá, houve um processo de municipalização, o hospital era estadual e depois passou ao município e a estrutura né em termos de quadro funcional foi completamente modificada, então o serviço social foi, o quadro do serviço social foi enxugado de uma maneira assim muito severa e muitos profissionais foram desligados.” (Assistente Social 16).

Não, é muito difícil, não é muito difícil! Como assistente social só? É muito difícil, é muito difícil. Tentei, mas você não consegue! Até mesmo com voluntário, aí, tinha um colega meu de classe que ele tem uma ONG aí ele me convidou para trabalhar como facilitadora no projeto na ONG dele aqui, no bairro próximo de Pedra de Guaratiba. Aí, eu trabalhei como facilitadora durante dois anos, aí, eu me inscrevi num processo seletivo num hospital de Campo grande, foi onde eu consegui entrar e fui realocada por morar em Sepetiba e vim para a unidade daqui, que aí eu saí do cargo de maqueira, né pedi demissão e fui para ficar como assistente social. (Assistente Social 6).

Estudei para concursos e iniciei a venda de bolos e doces por conta própria. (Assistente Social 13).

E aí o hospital foi municipalizado, então houve uma redução do quadro e nesse período eu comecei a procurar outras, outras oportunidades de trabalho, só que foi

justamente um momento de recessão econômica, aí tinha ocorrido até o impeachment da Dilma, a economia estava assim, indo bem, estava numa situação muito delicada, ainda está né, na verdade hoje pior que, pior que antes, acho que a gente ainda não conseguiu se recuperar. Mas, estávamos né numa situação muito delicada economicamente, o desemprego altíssimo e eu buscando outra oportunidade, acabei nem conseguindo e, nesse processo eu acabei ficando três anos desempregada, sendo que eu tinha feito em 2014/2015, tinha feito alguns concursos, só que todos os concursos que eu tinha feito acabaram sendo suspensos. (Assistente Social 16).

Toda essa dificuldade de vivenciar mercado de trabalho, a falta de emprego, ela mexe com a nossa autoestima, ela mexe com o nosso investimento naquela profissão porque a gente almeja alguma coisa né, a gente cria uma expectativa quando a gente vai fazer uma faculdade, porque a gente está dedicando quatro anos do nosso tempo, cinco anos, para estar num lugar que a gente se identifica. E, aí, quando você chega e encontra uma realidade totalmente adversa, isso te causa uma frustração, uma angústia, uma ansiedade com o futuro.” (Assistente Social 10).

O desemprego estrutural é uma tendência atual do capitalismo que afeta diretamente a sobrevivência de parcelas cada vez maiores da classe trabalhadora, e não apenas os indivíduos sem qualificação ou “incapacitados” para o trabalho. Ao contrário, a dimensão estrutural do desemprego perpassa todas as categorias de trabalhadores, qualificados ou sem qualificação, que formam o total da força de trabalho na sociedade capitalista (Antunes, 2001).

São tempos de precarização do trabalho, crescente desemprego e consequente acirramento das expressões da desigualdade social. Somado a essas questões, ainda há o enxugamento do Estado no que diz respeito à efetivação de direitos, uma realidade que submete milhares de trabalhadores às expressões da questão social.

Nesse contexto, assistentes sociais assumem duas posições: como trabalhadores assalariados também expostos a essas transformações no mundo do trabalho; e como os profissionais que atuam no atendimento às demandas da classe trabalhadora (empregados e desempregados), principalmente no âmbito das políticas de proteção social. Nos dois espaços, fazem-se necessários enfrentamentos da realidade de forma crítica e orientados por meio do projeto de profissão.

Outro autor que pode auxiliar na compreensão das determinações desse processo de precarização é Maranhão (2008), pois explica que os diversos Estados Nacionais, ao desenvolverem mecanismos de superação da crise, acirraram as

contradições do sistema, gerando o desemprego de longa duração, o trabalho precário e a pobreza ampliada. No entanto, o mesmo autor entende que essas são alternativas inerentes ao atual padrão de acumulação capitalista mundializado e financeirizado e funcionam como mecanismos de contratendência à lei geral da acumulação capitalista.

Portanto, desemprego e pauperização não são algo novo, pois são inerentes ao sistema do capital cuja centralidade é a exploração do trabalho e a apropriação privada da riqueza socialmente produzida, como já foi amplamente discutido no capítulo I deste trabalho. A realidade do mercado, que se apresenta ao(à) assistente social, no pós-formação, são escassas vagas e precarizadas, o que mantém o profissional ora como empregado submetido a péssimas condições ora como requisitado ao controle e docilização da classe trabalhadora.

A situação de desemprego, de dificuldade de inserção no mercado de trabalho como assistente social e exercício na prática é uma circunstância que traz o questionamento sobre a escolha da profissão. Existe uma frustração pela expectativa e a realidade encarada por essas e muitos(as) assistentes sociais que se formam e não encontram espaço no mercado.

O desemprego serve ao capital à medida que permite um ambiente de terror em não estar empregado e com acesso às condições mínimas de sobrevivência, submetendo a classe trabalhadora a aceitar as condições impostas pelo capital, a fim de não ser inserida no exército industrial de reserva. Esse mesmo desemprego é característica estrutural da constituição da questão social brasileira, já que, em todo o decorrer histórico, as lutas para melhores condições de vida, as concessões e retrações do Estado perpassaram pelo emprego, pela instabilidade e pelo não emprego. A utilização capitalista da força de trabalho implica em dois aspectos distintos e complementares: disciplina do trabalho e insegurança no emprego (Lima, 2010).

A dinâmica societária desencadeada pela crise contemporânea, que vimos analisando, atinge a totalidade dos processos produtivos e também dos serviços, alterando perfis profissionais e espaços de trabalho das diferentes profissões, que, como o Serviço Social, têm na prestação de serviços sociais seu campo de

intervenção privilegiado e nas instituições sociais públicas e privadas seu espaço ocupacional por excelência.

Até quando há aumento de espaços ocupacionais, não significa oportunidades, estabilidade e condições dignas de trabalho. O aumento da flexibilização, da terceirização, junto à interpretação abrangente quanto à ocupação. No SUS do Rio de Janeiro, principalmente com a privatização da gestão e a após a contrarreforma trabalhista, houve o aumento de contratos temporários, intermitentes e terceirizados, enfraquecimento da organização sindical e diminuição dos casos trabalhistas ajuizados (muito incentivado pela ausência de isonomia e poder de barganha de empregados(as) submetidos(as) ao “acordado sobre o legislado”).

A insegurança do vínculo impacta a segurança no trabalho em relação às mudanças de governo e às crises políticas, o que gera descontinuidade do serviço como verificamos no relato a seguir:

Em julho de 2016, eu fui desligada desse hospital, porque no meio, no período que eu estava é trabalhando lá, houve um processo de municipalização, o hospital era estadual e depois passou ao município e a estrutura né em termos de quadro funcional foi completamente modificada, então o serviço social foi, o quadro do serviço social foi enxugado de uma maneira assim muito severa e muitos profissionais foram desligados. (Assistente Social 16 – Hospital Estadual – contrato com Organização Social).

E aí o hospital foi municipalizado, então houve uma redução do quadro e nesse período eu comecei a procurar outras, outras oportunidades de trabalho, só que foi justamente um momento de recessão econômica, aí tinha ocorrido até o impeachment da Dilma, a economia estava assim, indo bem, estava numa situação muito delicada, ainda está né, na verdade hoje pior que, pior que antes, acho que a gente ainda não conseguiu se recuperar. Mas, estávamos né numa situação muito delicada economicamente, o desemprego altíssimo e eu buscando outra oportunidade, acabei nem conseguindo e, nesse processo eu acabei ficando três anos desempregada, sendo que eu tinha feito em 2014/2015, tinha feito alguns concursos, só que todos os concursos que eu tinha feito acabaram sendo suspensos.” (Assistente Social 16 – Hospital Estadual contrato pela Organização Social).

Com a crise na gestão estadual no Rio de Janeiro, quando o governador era Luiz Fernando Pezão, em que tivera de municipalizar vários hospitais que eram

estaduais³¹, houve aprofundamento da precarização para os trabalhadores da saúde com demissões, falta de pagamento de salários e direitos trabalhistas e extrema insegurança do contrato. Uma realidade em que foi possível o rebaixamento de salários e intensificação do trabalho, tendo em vista que os profissionais sentiam extrema ameaça às suas condições mínimas de vida. Abaixo segue um relato que exemplifica esse contexto:

A municipalização ela não veio assim do dia para a noite, ela iniciou já com o processo de sucateamento no hospital, falta recurso, falta remédio e isso foi aos pouquinhos né se percebendo e quando chegou no final de 2015, passou a faltar os salários. Então, houve né uma, é, até a gente não recebeu o salário do mês eu me lembro, o que recebeu foi o 13º, mas assim bem atrasado. Então foi uma movimentação das pessoas fazerem é, até mesmo vaquinha né para ajudar os colegas que tinham menos né, que, às vezes, eram pais e mães de família que tinham que se sustentar, na época eu não tinha filhos né, então pra mim era mais fácil né de administrar aquela situação, então assim, até teve uma situação de fazer vaquinha e tudo mais para os colegas que estavam passando maior dificuldade. E, aí, nesse, nessa situação justificou-se o discurso de que era necessário municipalizar porque eu me lembro que até na época o discurso midiático né era que o Estado não tinha mais condições de dar conta daquelas unidades de saúde. (Assistente Social 16 – Hospital Estadual – contrato pela Organização Social).

A instabilidade do vínculo celetista, atado à exigência do cumprimento de metas, gera um receio de desligamento da instituição. De fato, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) traz que essa é a realidade do sistema de saúde brasileiro, a partir da terceirização, na qual se introduziu distintos vínculos empregatícios, nem sempre protetivos do trabalhador. Ademais essa diversidade de vínculos resultou em ‘gestão do trabalho’ mais complexa e desafiadora, pois altera-se não só a forma de ingresso no serviço público, mas também o tempo de permanência, uma vez que esses trabalhadores não gozam de estabilidade garantida aos servidores públicos (CONASS, 2011; Costa & Silva et al., 2016).

³¹ No ano de 2016, o governador do Rio de Janeiro, Luiz Fernando Pezão, realizou uma parceria com o então prefeito do município do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, para municipalizar os hospitais Albert Schweitzer, em Realengo, e Rocha Faria, em Campo Grande – ambos na zona oeste do Rio sob o argumento de que o estado teria, dessa forma, a possibilidade de aplicar recursos mais fortemente nas UPAs e alegando a dificuldade das finanças do estado. Ressalta-se que, durante o governo de Sérgio Cabral, a prefeitura já tinha assumido o Hospital Pedro II, em Santa Cruz, na zona oeste do Rio de Janeiro.

O medo do desemprego foi evidenciado nessa categoria como o principal elemento que favorece a perda e coletiva do trabalhador. A inconstância no emprego, a fragilidade dos vínculos e a falta de proteção dos contratos podem gerar esse tipo de sentimento que acarreta em preocupações para o trabalhador e dificulta o planejamento da sua vida individual e familiar.

Assim, a precarização no SUS do Rio de Janeiro, iniciando com restrição de contratações, atraso dos salários, diminuição ou supressão das gratificações e, por fim, demissões geram no trabalhador, durante esse processo, a vivência do medo, preocupações constantes, ansiedade, apreensões e tristeza. Além dessas questões, a condição de desemprego pode significar também a abdicação de investimentos na vida pessoal e estagnação profissional no mercado de trabalho que se mostra competitivo. Essa incerteza do emprego pode gerar nos trabalhadores o sentimento de regressão, perda ou dúvidas em relação à carreira profissional escolhida.

A ameaça permanente de perder o emprego, devido à instabilidade dos vínculos que é produto dos novos modos de gestão do trabalho, reflete uma conjuntura que se apoia no medo como uma estratégia de dominação, exigindo dos trabalhadores adaptações e reconfigurações dos comportamentos, bem como das suas relações interpessoais para se manterem na condição de empregado.

Alves (2013), ao falar sobre sua concepção de precariado, auxilia-nos na compreensão da forma de precarização de trabalhadores qualificados, como é o caso do(a) assistente social. Segundo o autor, o precariado é uma parcela específica da classe trabalhadora que sofre rebatimentos de uma conjuntura onde se exige, por exemplo, uma super qualificação do trabalhador, porém não garante vagas de emprego, ampliando o Exército Industrial de Reserva e exigindo deste (neste caso dos sujeitos que estão na reserva), em uma proporção cada vez maior, mais qualificação profissional.

O precariado para Alves (2013) expressa-se, então, nos jovens-adultos escolarizados (assistentes sociais, enfermeiras, administradores, psicólogos, professores, advogados, dentre outros), inseridos em empregos precários/precarizados, públicos ou privados, com parca ou quase nenhuma

proteção social, quando não estão marginalizados do mundo do trabalho, os desempregados. Trabalhadores que nesta condição veem-se destituídos do sonho de uma vida de consumo, para uma realidade de dificuldades para comprar a casa própria – a custo de empréstimos a juros, ditos, baixos. Esses sujeitos não conseguem planejar suas vidas, porque não sabem, se no dia posterior a este, têm certeza do emprego, tornando-se reféns de um sistema que, ao seu bel prazer, muda as regras do jogo e amplia a exploração e acumulação de mais-valia, com as terceirizações, novas formas de contratos de trabalho, contratações de autônomos, crescimento da informalidade, cooperativas, dentre outros.

Atenta-se para o fato de que a precariedade interdita a vida pessoal do sujeito de classe, ao passo que os sujeitos são destituídos de perspectivas de futuro, quando não sabem se ao menos terão trabalho no dia seguinte. Destituídos de emprego com vínculo formal, ou inseridos em postos de trabalho temporários, inseguros, flexíveis e, com salários precários, destituídos, conseqüentemente, daquilo que os torna sociais, e tomados pelo apelo ao individualismo voltado para o consumo, tendem a perder seu sentimento de classe. Assim, afastam-se dos sindicatos e movimentos sociais, pela própria dinâmica/agenda destes que também não os incorporam em suas pautas essa nova dinâmica do mundo do trabalho.

Essa dominação ideológica e subjetiva do trabalhador também ocorre ao se transferir a responsabilidade do sucesso ao plano individual, isto é, cada indivíduo é responsável por obter êxito por meio de seu esforço pessoal assim como é responsável pelo seu fracasso. Trabalhadores entram em uma corrida para qualificarem-se cada vez mais, para estarem aptos a ocupar um lugar no mercado de trabalho. Contudo, sabe-se que, diante da diminuição dos postos de trabalho, não haverá espaço para todos na economia formal.

A grande concorrência para conseguir um trabalho diminui o poder de negociação dos trabalhadores, fazendo com que estes aceitem, cada vez mais, precárias condições de trabalho com, por exemplo, jornadas em horários inconvenientes e horas extras sem remuneração – situações corriqueiras na área da saúde.

A ofensiva ideológica do capital é marcada pelo processo de invisibilização e alienação dos sujeitos, trabalhadores ou não, furtando-os do pertencimento de classe, tornando-os indiferentes às causas coletivas e, mais ainda, promovendo um sentimento constante de competitividade entre os sujeitos individuais. Nesse interim, as individualidades são proclamadas como centro da vida social, alijando homens e mulheres do seu ser genérico.

A nova precariedade salarial atinge diretamente o processo de organização da classe trabalhadora no Brasil, ao passo que contribui para a constituição de um trabalhador cada vez mais “complexificado, fragmentado e heterogeneizado” (Alves, 2012, p. 24) promove o estranhamento dos trabalhadores e trabalhadoras enquanto classe se distancia do horizonte da luta coletiva. Segundo Alves (2013), além disso, a carência de futuro e possibilidade de planejar a longo prazo, a ausência de horizontes, conduzem à descrença numa nova sociabilidade, trazendo o sentimento de que o capitalismo sempre estará presente.

Segundo Antunes (2007), a partir dos anos 1980, principalmente na década de 1990, vislumbra-se um choque de contradições. Ao passo da informatização do trabalho, com o aumento da tecnologia, robótica, automação (era digital), tem-se na mesma esteira, em voga, a informalização do trabalho, com a ascensão dos trabalhos terceirizados, flexibilizados, subcontratados, precarizados, intermitentes, em tempo parcial. Interfere-se ainda no papel do Estado enquanto mediador, regulador (com o amparo da proteção social, direitos) na relação entre patrões e empregados, ao restringir essa função e fortalecer a liberdade de ação do capital. Assim, a inovação tecnológica dá base à lógica de acirramento, competição, individualismo.

Segundo Borges (2007), o autoempreendedorismo, a pejetização, o microempreendedorismo, o trabalho autônomo, além de não trazerem necessariamente um maior rendimento, aumentando ainda a intensificação da jornada de trabalho, são para o capital formas de a pessoa, em situação de desemprego, resolver no âmbito particular a sua (re)inserção no mercado de trabalho.

Além de descaracterizar e mascarar a relação de emprego, o Estado distancia-se e desresponsabiliza-se ainda mais nesse cenário. Esses trabalhadores, fora do âmbito da proteção social do emprego protegido, constituem um número crescente de pessoas idosas e/ou ‘inválidas’ para o capital sem o amparo previdenciário, à mercê de políticas assistenciais de transferência de renda.

A terceirização/subcontratação flexibiliza os contratos de trabalho, gera instabilidade funcional e remuneração inferior aos trabalhadores, afeta e precariza ainda mais a relação salarial. Torna-se, ainda, importante salientar que sujeitos sociais sofrem esses desdobramentos. O modo de produção capitalista depende da expropriação do trabalho para existir, mesmo submetendo os trabalhadores a condições de trabalho precárias. Dessa forma, de acordo com Antunes (2000, p. 38), “o capital é incapaz de realizar sua autovalorização sem utilizar-se do trabalho humano. Pode diminuir o trabalho vivo, mas não o eliminar. Pode precarizá-lo e desempregar parcelas imensas, mas não pode extingui-lo”.

A classe trabalhadora tem se tornado mais fragmentada e dividida entre quem possui alguma qualificação e está no mercado de trabalho, e quem, embora apresente qualificação, enfrenta dificuldades para essa inserção, e que se torna, cada vez mais, participante do mercado informal, instável e precário. Isso aumenta a concorrência no mundo no qual aqueles que estão em postos de trabalho sofrem com a pressão de perder seu emprego, sendo obrigados às mais variadas formas de exploração de sua força de trabalho, o que os tornam cada vez mais suscetíveis às violências do mundo do trabalho.

4.3. Educação Permanente, militância e participação social

Como mencionado nesta tese, a formação crítica é uma estratégia de alargamento da relativa autonomia profissional. O profissional, atento à dinâmica societária, o qual permanentemente estuda as condições de vida da população usuária e a conjuntura das políticas sociais, tem mais possibilidade de apreender na realidade em que trabalha as possibilidades de ações que fortaleçam o SUS e de ter

maior conhecimento técnico, teórico e ético para negociar e propor melhores espaços e formas de trabalho de acordo com o projeto profissional que defende.

Compreende-se que participar dos espaços de participação social seja no sindicato, movimentos sociais ou espaços coletivos de discussão da categoria profissional também é um meio de formação política importante para o trabalhador. Por isso, perguntamos se o(a) assistente social tem participado dos espaços do sindicato ou movimento social.



Gráfico 7 – Participação em sindicatos ou movimentos sociais.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Na nossa pesquisa, apenas 2 assistentes sociais têm participação nos sindicatos ou em algum movimento social (uma é estatutária e a outra é contratada pela Fundação Saúde no segundo concurso da entidade), e 19 assistentes sociais não têm participado de espaço político coletivo. Relatam a falta de tempo diante da intensa carga horária de trabalho e das demandas da vida. Ainda há a desconfiança no trabalho dos sindicatos.

Não, infelizmente não. Na verdade, eu tenho o desejo de ser sindicalizado, mas sempre que eu me aproximo de algum dos sindicatos ali no hospital, a gente acaba tendo alguma situação ali dentro que, aí fica difícil de ingressar em um. Tem tido uma disputa muito grande ali naquela área e eu não consegui decidir qual deles vai me representar melhor para eu me sindicalizar. (Assistente social 5).

Então, um dia eu me peguei num ato, todo mundo estava armado e, aí, a polícia militar, sempre a brilhante polícia militar teve a brilhante ideia de apontar armas para a polícia civil e a polícia civil sacou as suas armas e eu falei “Gente, o que eu estou fazendo aqui com um cartazinho?”, e as pessoas armadas, então assim um clima tenso, horroroso, muito violento, foi muito violento aquilo lá o Governo Pezão contra os servidores do Estado. Saio também desse processo bastante desgastada assim, porque foram muitas assembleias, apoiando o movimento dos

residentes, a minha residente, ou melhor, a residente da área né, ela foi a porta voz dos residentes na câmara legislativa, então foi muito desgastante, você não faz a ideia do tanto. Foi muito desgastante, hoje eu não participo. (Assistente Social 19).

Destacam-se os relatos acima que, até mesmo, os estatutários não têm participado dos sindicatos, o que revela um ambiente de mais individualismo entre trabalhadores no serviço público condizente com o espírito neoliberal.

A militância é muito desgastante né, ela te toma num tempo integral e, assim, você se envolve no problema de todo mundo porque é um problema coletivo né. Todo o dia eu trabalho com muita tragédia. E aí eu me envolver nos outros momentos fora do trabalho também como esse, é adoecedor demais. Eu me poupo, eu confesso para você que eu tenho estratégias, hoje em dia para tentar me envolver pouco e a pandemia ela deixou um, a gente vive um luto coletivo constante né, a gente não supera o luto porque centenas estão em desemprego e eu olho muito para mim nesse sentido de tentar me cuidar.” (Assistente Social 10).

O relato acima revela também desgaste e precarização subjetiva dos trabalhadores que, diante da ameaça do desemprego e insegurança, recorrem a estratégias mais individuais de sobrevivência. O relato acima é de uma assistente social que trabalha atualmente em um contrato precário no âmbito privado no SUS está contratada por uma OS em âmbito municipal. Uma profissional que possui alta qualificação (possui especialização *lato sensu*, residência em saúde e iniciará o mestrado acadêmico), entretanto, tem relatado o desgaste e desmotivação com a carreira devido à intensa carga horária, intensificação do trabalho e insegurança do vínculo contratual.

Os trabalhadores precarizados pela falta de estabilidade sentem-se desvinculados de uma classe ou categoria, pois, de acordo com Nardi (2006), é necessário, para a existência do indivíduo, que este tenha garantias materiais para afirmar-se para além da luta cotidiana pela sobrevivência.

Essas falas reforçam o enfraquecimento dos coletivos de trabalho e a colonização do tempo livre pelo tempo de trabalho (Alves, 2011) que colocam esse trabalhador focado na luta pela sobrevivência, sendo a melhoria de condições um aspecto secundário. Déjourns (1998) também coloca que essa fragilidade do vínculo e a insegurança quanto ao futuro vão favorecer a desmotivação, a desmobilização e o desencorajamento na busca por acesso aos seus direitos cívicos.

Observa-se que a fragmentação da classe dos trabalhadores assalariados, no sentido da fragilização e fragmentação dos laços contratuais, opera um processo que diminui a solidariedade de classe com impactos na formação da consciência de classe. Alves (2011) fala sobre a lógica da “redução de custos”, que atinge principalmente os recursos da força de trabalho, que é, na verdade, uma forma de produção artificial da escassez que possui um significado simbólico para constringer a força de trabalho, gerando uma cultura imersa no individualismo. Tal realidade mostra o enfraquecimento das estratégias coletivas de lutas dos trabalhadores que reforça novas formas de consentimento nos locais de trabalho reestruturados.

Entretanto, mesmo com a colonização do tempo livre do trabalhador, na pesquisa que realizamos, a maioria dos(as) assistentes sociais relata ainda participar regularmente de atividades de educação permanente (12 assistentes sociais) e outros 6 assistentes sociais relatam que não participam e outros 3 profissionais relatam que participam raramente. Observa-se que 11 assistentes sociais participam de eventos realizados pela categoria.

Apesar da participação em educação permanentes e em eventos da profissão sejam essenciais para o(a) assistente social manter-se atualizado com as principais discussões na área de saúde pública e do Serviço Social, percebe-se uma tendência da necessidade crescente de qualificar-se melhor e preparar-se mais para conseguir trabalho, como afirma o Antunes (2008).

Dessa forma, parte importante do “tempo livre” dos trabalhadores está crescentemente voltada para adquirir maior qualificação que anteriormente eram em grande parte realizadas pelo capital. Os espaços de educação permanente são buscados pelo(a) assistente social e não ofertados pelas instituições empregadoras que não liberam o profissional, durante a carga horária de trabalho, para participar dos espaços de formação continuada. Vejamos os relatos a seguir:

Para curso, acaba sendo mais negociado, a gente acaba tendo até que trocar dia e tal. Mas, é, por alguma coisa tipo para doutorado, mestrado, aí fica muito por nossa conta. O mestrado que eu fiz, eu tive que trocar vários plantões para assistir as aulas porque eu não consegui liberação. A assistente social que fez doutorado, a outra que fez mestrado também lá, também não teve liberação. Então, na verdade,

ao invés da gente ser incentivado, acaba que é o contrário, né, desestimulado de fazer alguma coisa nesse porte. (Assistente Social 5).

As equipes não, o gestor tinha uma capacitação sim, agora para a gente não, a gente não tinha não, a gente buscava mesmo as nossas qualificações. (Assistente Social 17).

Na verdade, a preocupação fundamental da cultura neoliberal é com o controle do elemento subjetivo do trabalhador, isto é, com a captura da subjetividade do trabalho, qual seja, o de controlar e direcionar os indivíduos para comportamentos desejados: autonomia, flexibilidade, criatividade, autovigilância, espírito empreendedor e, nesse discurso, e também o trabalhador se sente empreendedor de sua própria vida” buscando sempre melhorar sua empregabilidade. O relacionamento entre o capital e o trabalho que estimula um trabalhador mais qualificado na medida em que este busque por meios próprios e que utilize o seu tempo fora do trabalho para tal, gerando todo um perfil participativo, multifuncional e polivalente.

O neoliberalismo tornou-se a forma histórica dominante dos processos de construção subjetiva de classe no capitalismo global. No contexto histórico da economia, política e cultura neoliberal, buscou-se restringir e eliminar o desenvolvimento da consciência de classe e da luta de classes. Nos locais de trabalho reestruturados, salienta-se a presença da individualização das relações de trabalho e não tratamento coletivo das relações salariais.

Assim, a lógica do capital produz sujeitos que acreditam ser os únicos responsáveis por seus sucessos e fracassos profissionais, muitas vezes retirando das empresas suas responsabilidades contratuais e desarticulando movimentos coletivos e formas de organização da classe trabalhadora.

Alves (2011) defende que os processos de dessubjetivação de classe implicam dinâmicas sociais, políticas, ideológicas e culturais que levam a dissolução de “coletivos do trabalho” impregnados da memória pública da luta de classe. Enfim, derrotas históricas do trabalho no processo de luta de classes levaram a vigência da ideologia do individualismo na vida social.

Desvalorizam-se práticas coletivistas e ideais de solidarismo coletivo no qual se baseavam os sindicatos e os partidos do trabalho e disseminam-se na

cultura cotidiana de os valores individualistas do sucesso pessoal. É nesse mesmo contexto histórico-cultural que ocorrem a corrosão dos espaços públicos.

O capital vem aperfeiçoando suas táticas de controle sobre o trabalho e sobre os trabalhadores e que este controle sempre se fundamentou no processo ideológico perpassado pelos modos de gestão, e isso tem abarcado também a organização do trabalho na esfera pública.

No bojo dessas reflexões, Dejours (2001) afirma que os principais efeitos subjetivos do processo de precarização giram em torno de: mecanismos de intensificação do trabalho, com conseqüente aumento do sofrimento dos sujeitos; enfraquecimento de ações e movimentos coletivos; e o crescimento do individualismo devido, de forma particular, à constante ameaça de demissão presente nesses contextos.

Mesmo nos trabalhadores estatutários, com maior estabilidade no vínculo, observa-se a desarticulação das lutas coletivas pelo crescente fragilização e fragmentação e precarização na qual vêm passando nas constantes perdas e precarização do trabalho como veremos no próximo tópico deste trabalho.

4.4.

Trabalho do(a) assistente social no SUS do RJ durante a pandemia de Covid-19

Na data da escrita do tópico deste trabalho em 14 de maio de 2022, o Brasil tinha registrado total de 30,7 milhões de casos notificados de Covid-19 com 665 mil mortos pela doença. Neste dia, houve 138 mortes com 25.609 novos casos notificados em 24 horas no país. No estado do Rio de Janeiro, havia total 2,16 milhões de casos com 73.632 mortes com 2.294 casos novos e 7 mortos em 24 horas. O Brasil possui 77,4% da população que receberam as duas doses da vacina e 41,6% que tomaram a dose de reforço, e o Estado do Rio Janeiro possui 77, 7%

com a segunda dose e 41,5% imunizadas com dose de reforço da vacina contra Covid-19³².

Atualmente os números de casos e de óbitos diminuíram em relação a outros momentos desde o início da emergência sanitária da Covid-19 no Brasil iniciada em fevereiro de 2020³³, em função da vacinação, que avançou praticamente à revelia e apesar das dificuldades impostas pelo governo federal principalmente pelo presidente Jair Bolsonaro que se declarou contra a vacina em diversos momentos³⁴. Atualmente diversas capitais e estados, inclusive o Rio de Janeiro, já retiraram o uso obrigatório de máscaras em espaços abertos e fechados³⁵.

Entretanto, o Brasil vivenciou períodos de grande letalidade com a doença e as fragilidades do controle e prevenção do contágio e da falta de competência e empenho na aquisição dos imunizantes pelo Ministério da Saúde. Na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado, que investiga as ações e omissões do governo federal no enfrentamento da pandemia de Covid-19, foi relatado pelo presidente regional da farmacêutica Pfizer na América Latina que os primeiros contatos da empresa com o governo brasileiro para apresentação de seu imunizante aconteceram entre maio e junho de 2020 e que houve propostas apresentadas ao Ministério da Saúde em agosto de 2020 de 1,5 milhão de doses de vacinas para serem entregues ainda em 2020, mas que não ocorreu por não ter resposta governamental (Agencia Senado, 2021)³⁶.

Nesta CPI, também se investigou a aquisição, distribuição e indução ao uso dos medicamentos como a cloroquina, hidroxicloroquina e ivermectina que

³² Dados retirados no site oficial do governo federal: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 14 maio 2022.

³³ Decretado no Brasil, em fevereiro de 2020, Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Ministério da Saúde - Portaria nº 188/2020) e, em março do mesmo ano, Calamidade Pública (Congresso Nacional - Decreto Legislativo nº 6/2020).

³⁴ Relembra ataques de Bolsonaro contra as vacinas em 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/epoca/noticia/2021/12/relembra-ataques-de-bolsonaro-contras-vacinas-em-2021-25334915.ghtml>>. Acesso em: 14 maio 2022.

³⁵ Governo do Estado publica decreto sobre uso de máscara: Texto faculta aos municípios a flexibilização do uso de equipamento em lugares fechados. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2022/03/governo-do-estado-publica-decreto-sobre-uso-de-mascara>>. Acesso em: 14 maio 2022.

³⁶ Representante da Pfizer confirma: governo não respondeu ofertas feitas em agosto de 2020. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/13/representante-da-pfizer-confirma-governo-nao-respondeu-ofertas-feitas-em-agosto-de-2020>>. Acesso em: 15 maio 2022.

compõem com outros medicamentos o chamado kit covid e a chamada terapêutica do tratamento precoce que foi eleita pelo governo federal como política pública para enfrentamento da Covid-19, por diretriz do presidente Jair Bolsonaro, com investimento de recursos públicos em medida sanitária mesmo sendo desprovida de respaldo científico. Ou seja, houve investimento ideológico e financeiro do governo federal de medicamentos sem eficácia em detrimento da aquisição de imunizantes e campanha educativa para vacinação que foi à medida que se mostrou cientificamente eficaz (Agência Semano, 2021)³⁷.

Por fim, no tocante à gestão do Ministério da Saúde, durante a pandemia, o governo de Jair Bolsonaro nomeou quatro ministros diferentes para o cargo. A constante mudança no ministério durante uma emergência sanitária demonstra a falta de preocupação com a continuidade do trabalho atrelado aos movimentos no sentido de restringir o acesso à informação e a dados sobre a pandemia. Em especial na gestão do Ministro da Saúde Eduardo Pazuello, nos piores momento da pandemia no Brasil entre maio de 2020 a abril de 2021, um militar que teve como direcionamento a militarização do Ministério da Saúde e de desestruturação da sua base técnica.

A vacinação iniciou no Brasil em janeiro de 2021 lentamente com idosos nonagenários e octogenários, trabalhadores da saúde e pessoas institucionalizadas com 60 anos de idade ou mais, pessoas institucionalizadas com deficiência e população indígena aldeada. Porém, devido à lentidão da vacinação e timidez nas medidas de prevenção ao contágio, vivenciou-se no Brasil em abril de 2021 o mês mais letal da pandemia, encerrado com 82.401 mortes. O mês de abril de 2021 chegou a registrar mais de 4 mil óbitos em um dia.³⁸ Em março de 2021, o segundo pior mês da pandemia no Brasil, houve 66.868 mortes registrados.

A precarização do trabalho consiste em fenômeno com dinâmica notadamente acentuada em resposta à crise estrutural do capital. Com a

³⁷ CPI investiga uso de tratamento precoce contra a covid-19 pela Prevent Senior nesta quinta. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/09/15/cpi-investiga-uso-de-tratamento-precoce-contr-a-covid-19-pela-prevent-senior-nesta-quinta>>. Acesso em: 14 maio 2022.

³⁸ Brasil registra recorde de 4.195 novas mortes por Covid-19 e prenuncia abril “trágico”. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-04-06/brasil-registra-recorde-de-4195-novas-mortes-por-covid-19-e-prenuncia-abril-tragico.html>>. Acesso em: 14 maio 2022.

emergência da pandemia de Covid-19, as suas dimensões ganharam visibilidade, agravando, em especial, a questão da saúde dos trabalhadores. Com a chegada da pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2), a precarização do trabalho ganhou maior destaque, principalmente após a adoção de algumas medidas no Brasil, como a publicação do Decreto n.º 10.282 em 20/03/2020, que definiu os serviços públicos e funcionamento das atividades essenciais durante a pandemia.

Durante a pandemia, nem todos os trabalhadores puderam desfrutar das medidas de prevenção, como isolamento e distanciamento social preconizados pela OMS, pois muitos precisaram continuar suas atividades de trabalho seja por sobrevivência, ou seja, por ser uma atividade considerada essencial, mantendo o risco de maior exposição ao vírus e adoecimento.

Diante da sobrecarga e precárias condições de trabalho, trabalhadores da saúde, considerados essenciais, tiveram de enfrentar uma série de dificuldades ao longo da pandemia de Covid-19, devido às mudanças como aumento da jornada de trabalho, excesso de tarefas, falta de acesso aos equipamentos de proteção individual, isolamento da rede de apoio social (familiares, amigos), medo, insegurança, esgotamento físico e mental.

Os trabalhadores da saúde vivenciaram a pandemia na pior linha de enfrentamento relacionado ao aumento expressivo dos atendimentos nas emergências de saúde, nas internações e mortes e também foram os trabalhadores que acolheram as primeiras manifestações de perda e sofrimento das famílias enlutadas.

Além disso, esses trabalhadores tiveram de vivenciar os desafios da pandemia num cenário permeado por contrarreformas trabalhistas que flexibilizaram a forma de contratações dos trabalhadores, reduzindo garantias de bem-estar e proteção social. O sofrimento gerado pelo contexto pandêmico muitas vezes foi acentuado pela insegurança dos direitos trabalhistas e precarização do trabalho. Também foram os trabalhadores com maior exposição ao contágio do Sars-CoV-2 e sua iminente gravidade ou letalidade em especial quando não havia vacina.

Durante a pandemia de Covid-19, o adoecimento físico e mental dos trabalhadores no SUS se agravou diante de grande sobrecarga e pressão no trabalho, medo de adoecer, incertezas, assédio moral, falta de treinamento e manejo das situações novas geradas pela pandemia de Covid-19, falta de proteção e segurança no trabalho, o que gerou, no Brasil, alto índice de infecção e mortes dos profissionais de saúde pela Covid-19. Os trabalhadores do SUS já convivem com a precarização do trabalho e da política de área da saúde que podem ser constatados pela terceirização da força de trabalho, o congelamento dos recursos a escolha por contratar em vez de lançar concursos públicos.

O processo de privatização do SUS continuou sendo ampliado durante a pandemia com o repasse da gestão de muitos hospitais de campanha para os modelos privatizantes por meio da contratualização de OS, especialmente. Entretanto, os escândalos envolvendo o desvio de recursos públicos da saúde por meio das OS têm sido evidenciados também nesse período (CFESS, 2020). No contexto de desmonte das políticas sociais e agravamento das desigualdades sociais, a determinação social do processo saúde e doença influencia tanto as condições de enfrentamento quanto os óbitos relacionados à covid-19.

Os(as) assistentes sociais lidam com as expressões da questão social relacionados com agravamento da pobreza, com as dificuldades de acesso aos serviços públicos (principalmente saúde) e os agravos na saúde e vida da população com o desmonte das políticas públicas, o desemprego, o agravamento da violência intrafamiliar e enfraquecimento de seus vínculos, entre outras demandas. Dessa forma, os(as) assistentes sociais são trabalhadores(as) essenciais no enfrentamento da pandemia, em especial no contexto de políticas neoliberais, evidenciando as consequências na vida da população e na sua precarização como trabalhador.

Segundo Soares, Correia, Santos (2021) no que se refere à condição de trabalhador da saúde durante a pandemia de Covid-19, as contratações de assistentes sociais expressam cada vez mais a precarização e a profunda privatização da política de saúde. No bojo das estratégias de enfrentamento da Covid-19, a maior parte da expansão dos serviços de saúde se deu via

terceirização da gestão em saúde com contratos precários, inseguros e temporários de trabalho, além da histórica tendência de baixas remunerações.

As autoras registram que, no primeiro momento da pandemia, grande parte de assistentes sociais teve de lidar com as dificuldades de acesso a EPI, principalmente na fase inicial de enfrentamento da pandemia, houve escassez na disponibilidade de EPI em diversos serviços. A tendência foi de negar o uso de EPI para profissionais que não estivessem em contato direto com pacientes com covid-19. Contudo, assistentes sociais, mesmo que não estivessem atendendo diretamente usuários com Covid-19, atendiam seus familiares.

Na entrevista que realizamos com 21 assistentes sociais que tiveram experiência de trabalho no SUS entre 2015 a 2021, tivemos 17 que trabalharam durante a pandemia de Covid-19.

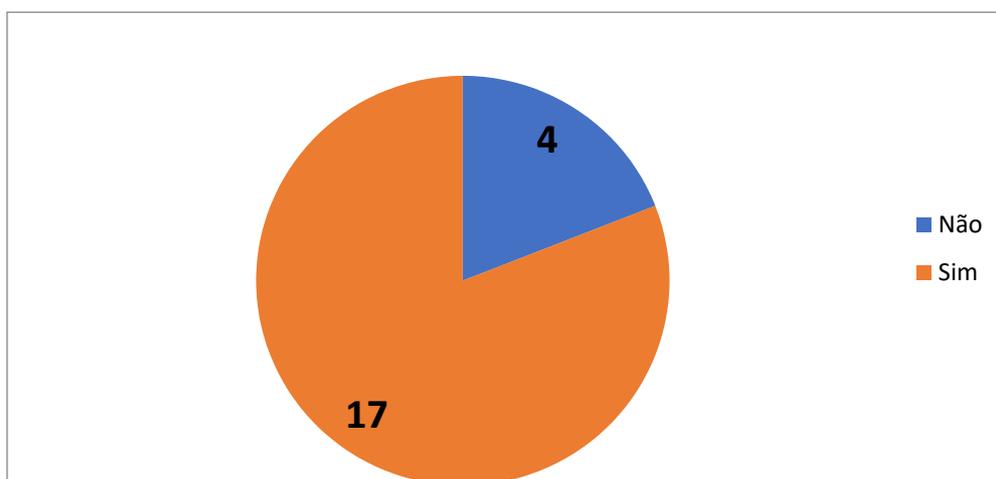


Gráfico 8 – Trabalhou no SUS durante a Pandemia.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Na pesquisa que realizamos, 17 assistentes sociais trabalharam em unidades hospitalares ou pronto atendimento do SUS durante a pandemia de Covid-19, destes 15 foram os profissionais que em algum momento ficaram sem EPI para trabalharem durante a pandemia.

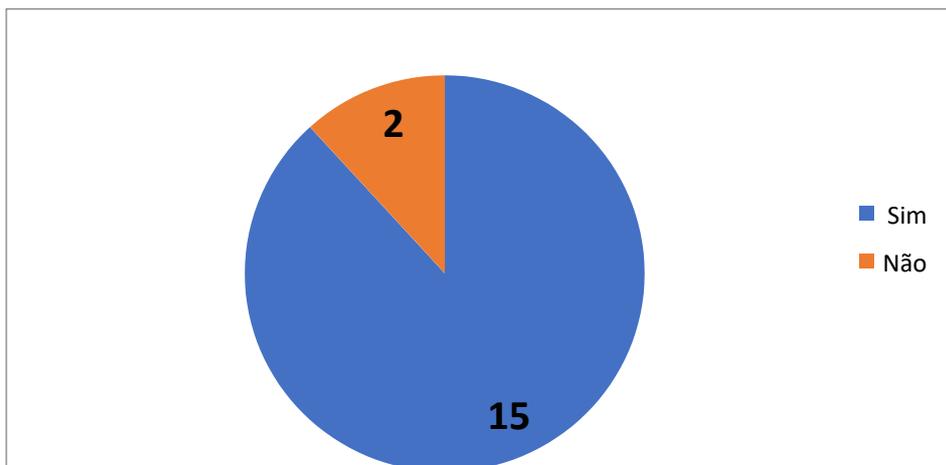


Gráfico 9 – Acesso a Equipamento de Proteção Individual.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Vejam alguns relatos dos(as) assistentes sociais entrevistados sobre o acesso a EPI trabalhando durante a Covid-19 no SUS do RJ:

A saúde não para como não parou durante a pandemia, eu trabalho desde o primeiro dia de pandemia, inclusive, no início sem EPI porque não se tinha, tudo comprado do próprio bolso porque não se tinha essa dimensão [...] então assim, os EPIs chegaram no *delay*, eu, assim, particularmente providenciei, então quando a *face shield* chegou eu já tinha a minha *face shield* há muito tempo, comprei minha máscara, comprei álcool em gel, comprei álcool 70, eu montei todo o meu kit. (Assistente Social 19 – Hospital Estadual – estatutária).

Então, no início da pandemia, não chegava assim, tinha máscara cirúrgica, mas não tinha N95, tinha número menor né, mas era para a equipe que estaria diretamente com, com paciente com covid, médicos que estão lá manipulando o paciente né, enfermeiro, então, para a categorias não médicas, psicologia, serviço social, fono, enfim, nutri, a gente teve uma dificuldade no início de acesso a EPIs. (Assistente Social 15 – Hospital Federal).

O primeiro entendimento foi de que, como serviço social não estaria inserido no CTI covid, não estaria inserido dentro do atendimento lá dos pacientes internados com estado grave da covid etc. e tal, a gente não precisaria nem de treinamento e nem de equipamento e, aí, essa foi uma briga da equipe porque a gente brigou porque a gente atende em primeiro lugar os familiares desses pacientes e esses familiares, no primeiro momento, presencialmente estavam vindo ao hospital. E, aí, a gente estava atendendo as pessoas que estavam em contato com as pessoas que estavam entrando no hospital por estarem contaminadas com covid. E essa foi uma briga e, o Ministério não forneceu material suficiente para o Hospital, então, essa briga a gente teve uma briga em termos de gestão, mas também tivemos uma briga horizontal porque os profissionais começaram meio que a disputar equipamento. E, aí, se tinha um entendimento de que, quem não atendia o paciente internado não estava atendendo a covid e, gente teve que desconstruir isso, teve que mostrar que a família interna era suspeita de covid até que fosse confirmado, né, naquele momento, as confirmações não eram tão fáceis quanto agora.” (Assistente social 5 – estatutário – Hospital Federal).

Até hoje, na verdade, no início do início da pandemia que o pessoal começou a

usar máscara de tecido, o diretor não queria que usasse máscara de tecido na unidade, mas também não dava máscara pra gente, mas não podia usar máscara, mas depois liberaram a gente a usar máscara de tecido, a gente começou a usar máscara de tecido! aí, com esses boletins que a gente ia lá no portão e tudo mais, falar com pessoas que eram contactantes de covid, eles disponibilizavam máscaras cirúrgicas, mas eram três por dia, para uma equipe de três a quatro por dia, como era três máscaras por dia? Eles entendiam que a gente precisa da máscara para o boletim, eram três boletins, três máscaras, só que no início os boletins chegavam a ter 20 familiares, então iam dois assistentes sociais por boletim e a gente não conseguia máscara para todo mundo ir, então a gente acabava comprava máscara essas n95 similares, Pff2, depois de bastante briga a gente conseguiu, bastante mesmo, olha, uns seis meses depois ou mais do início da pandemia que eles começaram a disponibilizar n95 para a equipe e, até hoje eles disponibilizam, mas é uma por mês, então a sua máscara tem que durar 30 dias, que é meio absurdo porque, algumas pessoas trabalham plantões 24 horas, mas tem gente que trabalha 2 de 12. Então, assim, você tem que usar a mesma máscara *ad eternum*.” (Assistente Social 7 - Fundação Saúde – Hospital Estadual).

Durante a pandemia, o cotidiano de vida exigiu o uso da máscara da contenção do contágio e principalmente no ambiente de trabalho no SUS como EPI's que são compreendidos como fundamentais e condições mínimas para trabalhar e local de alto risco de contaminação. Cabe à instituição provê-los, promovendo inclusive o treinamento sobre o uso destes e os meios de prevenção e proteção da Covid-19.

Inicialmente, faltavam máscaras e equipamentos de proteção, podemos verificar nos relatos que o racionamento dos equipamentos levou as profissionais a comprarem os seus EPIs (óculos, *face shield*, máscaras). Destaca-se o relato de que chegou ao ponto de ter brigas horizontais entre os trabalhadores de distintas categorias para o acesso à EPI's. Com mais de um ano de pandemia no Brasil, essa realidade persistiu no SUS em relação às máscaras tipo N95, cuja disponibilidade do hospital é uma por mês para cada profissional.

As alterações oriundas da pandemia de Covid-19 aconteceram sob a vigência do desfinanciamento massivo dos serviços sociais brasileiros, em que o sucateamento da infraestrutura dos serviços sociais públicos tem provocado a responsabilização de trabalhadores, obrigando-os a buscar capacitação, custear seus EPIs e a enfrentar seu processo de trabalho de modo solitário com estratégias apenas individuais.

Porém, é preciso referendar sempre o trabalho protegido como um direito. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º, garante aos trabalhadores urbanos

e rurais a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; o adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei e seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa.

Os(as) assistentes sociais, no início da pandemia, tiveram como destaque o trabalho com as famílias dos pacientes internados com as orientações quanto aos direitos e deveres relativos a pacientes e família e sendo vistos(as) muitas vezes como mediadores(as) entre as necessidades dos familiares e a equipe multiprofissional. Por ser o único setor porta aberta, essa referência se mostrou fundamental. Por esta mesma razão, conquanto orientações e sensibilizações para as famílias manterem o isolamento social, é comum eles se dirigirem até o setor para exporem suas demandas.

Esse contato constante com pessoas contactantes com doentes de Covid-19 e possivelmente infectadas fazem dos(as) assistentes sociais uma categoria extremamente exposta ao contágio. Além disso, no percurso da pandemia houve uma ampliação do trabalho dos(as) assistentes sociais também com usuários infectados nos leitos, apesar da tendência de se evitar a visita nos leitos, houve demanda dos usuários e requisição institucional seja para escuta aos usuários internados ou para participação na realização de vídeo chamadas com as famílias.

Diante da pandemia de Covid-19 se impôs a necessidade de reestruturar os serviços, as relações profissionais, espaço físico, rotinas, fluxos, estratégias, abordagens de usuários e suas famílias. Para proteção dos trabalhadores e usuários da saúde, foi necessário reorganizar a rotina das unidades com ambientes com melhor higienização e menor aglomeração. Por isso a reorganização das escalas e organização dos espaços coletivos fizeram-se necessárias como medida de prevenção.

Entretanto, na nossa pesquisa, 13 assistentes sociais reponderam que não tiveram garantidos ambientes de descanso e refeitório, que são ambientes coletivos entre os trabalhadores e que geralmente não há uso de máscara, sem aglomeração no espaço de trabalho no SUS. Outras 2 assistentes sociais

afirmaram que tiveram essa organização institucional, e outras 2 profissionais não responderam tal pergunta.

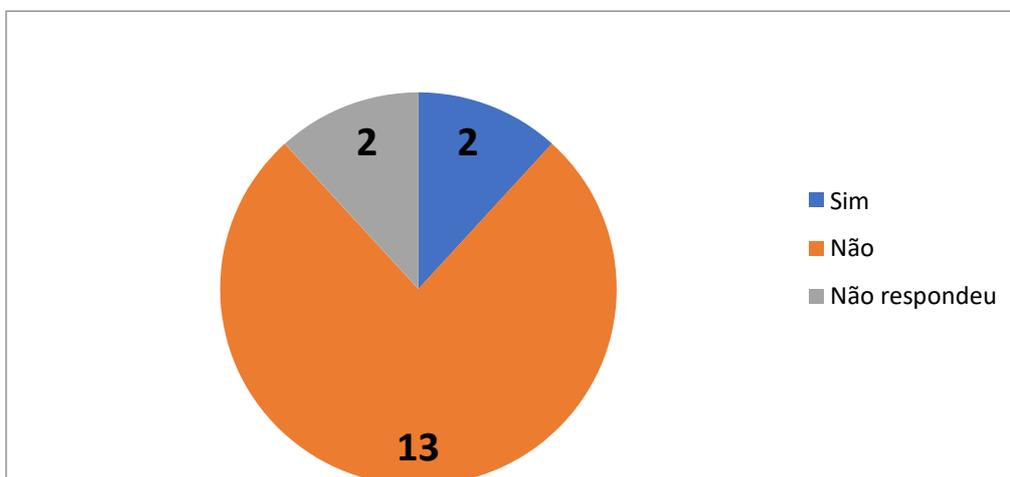


Gráfico 10 – Reestruturação do ambiente de trabalho para evitar aglomeração.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Veamos o relato a seguir a respeito das condições de trabalho durante a pandemia de Covid-19:

Não, dormitório não, que a gente chama de Estar, né a gente tem um que é para equipe multi. Então assim, são equipes muito grandes que a gente divide aquele espaço ali o tempo todo, não teve nenhuma divisão. No refeitório, eles procuraram separar as mesas e tal, pediram para a gente reduzir a questão do horário de almoço, assim, colocar, o coordenador teve que redividir os horários para não ir todo mundo num horário só, eles buscaram fazer isso para não ter fila. Mas, foi a única questão que eles tentaram melhorar, mas os dormitórios não! (Assistente Social 6).

Na pesquisa, também questionamos aos(às) assistentes sociais se houve estruturação da escala da equipe para evitar aglomeração e se houve higienização adequada do ambiente de trabalho no SUS:

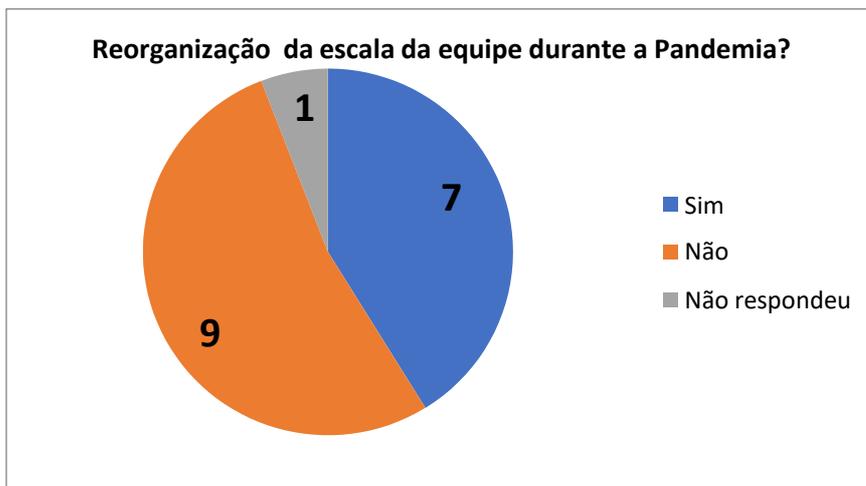


Gráfico 11 – Reorganização da escala da equipe de Serviço Social durante a pandemia.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

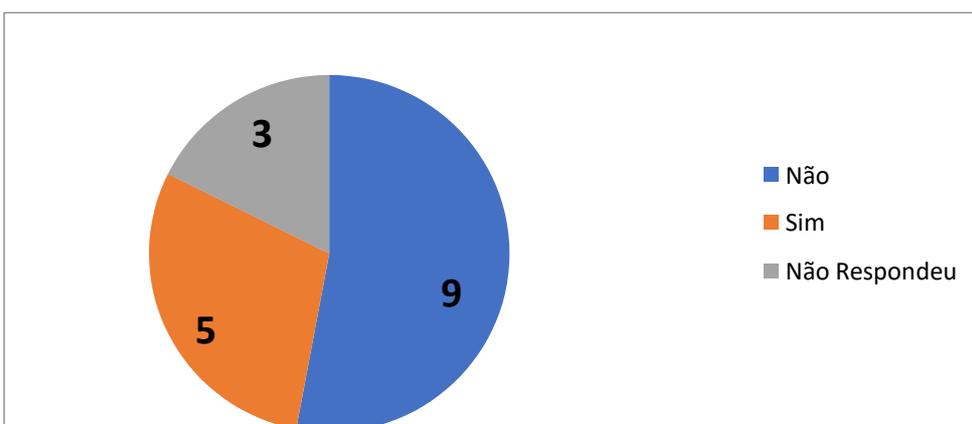


Gráfico 12 – Higienização do ambiente de trabalho.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Outros 9 assistentes sociais relatam que não tinham ambientes de trabalho higienizados com regularidade, 5 relatam higienização correta no trabalho, e 3 não responderam tal pergunta. Em relação à reorganização da escala da equipe para garantir menor exposição ao vírus para os(as) assistentes sociais, apenas 7 profissionais tiveram mudança de escala, e 9 não tiveram reorganização de escala. Ainda 1 assistente social não respondeu essa questão. Vejamos o relato sobre a necessidade de reorganização da escala de trabalho.

Então, a pandemia foi um período adoecedor né, em todos os sentidos porque a minha equipe a gente teve bastante pessoas infectadas pela covid né e contaminadas, inclusive eu fui uma delas, inclusive eu estou com sequelas e até hoje, eu não sinto cheiro mais nem gosto. Estou há um ano aí com esse tratamento no otorrino né. A minha equipe a gente, assim, foi um período adoecedor em todos os sentidos, mental, foi uma, foi, foi um início, foi um momento muito desgastante

também porque a gente precisou mudar a nossa rotina de trabalho, a gente precisou mudar vários processos de trabalho para adequar a esse momento da pandemia para poder também proteger a nossa própria equipe né, a gente mexeu na nossa escala de trabalho, eu e a chefia, a minha colega né a chefe do serviço social, nós sentamos e aí a gente decidiu diminuir é, a, fazer uma escala de trabalho diminuindo a ida desses profissionais, a gente teve autonomia pra isso. Então, bem nos primórdios né, bem no início da pandemia até acho que agosto e setembro, onde tudo estava muito, é, assim muito intenso, a equipe ia lá uma vez né, a gente fez uma escala para a gente proteger também esse profissional visto que não tinha equipamento de proteção individual para todo mundo. (Assistente Social 15 – Hospital federal).

Para enfrentar os incontáveis impactos da pandemia no exercício profissional, os(as) assistentes sociais brasileiros(as) receberam orientações gerais do Conjunto CFESS/CRESS. Entre os documentos publicados (CFESS, 2020a), foram identificadas 03 (três) Resoluções; 01 (uma) Orientação Normativa; 02 (duas) Notas e 01 (um) Parecer Jurídico sobre questões envolvendo o exercício profissional de assistentes sociais na atual conjuntura.

Na manifestação publicada no dia 23 de março de 2020 (CFESS, 2020b) e amplamente divulgada entre assistentes sociais, o Conselho Federal orientou os(as) profissionais a negociarem com suas chefias a possibilidade de revezamento, escalas, suspensão ou manutenção de atividades e sobre a forma mais adequada de atendimento em cada situação, na perspectiva de obedecer às orientações sanitárias e proteger a saúde do profissional e do usuário.

Essas orientações, embora sejam pertinentes, levantam algumas questões que entrelaçam o contexto pandêmico com as exigências do mundo do trabalho: se os(as) assistentes sociais têm abertura para negociar com suas chefias principalmente os de vínculo mais precarizado; se há equipes suficientes para implementar escalonamento; os desafios de lidar com o medo da contaminação atreladas com as dificuldades enfrentadas pelos usuários com as necessidades de fechamento ou redução do potencial dos serviços sociais e as condições físicas historicamente precarizadas no contexto sanitário que exige um espaço com melhores condições de distanciamento, ventilação, sigilo, entre outros. Nos relatos a seguir, verificamos alguns desafios enfrentados pelos(as) assistentes sociais entrevistados:

A pandemia estourou em março, né. E, aí, quando ela estourou, a gente acabou sabendo pela televisão que o hospital era, ia se tornar referência, aliás, ia se tornar não, estava sendo eleito pelo Ministério da Saúde como referência no tratamento da Covid. Então, foi meio que no improviso, né. A gente ficou sabendo, a gente estava, os funcionários assistindo televisão, souberam que o hospital era a referência da Covid e, aí, quando a gente recebe essa informação, começa todo mundo meio que correr para confirmar realmente informação se a gente era ou não a referência da Covid. E, é curioso porque a gente começou a receber ligação de outros Estados perguntando de como é que a gente estava fazendo o trabalho de preparação para o atendimento da covid, quando a gente nem sabia que a gente era, quando a gente estava sabendo que a gente era referência naquele momento. Então, a gente meio que teve que ser organizar como avião já voando, né. E, aí, a gente não teve um treinamento muito específico no serviço social, a gente não chegou a ter.” (Assistente Social 5 – estatutário – Hospital federal).

E acho que a questão do espaço físico assim, as nossas salas, a gente teve duas salas, a gente mudou de sala, né durante a pandemia a gente foi para uma sala maior, mas é uma sala que não tem ventilação, a gente não tem janela nenhuma, a gente fica dentro de um quadrado, então assim a questão de sigilo ficou muito prejudicada porque a gente não tem ventilação na nossa sala, a gente não consegue atender as pessoas de porta fechada, mas a gente consegue atender as pessoas na nossa sala. No início da pandemia, na nossa sala anterior, a gente tinha uma porta que ela abria metade da porta em cima, então a gente deixava a porta fechada e atendia a pessoa do lado de fora da sala, a gente ficava dentro e a pessoa ficava ali naquela portinha e, ali, a gente conversava, orientava, né, fazia entrevista social e a pessoa não chegava entrar na nossa sala. E, hoje, a gente faz assim, a gente coloca uma cadeirinha na porta meio fora e meio dentro, as pessoas sempre querem chegar e a gente tem que pedir “Olha, só senta na cadeirinha para a gente manter uma distância”, aí você acaba tendo que falar mais alto, a porta esta sempre aberta. É bem complicado isso assim, eu acho que o que mais ficou comprometido foi realmente o sigilo e essa questão de estabelecer o vínculo mesmo com o paciente. (Assistente Social 7).

O cenário imposto já era de escassez e dificuldades para atender mantendo o sigilo profissional, cumprindo os requisitos de celeridade que geralmente hospitais que possuem urgência e emergência impõem. Uma questão muito importante levantada no relato acima foi o da falta de treinamento e orientação aos próprios trabalhadores do SUS que iniciaram o trabalho em unidades de referência no atendimento à Covid-19 sem a preparação adequada.

A não oferta por parte dos empregadores de capacitações necessárias para a atuação gera insegurança e maior exposição para o profissional, tornando responsabilidade individual o aprimoramento de suas ações. Assim, profissionais acabam por estudar fora do horário de trabalho, comprometendo o tempo que seria dedicado à sua vida pessoal e, até mesmo, gasto financeiro para o acesso a

novos conhecimentos, além da desresponsabilização das instituições em promover a educação continuada.

Como já foi relatado neste trabalho, a maioria dos(as) assistentes sociais que entrevistamos relatam que as equipes já possuem quantidade insuficiente de assistentes sociais. Todavia, durante a pandemia, o reflexo dessa precarização se radicalizou refletindo o modo como a saúde tem sido gerida no País, marcada pela escassez, grandes filas, estrutura improvisada e tentativa de promoção de saúde universal em um cenário econômico e político desfinanciamento das políticas públicas.

Os impactos da pandemia na saúde e desgaste mental de usuários, familiares e profissionais se configuram um problema de dimensões ainda não delineadas. Os(as) assistentes sociais atendem casos de usuários que perderam mais de um membro da família, pessoas que eram centros de gravidade em seus espaços de convivência que partiram jovens, sem compor os grupos de risco determinados pelas autoridades sanitárias. Os profissionais se colocam ao trabalho diariamente convivendo com esse panorama do usuário e seus próprios dilemas pessoais e familiares acentuados pela pandemia.

Aqui, é preciso indicar o profissional da saúde como um trabalhador que sofre com as pressões, limites e problemáticas que atingem o conjunto da classe trabalhadora. O(a) assistente social inserido(a) em relações de compra e venda da força de trabalho no SUS é um dos tantos outros que não tiveram a oportunidade de parar diante dos cenários de *lockdown* por operar serviço essencial, mas testemunha o sofrimento humano em suas variadas faces nesse contexto. Além disso, vivencia a preocupação da possibilidade de ser um vetor de transmissão do vírus para seus familiares.

Na entrevista que realizamos, houve 11 assistentes sociais que relataram que adoeceram durante a pandemia de Covid-19, 5 relatam que não adoeceram, e 1 profissional não respondeu. Houve relatos dos(as) assistentes sociais sobre as dificuldades e os desafios da relação com os seus familiares conviventes na mesma casa durante a pandemia diante da alta exposição que o trabalho impunha aprofundada pelas condições precárias de trabalho (inclusive dificuldade no

acesso a EPI) e a dificuldade de distanciamento físico entre os familiares. Todos(as) os(as) assistentes sociais relataram sobre a impossibilidade de manter distanciamento físico entre familiar em que residiam no mesmo domicílio. Seguem os relatos:

Logo no início da pandemia, eu fui contaminado pela Covid. Foi um período bem apavorante, a minha companheira também chegou a apresentar os sintomas e foi punk, é, foi bem difícil. Não cheguei a ser internado, mas a gente chegou a ter um momento em que estavam os dois com sintomas em casa com um filho pequeno e a gente, sem muita informação porque era início da pandemia, torcendo para a gente sobreviver e continuar aí cuidando do pequenininho. (Assistente Social 5 – Hospital federal – Estatutário).

A gente tinha muito medo, sim a gente tinha muito medo de se contaminar, eu moro com a minha irmã e meu irmão, a minha mãe logo tomou a vacina porque ela é enfermeira, ela trabalha, então tomou muito antes de mim, mas mesmo assim, tem o meu namorado que não é da área da saúde, não tem nada a ver, ele também ficava bem preocupado, ele também tem uma mãe idosa, também ficava preocupada com a mãe dele. Eu fiquei sem ver meu pai, eu fiquei sem ver o meu pai há um ano, mais de um ano e aí o meu pai faleceu, eu estava sem ver o meu pai por conta da pandemia porque o meu pai tinha uma pneumotórax, eu morria de medo de pegar e encontrar com ele. Só que aí, eu peguei, ele pegou na mesma época que eu, eu não morava com ele não, ele morava em maricá. Por incrível que pareça, uma coincidência, ele começou os sintomas no mesmo que eu, a gente não se encontrou e ele faleceu, e eu estava sem ver o meu pai, há mais de um ano, e eu, né reserva-lo né, o medo de, de, contaminá-lo, é e foi isso, justamente na semana que a gente ia se encontrar, ele adoeceu, a gente não se encontrou, ele faleceu, e ele faleceu de Covid. (Assistente Social 20 – Hospital estadual – CLT).

Eu, por vezes, por exemplo, fui dormir na sala porque eu achei que eu estava com falta de ar, sabe, uma coisa muito louca, eu achei que estava. Dá uma impactada até assim psicológica. Mas, assim, eu tive muito cuidado com a questão sanitária que é o que as pessoas têm que ter. Eu não circulava por outros lugares, eu realmente, meus pais não saiam, meu filho fazia aula online, ele só voltou agora em abril. É, então, assim, a gente sempre teve muito cuidado para as pessoas não irem na minha casa. Então, de alguma forma, todos os outros critérios eu adotei para que a gente não tivesse nenhum problema, entendeu? Mas é um, uma tensão!” (Assistente Social 3 – Hospital Municipal – estatutária).

O medo existiu, não vou dizer que não, hoje eu não tenho, mas o medo existiu e muito, muito mesmo, aquelas precauções de chegar em casa e tirar a roupa do lado de fora, com medo mandei a minha filha vir para o rio de janeiro ficar aqui, com medo de passar para ela porque ela é cardíaca. Então, foi um período muito difícil para mim, não com medo da morte, mas de infectar alguém e essa pessoa acabar vindo a óbito, entendeu? (Assistente Social 18).

Considera-se que a sobrecarga emocional dos profissionais de saúde da linha de frente possa ser potencializada pelo medo da contaminação aos familiares, diante do contato rotineiro que os profissionais de saúde possuem com

usuários com suspeita e/ou confirmação de Covid-19. A precarização do trabalho se reflete sobre a dinâmica familiar principalmente daqueles que conviviam em casa com pessoas do grupo de risco (idosos, pessoas com deficiência ou comorbidades) ou mesmo que tinham crianças sob seus cuidados, gerando uma carga mental redobrada entre os quais a preocupação e o medo, especialmente pelo fato de a doença ser desconhecida.

Além disso, havia receio de que o profissional da saúde se contaminasse durante o trabalho ou trouxesse o vírus para o domicílio e, por conseguinte, contaminasse as demais pessoas da família. Isso significa mais horas trabalhadas em serviços domésticos e cuidados de familiares, após o encerramento do expediente no trabalho remunerado que já vinha com sobrecarga de desgaste mental e emocional devido a segurança sanitária exigida.

O medo da contaminação e da morte iminente acompanharam o cotidiano dos trabalhadores da saúde diante da pandemia de Covid-19 somado às perdas dos direitos trabalhistas, terceirizações, salários baixos, gastos extras com compras de EPIs e, até mesmo, com transporte alternativo para conseguir ir trabalhar.

Na entrevista que realizamos com os(as) assistentes sociais evidenciou que 9 profissionais relatam que tiveram dificuldades de se transportar até o trabalho durante o período da pandemia de Covid-19 seja pela superlotação ou escassez de transporte público no período que levou a migrarem para veículo particular ou transporte pelo aplicativo que são opções mais encarecidas (outros 5 não relataram dificuldade e 3 profissionais não responderam).

A última vez que eu voltei de ônibus do Hospital foi bastante traumatizante que ainda era naquele início e todo mundo com muito medo, então as pessoas tentavam não ficar sentar ao lado das outras, aí entrou duas moças no ônibus falando pelos cotovelos, aí duzentos lugares, elas encostaram do meu lado, aí eu sai, ah, nossa a moça começou a gritar, aí que ela gritava mais ainda “Eu não sou doente!”, não sei o que, e aí gritando eu só pensando “Mas vou te com..”, eu já não sabia para onde eu ir. Cheguei e falei assim “Olha, não sei o que vai ser”, porque é um gasto absurdo, mas eu não vou mais de ônibus não tem condição. Então assim, nem de ônibus mais eu vou aí consegui uma pessoa super gente boa, que não faz um preço cheio né, claro, faz um preço super camarada porque também ficou numa situação difícil durante a pandemia, então meio que rolou um a solidariedade, ele me ajudando e eu ajudando ele porque ficou sem cliente nenhum né durante meses porque as pessoas não rodavam na cidade de táxi porque quem rodava, obrigatoriamente, era a classe trabalhadora mais pauperizada que ficou nos ônibus lotados, quebrados, sujos né, como está até hoje né, metro, trem, pessoas que tem

um poder aquisitivo melhor que rodam no táxi não rodavam nos primeiros meses, nos primeiros seis e sete meses, ficou muito ruim. (Assistente Social 19 – Hospital estadual – estatutária).

Porque além dessa dificuldade, né de ônibus, o ônibus que eu pegava já era um ônibus absurdamente cheio e ele me levava. Aí, como eu trabalho bem perto eu optei por começar a usar o Uber porque para eu pegar um ônibus, além de ser difícil, eu ia ter que acordar muito cedo porque diminui a quantidade de ônibus, enfim, e se arriscar dentro dos ônibus, como era, né no início, hoje acho que nem tanto, hoje eu acho que deu uma normalizada. Mas, aí eu optei por, pelo Uber e eu acabei ficando porque pra mim é mais cômodo, eu consigo sair de casa mais tarde, eu chego em casa muito mais rápido, porque apesar de eu morar perto é mega contramão, eu tenho que pegar dois ônibus e ainda tenho que andar mais 10 minutos para chegar no hospital. Então, assim, eu optei pelo Uber por conta da pandemia (Assistente Social 7 – Fundação Saúde).

Dessa forma, a pesquisa reafirmou a precariedade das condições de trabalho do(a) assistente social demonstrando alto impacto nas suas próprias condições de vida e de trabalho e a todo o contexto pandêmico. A precarização do trabalho em saúde na sociedade brasileira acirrada nas últimas décadas, como o aumento de contratos temporários, perdas de direitos trabalhistas, a sobrecarga das atividades, condições de trabalho precárias, dentre outros, somou-se com as particularidades da pandemia de Covid-19 que expôs ainda mais o desfinanciamento do SUS e a precarização dos seus trabalhadores.

Neste contexto, assistentes sociais vivenciaram as ausências de equipamentos de proteção individual, intensificação do trabalho com aumento de demandas com maior desgaste físico, intelectual (inclusive tendo de buscar capacitação por conta própria para lidar com a pandemia) e emocional, medo de contaminação pelo vírus e desgaste mental com preocupações com a segurança de familiares e reorganização da dinâmica familiar diante da iminência do contágio.

4.5. Precarização da vida dos(as) assistentes sociais que trabalham no SUS do RJ

De acordo com Alves (2016), a precarização do trabalho possui implicações nas condições de existência social do trabalho vivo que o autor denomina de precarização existencial do trabalho vivo. No modo de produção capitalista sob a regulação neoliberal, o mercado impõe suas regras na alocação e forma de

consumo da força de trabalho, explicitando o processo estrutural de precarização do trabalho que envolve o desemprego de massa, subemprego, insegurança de vínculo, perdas de direitos e estabilidade trabalhista e demais especificidades na precariedade salarial.

Em suma, compreende-se que a precarização do trabalho se estende ainda para as demais relações sociais, pessoais, familiares, para além daquelas estabelecidas pelo espaço de assalariamento do qual a relação entre a precarização salarial e a precarização existencial tem seus desdobramentos, facetas mais ríspidas na precarização do trabalhador.

No mundo capitalista contemporâneo em constante movimento e transformação, os rebatimentos dos processos de precarização no mundo do trabalho estão cada vez mais presentes na vida cotidiana de trabalhadores, aqui em destaque os(as) assistentes sociais. A fim de ampliar o debate sobre esses importantes conceitos que reverberam na vida dos trabalhadores causando inclusive sofrimento das mais diversas ordens, nesta seção aborda-se aspectos inerentes à precarização existencial de assistentes sociais sujeitos da nossa pesquisa.

De acordo com Giovanni Alves (2013), a precarização do trabalho se estende para além do espaço laborativo, em uma relação entre a precarização estrutural e a precarização existencial. Esta caracteriza-se pela precarização das relações de existência, que repercute no plano da reprodução social, em outros campos da vida pessoal, é um modo de existência que degrada a vida do trabalho, como na mobilidade urbana, o trânsito (no qual o tempo de trabalho se estende para além do contrato formal, por conta do grande período de deslocamento) também como do não acesso aos espaços de lazer, principalmente nas grandes cidades como é o caso do Rio de Janeiro.

Por exemplo, na entrevista que realizamos com os(as) assistentes sociais que trabalham no SUS no Rio de Janeiro, 9 profissionais levam mais de 1 hora para chegar até o local de trabalho, ou seja, no mínimo 2 horas de deslocamento considerando o retorno. Muitos para facilitar ou diminuir o tempo de

deslocamento miraram para transporte particular, Uber ou táxi aumentando o custo com o transporte. Observemos os gráficos abaixo:



Gráfico 13 – Tempo de deslocamento para o trabalho.
Fonte: Elaboração própria, 2022.



Gráfico 14 – Forma de deslocamento para o trabalho
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Tal realidade também se relaciona intrinsecamente ao modo de vida das pessoas, em que a precarização existencial se manifesta no dia a dia, isto é, refere-se à forma como as pessoas organizam o seu tempo entre trabalho, divertimento, vida social, em família e, até mesmo, referente à maneira como consomem e o que consomem, o que traz consequências, impactos em particular para cada um, com condições de vida cada vez mais precárias.

Dessa forma, identifica-se como primordial compreender a precarização para além do espaço de trabalho e do aspecto salarial, ou seja, para aquela precarização que rebate, repercute diretamente na vida das pessoas, a precarização existencial

A lógica do *just-in-time*, quando aplicada no próprio modo de vida do sujeito, implica uma maior carga de pressão no trabalhador, tendo em vista que ele opera o fenômeno da vida reduzida temos utilizado por Giovanni Alves (2013), que significa a vida veloz, sinalizada, enxuta, capturada e invertida. A vida reduzida é veloz, na medida em que a produção em rede, típica da gestão toyotista, traz como consequência não apenas a valorização do capital, mas reverbera também no aumento da velocidade do cotidiano de vida dos trabalhadores. É sinalizada, já que a comunicação numa sociedade midiática formada por redes é realizada por meio de sinais capazes de manipular a subjetividade do trabalho não só no plano da produção, como também no plano da vida cotidiana.

Também se mostra capturada, já que é intensamente manipulada nas mais diversas esferas da vida social, afetando a própria subjetividade assim como mostra-se enxuta, visto que o tempo de vida é reduzido às atividades necessárias à carreira profissional, ocasionando um pragmatismo existencial em que as requisições do trabalho entranhado invadem o tempo livre e reduzem a relação com amigos e familiares.

Além disso, a precarização torna a vida é invertida, na medida em que o tempo futuro reduz-se ao tempo presente, no sentido em que, nas condições de precariedade salarial, há uma dificuldade de passagem para a vida adulta em termos da ideologia capitalista, que representa um emprego com carreira profissional, família como realização pessoal e consumo como prazer e poder, pois a internalização dos valores neoliberais como próprios do sujeito, o consentimento condicionado para manipulação de seus desejos, prioridades e afetos, o alheamento político, a indiferença social e a necessidade pela exploração constituindo evidências da precariedade existencial. Naturalmente, esse anseio pelo poder se realiza por meio do consumo nem sempre consciente ou socialmente

responsável. A posse material passa a encarnar a simbologia de sucesso e realização pessoal.

A lógica do *just-in-time*, quando aplicada no próprio modo de vida do sujeito, implica uma maior carga de pressão na vida do trabalhador, tendo em vista que ele opera o fenômeno da vida reduzida.

Para o precariado, que, nesta concepção de Alves (2013), é composto por profissionais com níveis maiores de escolaridade, qualificação, transforma-se em um elemento bastante considerável, pois atinge diretamente o sentido do trabalho para o sujeito da atividade laboral ao afetar assim a subjetividade do trabalhador, que podem ainda se caracterizar em desgastes, frustração e adoecimento. Caracteriza-se em um processo que se espraia para outros campos da vida, inclusive para além do trabalho afetando as demais relações sociais.

Na entrevista que realizamos, podemos verificar esse aspecto geracional de expectativa de mobilidade social pela maior escolarização. Ao serem perguntados sobre a escolaridade e profissão dos pais, observa-se que apenas 8 assistentes sociais tinham pelo menos um dos pais que concluíram o ensino superior tendo profissões de nível superior. Observemos os gráficos abaixo:

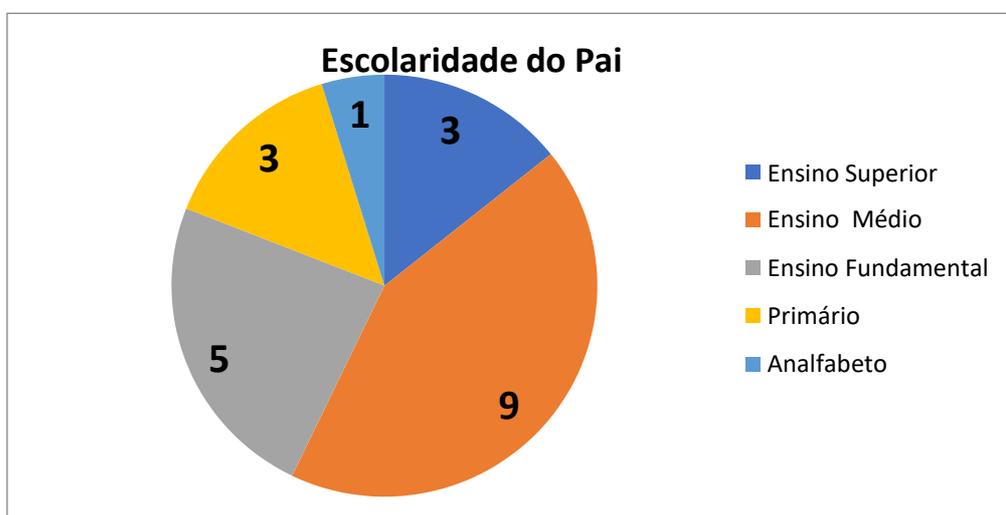


Gráfico 15 –Escolaridade do pai.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

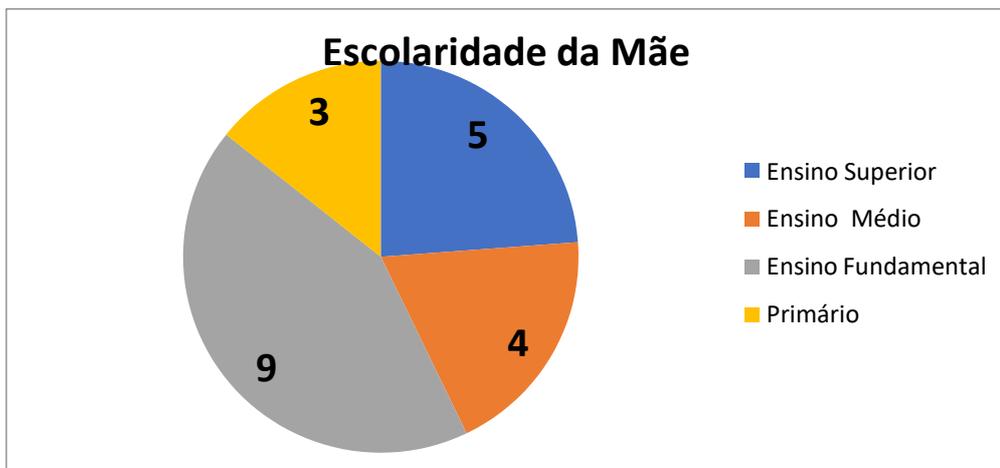


Gráfico 16 – Escolaridade da mãe.
Fonte: Elaboração própria, 2022.



Gráfico 17 – Profissão do pai.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

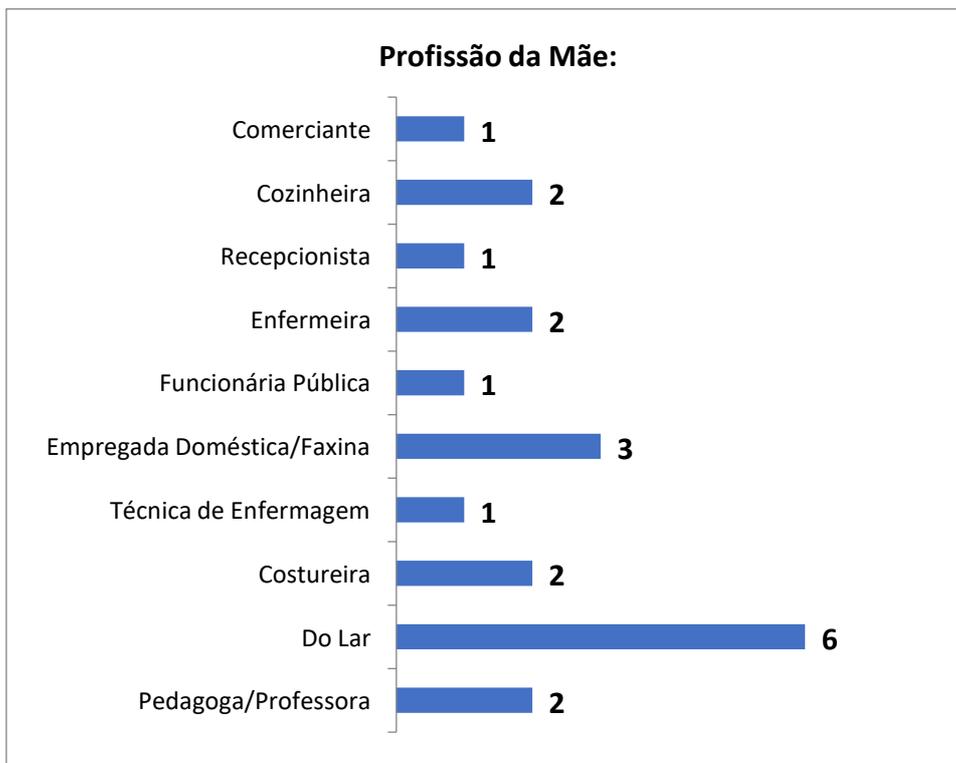


Gráfico 18 – Profissão da mãe.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

Podemos verificar que a maioria dos(as) assistentes sociais entrevistados fizeram parte da geração que fez o ensino superior que os pais não fizeram. Lembrando que dos profissionais entrevistados a maioria possui pós-graduação: 13 possuem especialização, 6 fizeram residência multiprofissional e 5 possuem mestrado acadêmico.

Conforme Alves (2013), o precariado caracteriza-se por ser essa camada de trabalhadores jovens-adultos altamente escolarizados que tende a cultivar um ethos de “classe média” baseado nos anseios de ascensão social por meio da carreira profissional e desejo de consumo. Entretanto, a insegurança do atual mundo do trabalho precarizado acaba por atingir esse sonho de ascensão social por meio da alta escolarização, do trabalho e na busca por realização profissional baseada por anos de estudos a fio. A realidade os coloca, no entanto, em uma conjuntura de precarização em que estão em constante competição e insegurança.

Relembra-se o perfil dos participantes que, na pesquisa que realizamos, sobre a idade dos(as) assistentes sociais entrevistados, há 1 participante da pesquisa com idade entre 25 a 29 anos, 6 participantes com idade entre 30 a 34

anos, 2 participantes com idade entre 35 a 39 anos, 6 participantes com idade entre 40 a 44 anos, ainda tem-se 1 assistente social com idade entre 45 a 49 anos e 3 profissionais com idade entre 50 a 54 anos. Percebe-se que entre os 6 estatutários entrevistados, 5 são da faixa de idade entre 40 a 54 anos com média de idade maior em relação a outros tipos de vínculo.

Dentre os(as) assistentes sociais entrevistados, todos possuem ao menos mais de 5 anos de formação na área: 2 assistentes sociais formaram-se na década de 1990, 5 assistentes sociais formaram-se entre 2000 a 2005, 3 assistentes sociais formaram-se entre 2006 a 2011 e ainda 10 dos entrevistados concluíram a graduação em Serviço Social entre 2012 a 2017. A maioria (13 assistentes sociais) se formou em Universidade Pública (10 formaram-se em universidade pública federal e 3 formaram-se em universidade estadual) e outros 8 se formaram em Instituições privadas, sendo 1 assistente social formada no Ensino à Distância.

Na análise de Alves (2013), é importante ainda destacar que a nova dinâmica do mercado de trabalho no Brasil na década de 2000 faz com que um contingente de jovens altamente escolarizados fique desempregado ou inserido em relações salariais precárias, tendo em vista a degradação do estatuto salarial. O Precariado que conforme o autor emergiu principalmente a partir da década de 1980, como camada da classe do proletariado contemporâneo, que teve o acirramento das contradições, duas décadas depois com o choque do capitalismo (crise) no período neodesenvolvimentista.

Identifica-se, assim, que os trabalhadores mesmo com níveis maiores de escolaridade maior verificam o aumento exacerbado da concorrência por uma vaga de emprego, o que corrobora com a sociabilidade burguesa, com o individualismo, egoísmo, e ainda com salários mais baixos (menos que expectativa esperada) com contratos precários, como terceirizações, subcontratações, entre outros.

Compreende-se o rebatimento dessa condição de precariado também aos profissionais assistentes sociais. Como trabalhadores de nível superior, em alguns casos com especialização, pós-graduação *stricto sensu* que se encontram em

situação de desemprego ou com dificuldades de inserção no mercado de trabalho de forma estável.

O autor também destaca que esses anseios de ascensão social por vezes dificultam os processos de consciência, resistência, em que o entendimento de classe em si, para si e para além de si é fundamental, pois torna-se algo do campo particular dos sujeitos, a ser resolvido na esfera individual e imediata. Perde-se a dimensão coletiva das demandas, que ficam para outros planos (para depois) também a perspectiva das microrrevoluções, dos processos emancipatórios ao encontro de outras formas de sociabilidade. Os dados que já apresentamos anteriormente nesta pesquisa empírica mostram que os(as) assistentes sociais inseridos no SUS também estão com dificuldades em participar da vida política coletiva por meio dos sindicatos e dos movimentos sociais.

Outro aspecto que evidencia a precarização existencial dos(as) assistentes sociais é invasão do tempo do trabalho sobre a vida social e familiar ainda mais quando consideramos o lugar do gênero na exploração das mulheres trabalhadoras. Na pesquisa que realizamos, a maioria dos entrevistados é do gênero feminino, sendo 20 mulheres e somente 1 homem. Dentre os participantes 11 consideram-se negros (8 pretos e 3 pardos) e 10 consideram-se brancos.

Quando perguntadas se há familiares idosos, adoecidos, crianças ou adolescentes sob seu cuidado 12 assistentes sociais da pesquisa responderam que sim e destas 7 compartilha a responsabilidade do cuidado com outra pessoa adulta. Dos entrevistados 11 possuem filhos, 7 são solteiras, 9 estão casadas, 2 estão divorciadas e 3 estão em união consensual. Sobre a composição familiar, 2 assistentes sociais moram sozinhas, têm composição familiar formada por 2 pessoas, 9 profissionais possuem composição formada por 3 pessoas e 4 que são formadas por 4 pessoas na família.

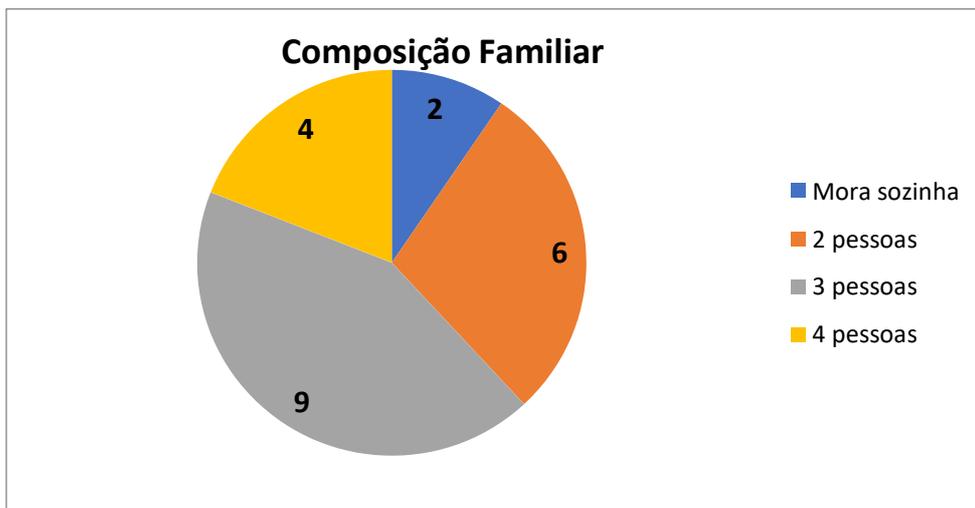


Gráfico 19 – Composição familiar.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

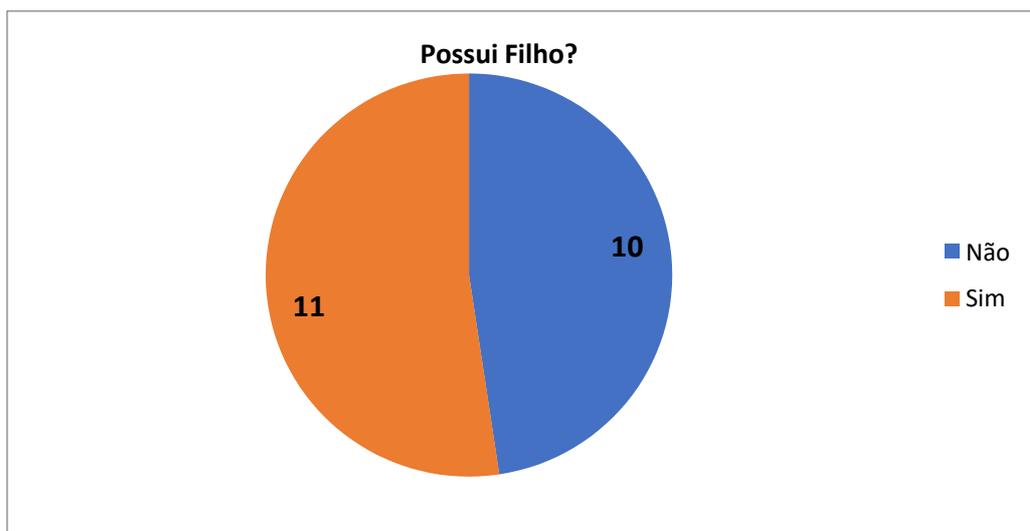


Gráfico 20 – Possui filho.
Fonte: Elaboração própria, 2022.

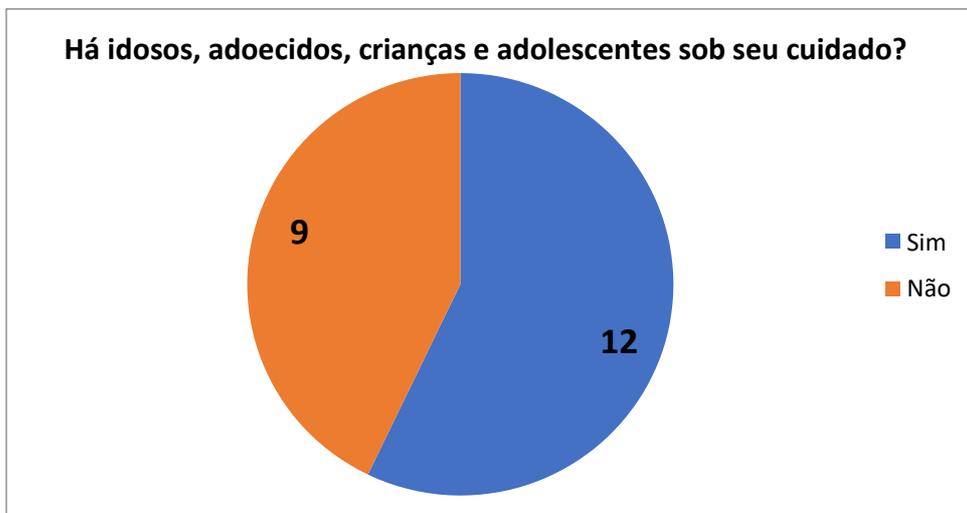


Gráfico 21 – Há pessoas em âmbito familiar sob seu cuidado?
 Fonte: Elaboração própria, 2022.

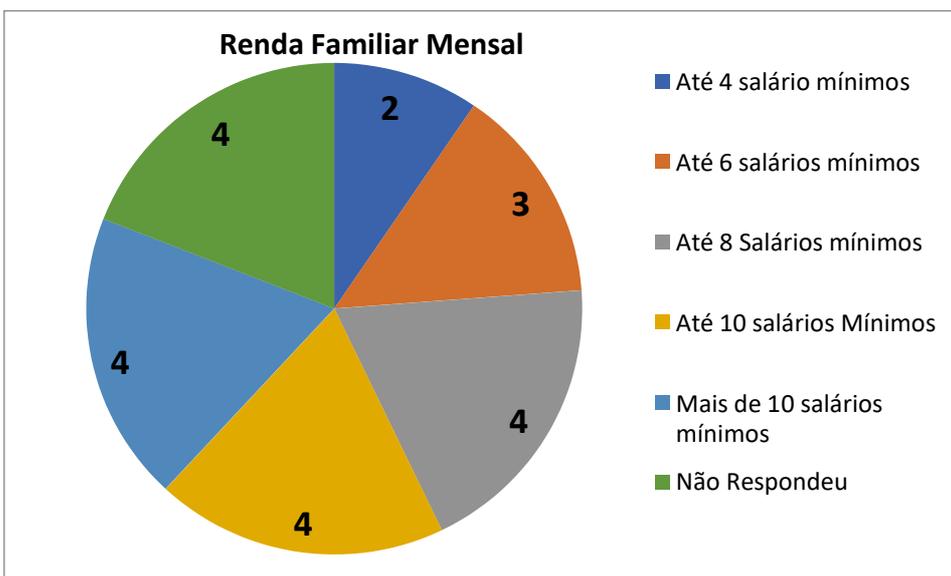


Gráfico 22 – Renda familiar mensal.
 Fonte: Elaboração própria, 2022.

Podemos observar que assistentes sociais entrevistadas são em sua maioria mulheres de uma geração altamente escolarizada e que estão inseridas no trabalho no SUS condições de precarização e intensificação do trabalho com grande desgaste mental e emocional e vivenciam o pluriemprego e maioria com carga horária semanal acima de 40 horas semanais. Além disso, são mulheres trabalhadoras que exercem o cuidado com filhos ou outros familiares neste contexto de precarização existencial, em que há invasão do tempo de trabalho

sobre o tempo livre e sobre a vida social e familiar, as condições de dupla jornada se mostram com ainda mais sobrecarga.

Perguntamos aos(as) assistentes sociais se o trabalho repercute sobre sua vida social, pessoal ou familiar e todos(as) responderam que sim. Vejamos alguns relatos dos(as) assistentes sociais sobre a repercussão do seu trabalho sobre a dinâmica da vida:

Acaba prejudicando um pouco essa parte de relacionamento, família pela questão da falta de tempo, no meu caso em específico. Se eu fosse somente da assistência ou da saúde, talvez não me sobrecarregaria tanto, mas nesse momento estando em dois vínculos até porque a questão da, da, do salário em si né, porque a gente tem que ter dois ou três empregos? Porque com um a gente não consegue dar conta, arcar né com as nossas despesas, então faz com que a gente realmente precise estar buscando um outro vínculo como foi o meu caso, eu estava só na assistência, a gente já não tem reajuste há uns três ou quatro anos, não me recordo, só sei que os salários estão congelados e aí nos leva a procurar mais um vínculo que vai nos deixando desgastada e acaba ficando afetando nesse sentido de não ter tempo de curtir a família, um lazer, um passeio. Nesse sentido repercute negativamente sim, mas devido a essa necessidade de não conseguir com apenas um manter a nossa família por isso que eu busquei mais um vínculo que foi a oportunidade que veio na saúde, mas essa questão financeira também e o que pesa bastante para a gente entrar aí nessa loucura aí de se dividir em dois ou três.” (Assistente Social 21 – Hospital federal – Contrato temporário Ministério da Saúde).

Então, o trabalho, eu acho que o impacto, eu não vejo impacto negativo não, eu, eu, eu até vejo um impacto negativo nesses últimos anos, engraçado né que deveria ser o contrário porque você é estável e tudo mais, mas você vai chegando numa faixa etária que isso é importante, é importante, mas a qualidade de vida também é muito importante né. Então, lá no início eu não via um impacto negativo desse acúmulo de estar na saúde, obvio que eu ia percebendo que eu estava muito cansada, que eu estava me alimentando mal, mas assim ao mesmo tempo foram os anos que eu mais viajei, que eu mais pude curtir, que eu mais pude me divertir, que eu mais aprendi, convivi com tanta gente que eu acho que todo o atendimento é um aprendizado [...].

Hoje então eu acho que está meio no piloto automático, indo, porque os ataques assim ao Estado do Rio, principalmente, é uma coisa assim avassaladora assim, você vê um servidor público buscando cesta básica nos lugares. Eu fiquei muito, eu acho que eu fiquei nessa crise do Estado assim, mais mal da situação do que eu reconheço, nessa situação toda eu reconheço o meu privilégio de, do meu companheiro não ser um funcionário do estado, então ele ter o salário dele preservado, então eu acho que mexeu mais na minha autoestima, pela minha independência financeira e tudo mais. Mas eu vi colegas eu os dois eram funcionários do Estado, pessoas que a gente teve que ajudar assim, então eu acho que, eu acho que os últimos anos, anos de estabilidade foram mais difíceis do que os anos de acúmulo, de perrengue, de emergência e de tudo mais. Então, se você for pensar assim “Ah, o que te afetou mais?”, eu acho que esses últimos anos afetaram muito mais a ponto de eu falar “Não, eu tenho que fazer um, eu tenho que buscar uma atividade física, eu tenho que buscar uma qualidade de vida melhor, não está legal,” tá tática, tem sair a cabeça sair um pouco, não pode ser só a UERJ,

não pode ser só o trabalho. (Assistente Social 19 – Hospital Universitário – Estatutária).

Olha, impactou porque eu comecei a trabalhar muito porque eu peguei dois vínculos, então eu tive que contratar uma pessoa e essa pessoa, graças a Deus, é minha amiga, foi morar na minha casa para poder ficar com a minha filha porque eu tenho uma filha especial. Então, essa pessoa teve que ficar mesmo, ela que é meus braços, as minhas pernas, ela que lava, passa, cozinha para mim, toma conta da minha filha, toma conta mim, me ajuda a organizar o meu dia a dia, a minha semana, o que que eu tenho que preparar alimentação, o que eu preciso levar, então eu tive que ter uma outra pessoa dentro da minha casa para eu poder dar conta disso. Agora, eu só não deixei muito a minha vida social porque eu sou maluca, se eu chegar agora e amanhã eu vou trabalhar, mas se tiver uma festinha, se tiver um barzinho bom, eu vou, eu vou porque eu não aceito viver só para o trabalho, trabalho, trabalho, eu chego morta em casa, mas eu saio, minha filha eu me arrumo, eu tomo um banho, solto o “pelão” que agora eu não tenho mais e vou, vou para pagode, vou para tudo quanto é lugar, chego em casa morta, vou trabalhar no outro dia pior ainda, (gargalhada). Mas, feliz porque eu saí porque e vi gente, porque eu fiz amizade, senão eu não fizer isso eu vou morrer, eu vou surtar, eu hem, eu não quero não, então eu faço mesmo!” (Assistente Social 18 – Hospital Federal – contrato temporário Ministério da Saúde).

Eu tento não trazer trabalho para casa né, tento, mas é aquilo, não dá para separar o pessoal e profissional né. Então é, eu coloquei como premissa para mim de também cuidar da minha saúde, então, esse ano por exemplo eu coloquei na minha agenda ali um tempo ali, academia, de eu ir a academia, cuidar porque senão a gente também, a gente não aguenta né, eu falei gente, só não posso ficar só trabalha e pagar boletos né, então eu tento separar assim um pouco isso né, de não trazer muito trabalho para casa. Muitas vezes eu não consigo, mas tem casos que a gente traz, tem algumas situações que a gente fica bem, se envolve né, mas eu tento separar sabe assim, porque eu já tenho uma rotina bem pesada, eu trabalho de emergência. (Assistente Social 15 – Hospital Federal estatutária).

Atualmente fico mais isolada devido ao risco contínuo de contaminação pelo Covid-19 para proteger minha família, de forma pessoal contribuí positivamente para minha carreira e pela condição financeira na qual me dá um retorno em compartilhar nas contas da casa, independência financeira. sobre a vida social, gosto de estar interagindo com a diversidade de profissionais com as quais trabalho e a troca constante de conhecimentos e de vida (Assistente Social 13 – Hospital Estadual –RPA).

Acho que interfere no sentido de cansaço que eu tenho sentido assim, tipo, eu estou me sentido bastante cansada, então talvez eu não tenha, esteja conseguindo dar a atenção adequada aos meus familiares, para o meu namorado e tal, é, mas aí é isso é, a gente é mal remunerado, não pode ter um emprego só né, ter dois, três para poder fazer uma renda é, e aí eu acho que também interfere sim. Fora que dependendo do dia, das situações que a gente lida a gente chega em casa né, tipo, um bagaço, tem dias que eu chego em casa a minha cabeça, nossa! No início eu estava trazendo mais trabalho para casa, mas é, graças a Deus melhorou isso assim, não tenho trazido não, ultimamente não. E teve também teve um agravante, o meu pai faleceu também agora no início de abril e isso me deixou num, estou num desgaste emocional absurdo assim, ainda estou um pouco vivendo o luto e isso tem, obrigada, isso tem me deixado eu acho que mais cansada, depois do envelhecimento dele eu tenho me sentido ainda mais cansada, então ainda tem esse agravante, né. Eu fiquei sem ver meu pai, eu fiquei sem ver o meu pai há um ano,

mais de um ano e aí o meu pai faleceu, ei estava sem ver o meu pai por conta da pandemia porque o meu pai tinha uma pneumotórax, eu morria de medo de pegar e encontrar com ele. Só que aí, eu peguei, ele pegou na mesma época que eu, eu não morava com ele não, ele morava em maricá. Por incrível que pareça, uma coincidência, ele começou os sintomas no mesmo que eu, a gente não se encontrou e ele faleceu, e eu estava sem ver o meu pai, há mais de um ano, e eu, né reservá-lo né, o medo de, de, contaminá-lo, é e foi isso, justamente na semana que a gente ia se encontrar, ele adoeceu, a gente não se encontrou, ele faleceu, e ele faleceu de Covid. E aí é isso né, todo o medo se justifica né, apenas da gente tentar preservar a gente não consegue porque né, é coletivo. Mas sim muito medo, todo mundo com muito medo muito preocupado, é, de contrair, e contrair e de contaminar os seus familiares em casa, né. (Assistente Social 20 – Hospital Estadual – Fundação Saúde primeiro concurso).

Em síntese, pode-se dizer que a precarização existencial afeta todas as atividades cotidianas do homem, impedindo seu convívio familiar e social. Além disso, causa uma frustração do projeto de vida escolhido pelo trabalhador que impossibilita o empregado de se relacionar e de conviver em sociedade por meio de atividades recreativas, afetivas, culturais, sociais e de descanso, que lhe trarão bem-estar físico e psíquico.

Na verdade, é a jornada exaustiva de trabalho que representa afronta aos direitos fundamentais do trabalhador. De igual maneira, a não concessão de férias por um longo período de tempo caracteriza também a configuração de precarização existencial, por retirar do trabalhador esse período de descanso destinado ao lazer e à realização de atividades de sua escolha.

Além disso, o trabalhador passa a ter menos tempo para a convivência com seus familiares e amigos, tempo esse precioso e utilizado para a realização de atividades que promovem o seu bem-estar físico e mental, como participar de confraternizações, ir ao cinema, praticar esportes, participar de atividades acadêmicas e religiosas, entre outros. Já o dano existencial que surge da lesão ao projeto de vida ocorre quando o empregador impede o trabalhador de executar todos seus planos que serão responsáveis pelo seu crescimento profissional, social e pessoal.

Além do sentimento de desapontamento, tem-se um misto de outros sentimentos envolvidos na fala da profissional: culpabilização, sensação de fracasso, tristeza, preocupação, impotência, que corroboram com a precarização existencial, da pessoa humana que trabalha, que podem se desdobrar ainda em

desgaste mental, emocional, adoecimentos. O precariado é um caldo de frustração existencial, profissional, pessoal. No caso dos(as) assistentes sociais, majoritariamente compostos por mulheres, soma-se ainda a dificuldade das mulher trabalhadora que é mãe da inserção e permanência ainda mais precarizada no mercado de trabalho por conta do papel social atribuído ao gênero feminino do cuidado com a família.

O processo de reestruturação produtiva do capital traz no seu bojo a passagem do modo de acumulação fordista/taylorista para o padrão de acumulação baseado nos princípios do toyotismo. Tal processo acentua a raiz da acumulação capitalista, isto é, aprofunda a exploração da classe trabalhadora, pois o trabalho estável cede lugar às formas precarizadas de trabalho configuradas na expansão do trabalho parcial, temporário, terceirizado e informal.

É importante enfatizar que concomitantemente ao processo de reestruturação produtiva na década de 1970, o movimento feminista desenvolvia um novo momento de conscientização de luta pela emancipação da mulher. A essa época, a participação das mulheres nas lutas de classe e na organização política acentuava-se, o enfrentamento ao discurso machista e conservador do papel natural da mulher como mãe e esposa ganhava força, era preciso combater a opressão das mulheres, reivindicando por sua emancipação econômica e social.

Como destaca Nogueira (2004), é nessa década que o combate à opressão contra mulher torna-se mais acentuado; era preciso, mais do que nunca, lutar pela sua emancipação, com todas as especificidades que isso implica, como salários iguais, além da reivindicação de uma divisão mais justa no trabalho doméstico, na esfera reprodutiva, libertando ao menos parcialmente, a mulher da dupla jornada.

Assim, o padrão de acumulação flexível juntamente com o processo de desregulamentação do trabalho, iniciado a partir de 1970, ao mesmo tempo em que proporciona uma expressiva empregabilidade das mulheres revela formas precárias e vulneráveis onde elas estão frequentemente inseridas. Esse cenário de trabalho precarizado e desregulamentado tem absorvido uma significativa parcela do trabalho feminino, como mão de obra barata, ocupando funções de menor qualificação e, inseridas nos espaços marcados pela informalidade; sem

mencionar que as mulheres exercem uma dupla jornada trabalhando dentro e fora de casa. Depreende-se, então, que o capital incorpora o trabalho feminino de forma desigual, e a inserção das mulheres no mundo do trabalho como uma conquista é convertida num instrumento de desigualdade entre os sexos.

A falta de uma infraestrutura alternativa para reprodução social afeta principalmente a carreira profissional das mulheres. Na ausência de um sistema estatal robusto de apoio social, as famílias que trabalham tentam uma série de improvisações de mercado, descoordenadas e caras, rumo a relações de igualdade de gênero em casa e na esfera pública.

A divisão sexual do trabalho acarreta em discriminação no mercado de trabalho, violência a qual as mulheres estão submetidas diariamente com salários menores, condições degradantes e sofrendo mais constantemente assédio moral como verificamos nossa pesquisa com os assistentes sociais que se viram alvos de preconceito no trabalho por conta da maternidade e cuidado com os filhos em especial quando contratadas por OS no SUS.

Antunes (2018) esclarece que a precarização do trabalho é estrutural, pois se torna a regra e não a exceção e reforça ainda que a sociedade do capital precisa cada vez menos do trabalho estável e dispõe cada vez mais de formas diversificadas de trabalho, seja parcial, fragmentada ou, até mesmo, inexistente. Para o autor, a precarização passa a ser, em escala crescente, parte constitutiva do processo de produção capitalista.

Podemos verificar tal situação no relato de uma assistente social abaixo:

O que é um vínculo frágil, mais frágil do que todo o ano você ter uma renovação de contrato e você nunca poder tirar férias? Você ter um vínculo de um ano de contrato que são essas terceirizadas, por exemplo, como a Petrobras ou as OS's que fazem de duas em duas e você não saber se nessa virada de contrato você continua? Como você planeja sua vida né, de mulher ter filho, porque se tiver gestante não é absorvido na outra, ou você está planejando uma viagem algo que tenha a ver com seu lazer, algo que te dê prazer e você não consegue por conta do atraso de salário, porque quando atrasa o salário você deixa de pagar uma conta e esse salário ele não vê corrigido, o salário vem o valor anterior e a conta nunca não está corrigida, então o seu dinheiro nunca rende, na verdade ele vai sempre faltando um pouquinho. Eu sempre falo essa coisa do trabalho e eu entendo, assim, do quanto ele me afeta e afeta a todos né, não dá para negar, é lógico que cada um vai criar uma estratégia para lidar com aquilo de alguma forma, eu sempre vou na linha das relações de tentar estabelecer boas relações no trabalho para aliviar algum momento né, tentar trazer algum sentido para aquele espaço já que são tantas

coisas que atravessam ele e, às vezes, não deixam aquele lugar confortável para a gente. Eu sempre vejo assim essa coisa do vínculo frágil como um problema grave, eu penso até assim “Gente, como é que alguém consegue pensar assim em ter um filho”, eu estou falando por mim tá, assim, “construir alguma coisa estando nesse vínculo, porque eu fico tão angustiada e eu não tenho responsabilidade nenhuma com filho, assim, eu moro com a minha mãe teoricamente, ainda é uma situação mais confortável né e eu fico tão angustiada”, “Gente o que vou fazer, será que eu vou tirar férias, será que eu completo um ano?”, sempre nessa loucura, sempre nessa tensão.

[...] Menina, eu não tenho tempo para nada, eu não tenho tempo para nada, eu saio de casa 7 e pouca da manhã e eu parei de trabalhar agora [20h]. Não dá tempo, não tenho tempo. E eu faço atividade final de semana. E é isso né, para eu conseguir um salário decente, eu tenho que me enfiar muitas frentes de trabalho que me deixou sem tempo. Eu, por exemplo, fazia uma atividade física que era muito prazerosa para mim, que eu fazia Circo, eu era circense, fazia acrobacias e eu tive que parar porque eu não tenho horário para fazer e é algo que me dava tanto prazer. Eu não tenho como fazer, eu posso pagar, mas não tenho tempo para ir. É isso né, a gente trabalha para ter dinheiro, mas aí fica sem tempo para fazer as coisas. Então, assim, eu não tenho, eu falo assim “Ah, vamos marcar alguma coisa”, e eu falo “Ai, gente, não vai dar” porque eu me privo para trabalhar porque eu preciso do dinheiro. (Assistente Social 10 – contratada Organização Social).

Tal relato mostra como a fragilidade do vínculo de trabalho no SUS intensifica a precarização da mulher no mercado de trabalho assim como gera no trabalhador o sentimento do presenteísmo que é o impedimento para planejamento futuro da vida, além de afastar o trabalhador da dedicação ao tempo de lazer.

Uma das características do trabalho precário é a ausência de vínculo trabalhista, o que está diretamente relacionado às perdas de direitos trabalhistas e de benefícios indiretos já conquistados (por exemplo, descanso remunerado, férias anuais remuneradas, referenciais de jornada de trabalho normal e de horas extras, transporte, alimentação, entre outros) e às perdas salariais. A instabilidade do vínculo e ameaça de desemprego comprometem a perspectiva de longo prazo do trabalhador, abatendo-lhe pela frustração, desencanto e desesperança.

Outros importantes aspectos negligenciados no contexto do trabalho precário são a organização política dos trabalhadores e as condições de trabalho, que se apresentam por meio de metas inalcançáveis, ritmo intenso de trabalho, pressão de tempo para a realização das atividades, intensificação do controle dos trabalhadores e a disseminação da gestão pelo medo, decorrente da instabilidade no trabalho e ausência de proteção social em caso de desemprego.

O impacto das condições e a organização do trabalho na saúde mental do trabalhador privilegiam os efeitos da organização do trabalho (hierarquia, controle, ritmo, estilo gerencial, relações humanas) sobre a saúde psíquica do trabalhador, considerando que as condições de trabalho (condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho) se refletem consideravelmente sobre a saúde do trabalhador.

Quando o sofrimento psíquico se torna presente na situação de trabalho, não há como negar que ocorre devido a uma incompatibilidade entre a história individual do sujeito (perpassada por sonhos, necessidades e projetos) e a realidade de trabalho em que está inserido, ignorando a subjetividade do indivíduo. Pode acarretar ao trabalhador transtornos mentais e/ou suscitar estratégias defensivas que minimizem a percepção das pressões da organização como forma de adaptação ao sofrimento (Dejours, 2011).

A Psicodinâmica do Trabalho destaca-se, portanto, por não se preocupar em detectar as doenças mentais do trabalho, mas tem como foco a forma em como o trabalhador se utiliza destas estratégias defensivas para se manter saudável em meio a uma organização do trabalho patologizante (defesas individuais e coletivas). As defesas são uma tentativa de amenizar condições dolorosas e situações adversas experimentadas no trabalho, assumindo funções integrativas, adaptativas e/ou construtivas na vida psíquica do trabalhador.

Essa discussão remete ao trabalho dos profissionais de nível superior que têm um caráter também intelectual e que, em geral, atribuem valor ao seu trabalho e buscam nele obter reconhecimento social e prazer. Já o ingresso na educação superior é comemorado pela expectativa desse reconhecimento social. Entretanto, observa-se que muitas vezes seu trabalho é gerador de desgastes físicos e emocionais, vivenciando, assim, situações ambivalentes de prazer e sofrimento, decorrentes das condições e da organização do trabalho.

Em especial, destacam-se os profissionais da saúde, especialmente no setor público, que apesar de terem no seu trabalho certo reconhecimento e ascensão social vivenciam a sobrecarga emocional com a sensação de impotência diante da problemática social e econômica do paciente, convivência e, por vezes,

identificação com seus problemas emocionais e sociais (fome, morte, luto, violência doméstica, relações familiares conflituosas, entre outros) e com a falta de suporte da rede de assistência à saúde e demais políticas de proteção social. Também há sobrecarga física pela quantidade de recursos humanos não adequados à intensa demanda por atendimento, o que ocasiona, frequentemente, momentos de sobrecarga de trabalho.

Podemos destacar a experiência dos(as) assistentes sociais do SUS em que, dentre as principais estratégias defensivas que geralmente experimentam, estão a passividade e o individualismo. A fragilidade das formas de contratação também impacta a capacidade dos profissionais criarem estratégias defensivas coletivas para reivindicarem ambientes mais saudáveis e EPI, pois muito se tem discutido que as ações de combate à pandemia e contratação (precária) de profissionais não foram acompanhadas da aquisição da infraestrutura adequada e segura para a acomodação das equipes profissionais, atendimentos e desenvolvimento dos trabalhos além de fluxos sanitários que garantem proteção de contágio aos profissionais e usuários.

As causas geradoras de sofrimento estão relacionadas, principalmente, às exigências emocionais e sociais da atividade, além de dificuldades enfrentadas pela organização e estruturação do serviço associada com a insatisfação com a remuneração, segurança e falta de perspectiva de crescimento.

Porém, observa-se, nos profissionais da saúde e do cuidado em geral, uma perspectiva de atribuição de importância à sua atividade, revelando sentimentos de realização profissional e gratificação diante da melhora e evolução do paciente, superação das dificuldades destes, sentindo-se eles úteis à comunidade, afirmando um certo prazer em trabalhar no âmbito da saúde pública, apesar das dificuldades enfrentadas no serviço. Portanto, essa relação de prazer e sofrimento é dialético e contraditório.

Todavia, não podemos desconsiderar as falas que abordam o assédio e o preconceito vivenciados por eles, ocasionando, conforme definido por Alves (2011), uma crise de “auto referência pessoal”, marcada pelo reconhecimento do

trabalhador como uma mera força de trabalho, flexível e descartável. Esse sentimento foi constatado nas falas dos(as) assistentes sociais entrevistados.

Se, na sociedade salarial, o emprego era a principal forma de integração, filiando o indivíduo à sociedade e fazendo-o reconhecer-se como cidadão, na sociedade atual, a precariedade do trabalho aumenta o risco de rupturas sociais e familiares, de redução de sociabilidade, de diminuição de renda e de piora das condições de vida.

Os trabalhadores precarizados pela falta de estabilidade sentem-se desvinculados de uma classe ou categoria e acabam não se reconhecendo como cidadãos por não terem seus direitos assegurados, pois, de acordo com Nardi (2006), é necessário, para a existência do indivíduo, que este tenha garantias materiais para afirmar-se para além da luta cotidiana pela sobrevivência.

5 Considerações Finais

A conjuntura, marcada pela falácia da eficácia do mercado, é apresentada como única alternativa, inclusive no âmbito dos serviços públicos. Seus imperativos e modelos de gestão são proclamados como necessários diante de uma máquina estatal estigmatizada e compreendida como burocrática e incapaz de administrar recursos e serviços públicos, abrindo grandes brechas para a entrada do Terceiro Setor nas políticas públicas, como ocorre com as OS.

O trabalho no SUS confirma um campo específico de contradições entre as necessidades e os direitos dos trabalhadores em geral, do próprio trabalhador da saúde e também os anseios por lucro dos capitalistas que investem na conversão de todos os âmbitos da vida humana em mercado. Sob esta constante tensão, desenvolveu-se o trabalho no âmbito do SUS que, desde a sua criação, disputa com o setor privado as políticas públicas de saúde no Brasil, simultaneamente à conversão neoliberal do Estado.

A criação do SUS, como um sistema universal e de abrangência nacional com a função de atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde de toda a população, formou-se no contexto de redemocratização do Brasil e fortalecimento do serviço público com uma perspectiva da isonomia e da participação social. Tal fato significou uma conquista da classe trabalhadora para o direito a uma política essencial, como é a da saúde pública, como uma garantia social de acesso não pago a uma riqueza produzida pela humanidade.

Também significou uma oportunidade de inserção no mercado de trabalho a profissionais da saúde, abrindo uma perspectiva de carreira para trabalhadores, dentre estes os(as) assistentes sociais, no serviço público estatal com expectativa dos direitos trabalhistas que pudessem garantir que o(a) profissional tivesse vínculo duradouro com a população atendida com a finalidade de dar continuidade aos serviços de saúde prestados.

Entretanto, a implementação do SUS, ao mesmo tempo em que ampliou os postos de trabalho, especialmente em nível municipal, foi acompanhada pela

desestruturação do aparato de Estado e de suas carreiras, bem como dos constrangimentos impostos à gestão pública pelas restrições fiscais. Nesse contexto, a precarização tem se constituído de várias formas com vínculos de trabalhos instáveis e diversificados entre os profissionais de saúde.

Essa situação tornou-se ainda mais complexa com a ampliação da participação do setor privado, principalmente pelos contratos firmados entre os entes públicos e o chamado terceiro setor para a oferta de serviços e a gestão do trabalho no SUS, em substituição ao Estado. A regulamentação das OS, das Oscip e das Fundações Estatais de Direito Privado ofereceu novos arranjos institucionais que contribuíram para uma maior “flexibilidade” na gestão do trabalho. As OS facilitam a contratação de pessoal de forma indireta, de modo a contribuir para a terceirização da força de trabalho na saúde, e as fundações, ainda que promovam a contratação direta, seguem as regras do setor privado, segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), hoje também precarizada.

Observa-se um intenso processo de subordinação das políticas públicas de proteção social ao capital financeiro e internacional. A forma como a política de saúde é concebida e organizada no Rio de Janeiro expressa exatamente esta perspectiva. Ao Estado cabe a função de financiador e articulador dos contratos firmados com as empresas do Terceiro Setor, concedendo-lhes a liberdade necessária para introduzir os mecanismos de exploração privada no interior das políticas públicas.

Cria-se, portanto, o terreno propício para que as OS e todas as outras formas de gestão propostas pelo terceiro setor germinem suas ideais, de modo a disseminar suas ideologias, cada vez mais enraizadas na sociedade capitalista contemporânea. Esta seria apenas uma das estratégias do capital para promover o amplo processo de privatização da saúde, contrariando as prerrogativas defendidas pelo movimento da Reforma Sanitária, em torno de uma concepção de saúde pública e universal.

O empresariado das organizações do terceiro setor interessa-se em gerir os equipamentos e as unidades do SUS para livrarem-se dos custos com o capital fixo, tendo em vista que irão gerir equipamentos, máquinas e tecnologias que foram adquiridas pelo poder público estatal. O investimento tecnológico foi já

realizado do Estado com o fundo público pago pelos trabalhadores, e agora os capitalistas se apropriam.

A gestão privada na saúde também é uma estratégia de valorização do capital ao retirar custos do gasto com o capital variável. Apropriam-se da forma de admitir, contratar e gerir os trabalhadores da saúde pública, retirando seus direitos trabalhistas, demitindo trabalhadores, com o argumento de melhor gestão dos recursos, e intensificando o trabalho dos que ainda estão contratados. Dessa forma, o capital tem encontrado na gestão do SUS uma alternativa importante de valorização do capital e extração de mais valor.

Para os trabalhadores do SUS, esta forma de gerência do trabalho está cada vez mais difundida e preconizada como medidas de racionalização dos recursos e otimizadoras do trabalho. As novas formas de gestão incidem sobre o processo de trabalho em saúde, promovendo mudanças no conteúdo e na forma do trabalho, tendendo à sua simplificação e instrumentalização, à quebra das relações de confiança, à instauração de processos de competição e produtividade, em detrimento da solidariedade entre os trabalhadores e da construção de projetos coletivos que promovam a maior autonomia dos trabalhadores.

Podemos verificar esse movimento na nossa pesquisa com a vivência dos(as) assistentes sociais que trabalharam ou trabalham no SUS do RJ, na diminuição do número de profissionais na equipe do Serviço Social das unidades e nas estratégias utilizadas de intensificação do trabalho destes profissionais que atendem a uma quantidade maior e mais complexa de demandas que gera alto nível de desgaste intelectual e emocional destes trabalhadores.

Ademais, podemos evidenciar na nossa pesquisa o impacto da contrarreforma trabalhista no serviço público que retira proteção social aos trabalhadores da saúde (inclusive, no mínimo que seria o direito de afastamento adoece) e enfraquece a petição dos seus direitos por dar poder ao contrato negociado direto com o patronato. Podemos também verificar que, no SUS com gestão regulada pelo direito privado do trabalho, a cada novo processo seletivo os(as) assistentes sociais são contratados com menos direito do que os contratados em processos seletivos anteriores

O direito privado na contratação dentro do serviço público gera trabalhadores com vínculos e direitos diversos, o que também enfraquece sua luta

coletiva em sindicatos, associações e afins. Fortalece, dessa forma, uma cultura de competição e individualismo entre os trabalhadores, aprofundando a precarização no trabalhar e existir. Essas relações precarizadas de trabalho têm como consequência a invasão total das preocupações do trabalho e a preocupação constante em ter um contrato de trabalho e ser “empregável” – diante de uma realidade de insegurança contratual e de direitos – sobre a vida social do trabalhador: seu tempo de lazer, ócio, descanso, de vida familiar e afetiva, social, entre outros. A constante alternância entre períodos de trabalho e períodos de desemprego – ou o contante perigo deste – resulta na falta de condições para organizar e planejar sua vida, inclusive para projetos pessoais familiares e de formação profissional.

A valorização do capital com a privatização do SUS e com a precarização dos seus trabalhadores, mesmo os estatutários, é estratégia de expropriação secundária dos trabalhadores. O SUS representa o acesso a uma riqueza social importante para a reprodução dos trabalhadores, dando-lhes acesso à saúde com todo o aporte tecnológico, insumos, medicamentos, conhecimento científico produzido por grandes centros de pesquisas e ao conhecimento especializado dos profissionais.

Os serviços prestados pelo SUS dão garantias aos trabalhadores ao atendimento mesmo quando estes não conseguem trabalhar, aliás esse sistema prevê a recuperação da saúde de forma totalmente gratuita, sendo, dessa forma, um salário indireto imprescindível aos trabalhadores. Portanto, ao precarizar os SUS e as condições de trabalho dos profissionais de saúde, o capital tem a operado a expropriação secundária dos trabalhadores, retirando suas condições de existência e colocando-os mais reféns dos ditames do ritmo do mercado e com menos capacidade objetiva de resistência à forma desumana de existir do capital.

Os(as) assistentes sociais possuem características específicas no seu processo de precarização do trabalho SUS relacionado à subordinação profissional às outras áreas equipes profissionais com saberes mais biomédicas que se entendem com saber mais dominante na saúde pública na contramão da concepção ampla de saúde do projeto da reforma sanitária que entende a saúde nos seus determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais.

Tal realidade coloca a necessidade de o(a) assistente social no SUS ter o cotidiano de constante disputa no seu lugar na equipe multiprofissional para garantir a concepção ampla da reforma sanitária e de seu projeto profissional que o possibilitará atender mais do que requisições institucionais de controle dos corpos e dos conflitos da população, não acesso à informação, burocratização dos serviços e do acesso aos benefícios, culpabilização dos indivíduos e famílias por seu adoecimento, pressão por liberação de leitos e retenção dos recursos que seriam necessários à população.

Quando o(a) assistente social possui vínculo de trabalho fragilizado em um ambiente em que o seu saber, projeto e conduta precisam ser constantemente argumentados, negociados e defendidos com oposição de outras equipes profissionais e resistência dos gestores, e esta realidade tende a agravar a precarização técnica e ética do(a) assistente social e fragilizar ainda mais a relativa autonomia profissional. Assim, tal fato pode gerar mais desgaste emocional e intelectual nestes(as) profissionais.

Outra especificidade da precarização do trabalho do(a) assistente social no SUS é a intensificação do trabalho em uma realidade de privatização da gestão que diminui quadros profissionais ou extingue certas equipes – a exemplo da extinção das equipes noturnas em algumas UPA's do RJ – em um contexto em que as expressões da questão social estão agravadas: há mais famílias em situação de negligência, violência e vulnerabilidade econômica que impactam na saúde coletiva com rebatimentos de maior complexidade em suas vidas, dada a precarização das políticas sociais e do trabalho.

Esta conjuntura diminui as próprias possibilidades de ação mobilizadora do(a) assistente social junto à rede de políticas públicas em meio a demandas fazendo, inclusive, com que a todo o instante haja requisição institucional no sentido de responsabilizar somente os indivíduos e suas famílias na provisão do cuidado em saúde e provisão da proteção social. Ou seja, quando se aumenta a quantidade e complexidade das demandas e se diminui o quadro de profissionais para atendê-las, há uma precarização da oferta dos serviços do SUS e uma intensificação do trabalho do(a) assistente social com consequências na qualidade do serviço prestado e no desgaste emocional e na saúde destes profissionais.

A visão do SUS “pobre ofertado para o pobre” do projeto privatista – na contramão do SUS universal e de qualidade do projeto da reforma sanitária – enxerga no(a) assistente social esse profissional necessário, porém que se destina a realizar o controle da população empobrecida e adoecida que acessa o SUS e, portanto, não carece das melhores condições de trabalho para a oferta de serviço (na visão dos gestores: os usuários são pobres e podem ter condições de acesso a um serviço precário, porém politicamente necessário para contar essa massa de trabalhadores empobrecidos).

A inserção majoritária e necessária dos(as) assistentes sociais na média e alta complexidade do SUS, que atendem casos que necessitam de intervenção curativa, muitas vezes em detrimento da maior inserção na atenção primária (responsável pela prevenção e promoção da saúde), traz esse olhar contrarreformista sobre o SUS de utilização da força de trabalho do assistente social para junto a essa população adoecida com requisições institucionais claras de administrar os conflitos e os “furos” do sistema que o Estado neoliberal está precarizando com maior intensidade.

Na nossa pesquisa, também observamos que os(as) assistentes sociais vivenciam um histórico de precarização de vida, sendo, em sua maioria, formado por mulheres, por pessoas negras e que experimentaram certa ascensão social por meio da escolarização. Dessa forma, possuem uma origem social marcada pela superação da escolarização e status profissional dos seus pais.

Entretanto, vivenciam uma inserção no trabalho profissional e no SUS de intensa precarização que gera frustração, dado alto e constante nível de escolarização e necessidade constante de aprimoramento intelectual que precisam buscar para manterem-se no mercado de trabalho (os celetistas, contratados, entre outros) ou para conseguirem terem mínimo de autonomia ética e técnica no trabalho e defender seus interesses frente aos constrangimentos das novas formas de gestão no serviço público (caso dos estatutários).

A nova dinâmica do mercado de trabalho no Brasil faz com que um contingente de jovens altamente escolarizados fique desempregado ou inserido em relações salariais precárias, tendo em vista a degradação do estatuto salarial da classe média (por exemplo, contrato precário de trabalho e baixa remuneração salarial) até os que estão inseridos no serviço público. Evidencia-se uma

dominação do trabalhador que ocorre ao se transferir a responsabilidade do sucesso ao plano individual, isto é, cada indivíduo é responsável por obter êxito por meio de seu esforço pessoal assim como é responsável pelo seu fracasso.

Os trabalhadores entram em uma corrida para qualificarem-se cada vez mais e estarem aptos a ocupar um lugar no mercado de trabalho. Contudo, sabe-se que, diante da diminuição dos postos de trabalho, não haverá espaço para todos na economia formal. A grande concorrência para conseguir um trabalho diminui o poder de negociação dos trabalhadores, fazendo com que aceitem, cada vez mais, precárias condições de trabalho com, por exemplo, jornadas em horários inconvenientes e horas extras sem remuneração – situações corriqueiras na área da saúde pública.

Ainda que os fenômenos associados à precarização alcancem o conjunto dos trabalhadores da saúde, eles os atingem de forma variada, refletindo as especificidades dos diversos grupos profissionais. Como é o caso dos(as) assistentes sociais inseridos no SUS que, compondo essas especificidades, destacam-se a qualificação profissional que compreende a formação, o valor social atribuído ao seu diploma e ao seu trabalho.

Também se destacam as diferenças entre os(as) assistentes sociais de uma mesma equipe com diferenças salariais, de carga horária, no perfil de suas atribuições e nas posições que ocupam na organização hierárquica do processo de trabalho. Na nossa pesquisa, observamos a desigualdade destas posições dentro de uma mesma equipe a depender do tipo de contrato e vínculo de trabalho do(a) assistente social.

A coexistência de diferentes contratos, de remunerações e de jornadas de trabalho e suas formas de distribuição foi observada neste estudo entre assistentes sociais que trabalham no mesmo hospital. A condição para exercer a relativa autonomia na conduta profissional e defender suas atribuições e competências também depende da natureza do vínculo – se estatutário, se é contratado pela Fundação saúde ou por OS.

Neste estudo, observou-se a luta pela permanência no emprego, uma característica típica do trabalho precário, que agrava a subordinação do(a) assistente social às condições locais de trabalho. Nas mais diversas áreas de trabalho do setor público e, em especial, na área da saúde, a existência do trabalho

precário afeta e traz grandes consequências, não só aos trabalhadores, que, por receio de ficarem sem emprego, acabam se sujeitando à condição de ausência de proteção social e trabalhista. Tais trabalhadores submetem-se a longas jornadas de trabalho, necessitando ter mais de um vínculo empregatício e, na maioria das vezes, não recebem ou não participam de educação continuada ou algum tipo de capacitação profissional e não possuem condições de participação política em âmbito coletivo.

Nos dias atuais, apesar das inúmeras lutas da classe trabalhadora e conquistas de direitos sociais, muitas têm sido as estratégias para dispensar a força de trabalho. Das mais simples às mais sofisticadas, a lógica capturada por Marx no início do século XIX, mesmo com as mudanças fenomênicas, se mantém. No caso de trabalhadores(as) da área da saúde pública, nem sempre há dispensa da força de trabalho, mas há o aumento da exploração com o a redução salarial, instabilidade no emprego, falta de condições gerais para a execução das atividades, entre outras questões. O Estado capitalista sobretudo na hegemonia neoliberal desempenha papel fundamental na expropriação dos direitos dos trabalhadores por meio da precarização do trabalho e das políticas públicas.

Diante disso, consideramos que há uma escolha privilegiada por OS (mesmo com os chamados “escândalos de corrupção”) ou contratos temporários (renovados ou não por períodos de 6 meses ou 1 ano) para contratação de trabalhadores na saúde pública no Rio de Janeiro (até mais que utilização das fundações privadas e empresas públicas de direito privado que, em comparação com as OS, tem dado ao trabalhador mais segurança no vínculo de trabalho) é central.

Ademais demonstra que, na gestão da saúde e seu pessoal, cumpre o papel de colocar os trabalhadores da saúde em constante rotatividade e disponibilização para o mercado de trabalho, rebaixando salários, expropriando direitos do trabalho que até então eram garantias históricas para estes tipos de profissionais qualificados (como direito a férias remunerada) e gerando um ambiente de instabilidade na vida social.

Adentramos no século XXI em contexto de crise crônica de demasiada acumulação do capital em contexto mundial. Os resultados deletérios dessa crise se agudizaram no Brasil entre os anos de 2015 e 2016, e o que se identificou como

alternativa do capital para a sua superação, mais uma vez, é determinada pela maior exploração da classe trabalhadora com a transferência dos custos da crise para os trabalhadores. Com isso, tem-se como consequência uma ofensiva sobre o trabalho e a retração dos direitos trabalhistas e sociais conquistados historicamente significando um processo de expropriação primária e secundária.

Além disso, o capital desonerou os empregadores de encargos e da sua responsabilização quanto ao trabalho protegido, aumentando mais uma vez a sua capacidade de extração de mais-valor. Dessa forma, compreendemos que o processo de valorização do capital se dá assentado nos processos de expropriação ao disponibilizar trabalhadores que, sem alternativas, precisam se vender no mercado.

Nesta conjuntura recessiva, os processos de contrarreformas instituídos pelos governos de Michel Temer e de Jair Bolsonaro constituem-se enquanto processos de expropriação. Os meios de vida foram transformados em capital por causa da destituição das condições de sobrevivência pela via dos direitos e foi potencializada a precarização do trabalho que rebaixou o valor da força de trabalho, permitindo a ampliação da extração da taxa de mais-valia absoluta e relativa.

O Estado neoliberal, ao restringir o uso do fundo público para as políticas sociais, desloca grande parte da riqueza socialmente produzida, para servir como ao capital financeiro, por meio do pagamento dos juros, das amortizações e da dívida pública. Em consequência disso, a classe trabalhadora é obrigada a dispendar parte dos seus baixos salários para a compra de bens e serviços no mercado, por meio da privatização e da mercantilização das políticas sociais,

O cenário atual apresentado ao conjunto de trabalhadores revela uma realidade marcada por relações flexibilizadas, desregulamentadas e precarizadas, ditadas pela lógica capitalista, gerando, entre os(as) assistentes sociais no SUS, como observado em nossa pesquisa, um sentimento de insegurança e incerteza em relação ao seu futuro. A perspectiva ideológica e condições objetivas de dominação que envolvem as relações sociais estabelecidas neste contexto, promovem um assustador processo de isolamento, cooptação e apassivamento dos trabalhadores, cada vez mais alijados do fruto do seu trabalho, em um amplo

processo de alienação, que esconde e camufla as contradições do sistema capitalista contemporâneo.

A conjuntura, marcada pela falácia da eficácia do mercado, é apresentada como única alternativa, inclusive no âmbito dos serviços públicos. Seus imperativos e modelos de gestão são proclamados como necessários diante de uma máquina estatal estigmatizada e compreendida como burocrática e incapaz de administrar recursos e serviços públicos, abrindo grandes brechas para a entrada do Terceiro Setor nas políticas públicas, como ocorre com as OS.

Se, por um lado, a precarização do trabalho trata-se de algo estrutural, relativo à divisão social e técnica do trabalho, por outro, apresenta características conjunturais, resultantes da atual correlação de forças e os interesses que disputam a configuração do SUS e agudizam o processo de precarização social do trabalho em saúde. Essas tensões podem ser sintetizadas no conflito entre a compreensão da saúde como um bem coletivo, integralmente atendido por políticas e serviços públicos, e a saúde tomada como uma mercadoria, segmentada segundo os objetivos de acumulação do capital e acessada conforme o poder de compra dos diferentes estratos da população (classes e frações de classe).

Urge, portanto, a necessidade de problematizar esta conjuntura, concebendo a saúde como um espaço dialético de projetos societários contraditórios em confronto, compreendendo, assim, a política de saúde como expressão de luta de classes no interior do Estado e da sociedade civil. Neste sentido, o desafio parece estar atrelado à compreensão e mobilização de movimentos sociais e de trabalhadores, em um contexto de profunda redução, precarização, coação e apassivamento da classe trabalhadora.

6

Referências Bibliográficas

ALVES, G. **O que é precariado**. São Paulo: Boitempo, 2013. Disponível em: <<https://www.boitempoeditorial.com.br/produto/a-politica-do-precariado-411>>. Acesso em: 13 out. 2021.

ALVES, G. **Dimensões da Precarização do trabalho**: ensaios de sociologia do trabalho. Bauru, SP: Canal6, 2013.

ALVES, G. Juventude e nova precariedade salarial no Brasil: elementos da condição proletária no século XXI. In: ALVES, G.; ESTANQUE, E. (Orgs.). **Trabalho, juventude e precariedade**: Brasil e Portugal. Bauru: Canal 6, 2012.

ALVES, G. **Trabalho e estranhamento**: saúde e precarização do homem-que-trabalha. São Paulo: LTr, 2012.

ALVES, G. Trabalho flexível, vida reduzida e precarização do homem-que-trabalha: perspectivas do capitalismo global no século XXI. In: AMARAL, A. L. V.; MOTA, D. P.; ALVES, G. **Trabalho e Saúde**: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI. São Paulo, SP: Editora LTDA. 2011.

ALVES, G. **Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório**: o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. Estudos do Trabalho, v. 8, 2011.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010.

ALVES, G. **Dimensões da reestruturação produtiva**: Ensaios de sociologia do trabalho. São Paulo: Práxis, 2007.

ALVES, G. **Trabalho e Mundialização do Capital**: a nova degradação do trabalho na Era da Globalização. Londrina: Práxis, 1999.

ALVES, S. M. P; COELHO, M. C. R. C.; BORGES, L. H.; CRUZ, C. A. M.; MASSARONI, L.; MACIEL, P. M. A. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, out., 2015.

ANDREAZZI, M. F. S; BRAVO, M. I. S.; PACHECO, J. Novos agentes econômicos fomentados pela contrarreforma liberal na saúde: um panorama das Organizações Sociais atuantes no Rio de Janeiro In: BRAVO et al. (Org.). **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

ANDREAZZI, M. F. S. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2013.

ANTUNES, R. Trabalho intermitente e uberização do trabalho no limiar da Indústria 4.0. In:_____. (Org.). **Uberização, trabalho digital e Indústria 4.0**. São Paulo: Boitempo, 2020.

ANTUNES, R. Descuidos do trabalho e trabalho dos cuidados. **Revista Baiana de Enfermagem**. 2020a. Acesso em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/33924/20777>>. Disponível em: 03 nov. 2021.

ANTUNES, R.; FILGUEIRAS, V. Plataformas Digitais, uberização do trabalho e regulação no capitalismo contemporâneo. In:_____. (Org.). **Uberização, trabalho digital e Indústria 4.0**. São Paulo: Boitempo, 2020b.

ANTUNES, R. **O privilégio da Servidão**. O novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo. 2018.

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **O social em questão**, 2015.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, n. 123, p. 407-427, set. 2015.

ANTUNES, R. A Corrosão do Trabalho e a Precarização Estrutural. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. Â. S. (Orgs.). **O Averso do Trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. 1. ed. Outras Expressões, 2013.

ANTUNES, R.; POCHMANN, M. **A desconstrução do trabalho e a explosão do desemprego estrutural e da pobreza no Brasil**. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org>>. Acesso em: 27 maio 2009.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 8. ed. São Paulo, 2009.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2008.

ANTUNES, R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, G.; Franco Tânia Franco organizadoras. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007.

ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio (Orgs.). **A Cidadania Negada: Políticas de Exclusão na Educação e no Trabalho**. São Paulo: Cortez, 2001.

ARAÚJO, L. M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. In: **Cadernos RH Saúde**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, p. 163-174, 2006.

ASSIS, A. P. **Saúde e política de transplante**: um estudo sobre as particularidades da política de transplantes do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

AZEVEDO, V. L. S de. **O PET-SAÚDE/PUCRS como estratégia para a formação profissional dos trabalhadores do SUS**. Porto Alegre, 2014. 134 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUC-RS.

BATISTA, A. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v. 61, p. 63-90, 1999.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BORBA, D. A. M. **Estado empresarial e reforma gerencial**: uma análise da precarização vertical e horizontal das relações de trabalho na Administração Pública brasileira. Maceió, 2018. Dissertação (Mestrado em Direito Público) – Faculdade de Direito de Alagoas, Universidade Federal de Alagoas.

BORGES, A. Mercado de trabalho: mais uma década de precarização. In: DRUCK, G. FRANCO, T. (Orgs.). **A perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007.

BOSCHETTI, I. S. **Supressão de direitos no capitalismo**: uma forma contemporânea de expropriação? Disponível em: <<http://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2017/anais2017/MC44/mc441.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BOTAO GOMES, M. R. Consultoria social nas empresas: entre a inovação e a precarização silenciosa do Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, n. 122, abr./jun., 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/C98vGLhX4KQgNd97NYDqjCj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da atenção básica. e-Gestor AB**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <encurtador.com.br/vTU68>. Acesso em: 21 abr. 2020.

BRASIL. **Lei 13.467**, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13467-13-julho-2017-785204-publicacaooriginal-153369-pl.html>>. Acesso em: 26 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 116 p. (Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS, n. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Congresso Nacional. Emenda Constitucional n. 19 de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Congresso Nacional; 1998.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/ Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2).

BRASIL. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Lei n.º 8.142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRAVO, M. I. S.; LIMA, J. B. O percurso do financiamento das Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro In: BRAVO et al. (Org.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

BRAVO, M. I. S. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. (Orgs.). **Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2013.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.109, p.126-150, mar. 2012.

BRAVO, M. I. S. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 185-193, jan./mar. 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política Social e democracia**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAZ, N.; BARROS, I. A.; SANTOS, D. A.; ZUTTER, A. **Programas de publicização:** em análise tendências da política social brasileira. Pré-Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social – ENPESS. São Paulo, 2014.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, F.; PIERANTONI, C.; MACHADO, M. H. Introdução. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2006.

CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. p.367-385.

CHERCHIGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, J. P.; CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã. 1996.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CINTRA, W. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas:** estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde. São Paulo, 2005. 177p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.

CODATO, A.; PERISSINOTTO, R. **Marxismo como ciência social**. Curitiba: UFPR, 2011. (Série pesquisa, n.191). Prêmio Melhor obra científica de 2012 concedido pela ANPOCS.

CODATO, A. O espaço político segundo Marx. In: CODATO, A.; PERISSINOTTO, R. **Marxismo como ciência social**. Curitiba: UFPR, 2011. p. 127-160.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **CFESS Manifesta: Os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social**. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Serviço Social contra o Coronavírus: Seção Especial COVID-19 (Coronavírus)**. Brasília, DF: CFESS, 2020a. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/COVID-19-coronavirus>>. Acesso em: 7 jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social**. CFESS Manifesta, Brasília, DF: CFESS, 23 mar. 2020b. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Teletrabalho e Teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia**. Brasília, DF: CFESS, 2020c. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Parecer Jurídico nº 05/2020-E**, de 24 de abril de 2020. Dispõe sobre a ausência de equipamentos de proteção individual - EPI para assistentes sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2020d. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Cfess-ParecerJuridico05-2020-E-EPI.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Sou assistente social e aqui estão minhas bandeiras de luta!** Brasília, DF: CFESS, 2015. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/FolderBandeiradeLutas-Livreto.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Assistentes Sociais no Brasil**. Elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). CONASS. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, 9). Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_9.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2020.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate**: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Rede Sirius; 2015. p. 33-39.

COSTA E SILVA, V.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1365-1376, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23912015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501365&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jan. 2022.

COSTA, M. D. H. Os serviços na contemporaneidade: nota sobre o trabalho nos serviços. In: MOTTA, A. E. **A fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 2019.

DAL ROSSO, S. **Mais trabalho**: a intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.

DAL ROSSO, S. Ondas de intensificação do labor e crises. **Perspectivas**, São Paulo, v. 39, p. 133-154, jan./jun. 2011.

DAL ROSSO, S. Teoria do valor e trabalho produtivo no setor de serviços. **Caderno CRH**, Salvador, UFBA, v. 27, n. 70, jan./abr. 2014.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVI, J; SERPA, M. A.; SANTOS, M. A. N. dos; NÓBREGA, M. B. As particularidades da precarização de trabalho dos(as) Assistentes Sociais na política de saúde. **O Social em Questão**. v. 18, n. 34, 2015. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ3413DaviSerpasSantos_Nobrega.pdf. Acesso em: 18 jul. 2019.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2001.

DEJOURS, C. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELMAN, L. (Orgs.). **Dapsicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 151-166.

DIEESE. **Implicações econômicas intersetoriais da operação lava Jato**. São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/outraspublicacoes/2021/impactosLavaJatoEconomia.html>>. Acesso em: 22 set. 2022.

DIEESE. **Nota Técnica Número 175. Impactos da Lei 13.429/2017 (antigo PL 4.302/1998) para os trabalhadores Contrato de trabalho temporário e terceirização**. Abril, 2017. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/notatecnica/2017/notaTec175TerceirizacaoTrabalhoTemporario.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

DIEESE. **O arrocho no valor da aposentadoria da PEC 6/2019**. De acordo com o texto aprovado no Plenário da Câmara dos Deputados em primeiro turno de votação. Agosto de 2019; Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/notatecnica/2019/notaTec212ArrochoAposentadoria.html>>. Acesso em: 27 nov.2019.

DIEESE. **Os Trabalhadores Frente à Terceirização**. São Paulo, maio 1993. (Pesquisa Dieese, n. 7).

DIEESE. **Terceirização e precarização das condições de trabalho Condições de trabalho e remuneração em atividades tipicamente terceirizadas e contratantes**. Março, 2017a. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/notatecnica/2017/notaTec172Terceirizacao.pdf>, acesso em Novembro de 2019.

DIEESE./CUT. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socio econômicos/Central Única dos Trabalhadores. **Quem são os assistentes sociais no Brasil?** Subseção Dieese/CUT, 2015, p. 1-17.

DRAIBE, S. M. As Políticas Sociais e o Neoliberalismo. **Revista da USP**, São Paulo, n. 17, 1993.

Druck, G. **A terceirização na saúde pública: formas diversas de organização do trabalho. Trabalho, educação e saúde**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

DRUCK, G. FRANCO, T. A terceirização no Brasil: velho e novo fenômeno. **Laboreal**, v. 4, n. 2, p. 83-94. 2008, Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/media/artigos/198/83-94pt.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

DRUCK, G. FRANCO, T. **Principais indicadores da precarização social do trabalho no Brasil (ver- são preliminar)**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA. GRUPO DE TRABALHO SINDICATO, TRABALHO E AÇÕES COLETIVAS, 14., Rio de Janeiro, jul. 2009. Disponível em: <<http://coletiva.labjor.unicamp.br/index.php/artigo/indicadores-de-precarizacao-social-do-trabalho-no-brasil/>>. Acesso em: 15 out. 2021.

DRUCK, G. **Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?** **Caderno CRH**, n. 24 (suppl), p. 37-57, 2011.

DRUCK, M. da G. **Terceirização (des) fordizando a fábrica**: um estudo do complexo petroquímico. São Paulo: Ed. Boitempo, 1999.

FAGNANI, E. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan./jun. 2011.

FILGUEIRAS V.; CAVALCANTE, S. Terceirização: debate conceitual e conjuntura política. **Revista da ABET**, v. 14, n. 1., jan./jun., 2015.

FILGUEIRAS. V. Terceirização e trabalho escravo: níveis pandêmicos de precarização. In: Terceirização e a acumulação flexível. A radicalização da flexibilidade estrutural do mundo do trabalho. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, Ed. 464, 27 abr. 2015.

FILHO, J. M. J. et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 45, Apr., 2020. Epub. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100100>. Acesso em: 13 jun. 2020>.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 24, n. 1, p. 17-27. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 dez., 2020.

FONTES, V. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. Marx e Marxismo. **Publicação do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Marx e Marxismo**, UFF, Niterói, v. 5, n. 8, p.45-67, jan./jun., 2017.

FONTES, V. **O Brasil e o capital imperialismo**: teoria e história. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010.

GUERRA, Y. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 104. São Paulo: Cortez, 2010.

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

GUIRALDELLI, R.; MACIEL, F. C. de C.; FIGUEIREDO, K. A. **Perfil Profissional de assistentes sociais de Belo Horizonte (MG)**: subsídios para análise. Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. n. 5 (2014). Belo Horizonte: CRESS 6º Região, 2014.

GURGEL, C. A educação entre o valor e a mercadoria. **Revista Universidade e Sociedade**, a. 16, n. 39, Brasília: ANDES, 2007.

GURGEL, C. **A gerência do pensamento**: gestão contemporânea e consciência neoliberal. São Paulo: Cortez, 2003.

GURGEL, C. R. M.; JUSTEN, A. G. R. Teorias Organizacionais e Materialismo Histórico. **Rev. Org. & Soc.**, v. 22, n 73, p. 199-221, 2015.

GURGEL, C. Reforma do Estado no Brasil: crítica à razão liberal. In: XVII CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. **Anales. CLAD 2012**. Cartagena, Colômbia, 2012.

HARVEY, D. **A Condição Pós-Moderna – Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 2010.

HARVEY, D. **O Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HIRSCH, J. **Teoria materialista do Estado: processos de transformação do sistema capitalista de Estados**. Tradução de Luciano Cavini Martorano. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22. Ed. São Paulo, Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M. V. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológica**. 12. ed. São Paulo: Cortez/CELATS, 1998.

IBAÑEZ, N; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup), p. 1831-1840, nov., 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8qftxM5GZwvNkVKvvnv43kWw/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **PNAD Contínua - Divulgação: Maio de 2019**. Trimestre: jan./fev./mar., 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17270-pnad-continua.html?=&t=downloads>>. Acesso em: 10 ago.2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua: outras formas de trabalho 2019**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101722_informativo.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdades_de_genero_raca.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

JUNIOR, A. L. L.; et al. Formatos de contratação médica na Estratégia Saúde da Família e o desempenho de seus atributos essenciais. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 26, n. 5, maio, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n5/1657-1668/>>. Acesso em: 21 abr. 2022.

KLAUSNER, E. A. O abuso na contratação temporária de servidores públicos para atender necessidade de excepcional interesse público. **Revista Espacios**, v. 38, n. 6, 2017. ISSN 0798 1015.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2008.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**, UNICAMP, Campinas, v. IX, n. 10, dez., 2010.

LAMEIRAS, M. A. P.; CORSEUIL, C. H.; L.; RAMOS, L. R. A.; CARVALHO, S. S. **Carta de Conjuntura: Mercado de Trabalho**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/index.php/2019/06/18/mercado-de-trabalho-13/>, acesso em agosto de 2019.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Líber Livro Editora. 2005a.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Edusc. 2005b.

LIMA, C. Trabalho e política social no mundo do capital em crise. In: PEREIRA, Potyara A. P.; PEREIRA, Camila P. (Orgs.). **Marxismo e política social**. Brasília: Ícone, 2010.

LIMA, J. B.; BRAVO, M. I. S. O percurso do financiamento das Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ – Rede Sirius, 2015. p. 53-60.

LINHART, D. Modernização e precarização da vida no trabalho. In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 45-54.

LOURENÇO, E. A. S. Trabalho E Saúde Das Assistentes Sociais Da Área Da Saúde. **Temporalis**, Brasília, DF, a. 17, n. 34, jul./dez., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/17653/pdf_1>. Acesso em: 25 jun. 2020.

LOURENÇO, E. et al. Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicossociais. **Saúde soc.**, v. 28, n. 1, jan./mar., 2019. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sausoc/2019.v28n1/154-168/pt/>>. Acesso em: 27 jul. 2019.

LUSTOSA-DA-COSTA, F. **Reforma do estado e contexto brasileiro: crítica ao paradigma gerencialista**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

MACHADO, M. H. **Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária**. In: LIMA, N. T. (coord.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2005.

MAFRA FILHO, F. S. A. **Direito Administrativo: evolução histórica e aspectos críticos**. Boletim Conteúdo Jurídico, v. 14, p. 146, 2008.

MARANHÃO, C. H. Capital e superpopulação relativa: em busca das raízes contemporâneas do desemprego e do pauperismo. In: BEHRING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. **Trabalho e seguridade: percursos e dilemas**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Uerj. 2008.

MARE. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estado. Governo Federal-Câmara da Reforma do Estado**, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2012.

MARX, K. **Capítulo VI Inédito de O Capital**. Resultados do processo de Produção Imediata. São Paulo: Moraes, 1969.

MARX, K. Manuscritos econômicos-filosóficos. In: FROMM, E. **Conceito Marxista do homem**. Trad. Octávio A Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política, Livro I: o processo de produção do capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATOS, M. C. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro, abr., 2020. Disponível em: <[http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/artigo-a-pandemia-do-coronavirus-\(covid19\)-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saude-202005072308575377550.pdf](http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/artigo-a-pandemia-do-coronavirus-(covid19)-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saude-202005072308575377550.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2020.

MATOS, M. C. **O sujeito histórico: notas introdutórias para o debate da esquerda socialista no Brasil**. 2017. Disponível em: <<http://blogjunho.com.br/o-sujeito-historico-notas-introdutorias-para-o-debate-da-esquerda-socialista-no-brasil/>>. Acesso em: 30 maio 2018.

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Censo SUAS 2013 – Análise dos componentes sistêmicos da Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2014.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 119-136, jan./mar., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v26n1/a07v26n1.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2022

MELLO, G. S. **Crescimento econômico, investimento e inserção externa: as bases do novo modelo de desenvolvimento**. FPA Conjuntura: Revista eletrônica, 25 jun. 2013.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. São Paulo, Boitempo, 2009.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2009a.

MONTAÑO C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção estatal**. São Paulo: Cortez Editora; 2001.

MORAIS, H. M. M.; ALBUQUERQUE, M. S. V.; OLIVEIRA, R. S.; NADIME, A. K. I. C.; SILVA, A. F. **Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil**. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n1/e00194916/>>. Acesso em: 14 de jul. 2019.

MOTA, A. E. Expropriações contemporâneas: hipóteses e reflexões. In: BOSCHETTI, I. **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

MOTA, A. E. A regressão civilizatória e as expropriações de direitos e das políticas sociais. **Revista Argumentum**, v. 9, n. 3, Trabalho e previdência social na América Latina, 2017.

MOTA, A. E. **A nova fábrica de consensos**. MOTA, A. E. (Org). São Paulo Cortez, 1998.

MUSCHELL J. **Privatization in health**. Health economics technical briefing note. Geneva: World Health Organization, 1995.

NARDI, H. C. **Ética, Trabalho e Subjetividade: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo**. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2006.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, J. P. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 50, 1996.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NOGUEIRA, C. M. **A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização**. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

NOGUEIRA, R. P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 14, ago., 1996.

NOGUEIRA, R. P. **Política de Recursos Humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho**. Relatório Final dos Seminários Política de recursos humanos para a saúde. Foz do Iguaçu e Natal, 1999.

NOGUEIRA, R. P. **Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS**. Artigo do projeto de pesquisa Conjuntura do Emprego em Saúde na Primeira Metade da década de 2000 (Plano Diretor 2006 do ObservaRH/NESP). Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos da noção de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. (Orgs.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. V. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, p. 81-103.

OBSERVARH - NESP/CEAM/UnB. **Despesa com Pessoal e Lei de Responsabilidade Fiscal: Uma Análise da Situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios**. Brasília, DF, Brasil, Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, E. A. A política de emprego no Brasil: o caminho da flexisegurança. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 493-508, jul./set., 2012.

OLIVEIRA, F. M. U. Saúde do trabalhador e o aprofundamento da uberização do trabalho em tempos de pandemia. Dossiê COVID-19 e Saúde do Trabalhador/Ensaio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000012520>>. Acesso em: 13 nov. 2021.

PAIM, J. S. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. Esp. 3, p. 255-264, set., 2017.

PEREIRA, L. D. A gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 3 jan. 2012.

PILOTTO, B. S.; JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 547-563, set./dez., 2017.

PINTO, E. **Bolsonaro e os Quartéis: a loucura com método**. Texto para Discussão do IE/UFRJ, nº 06, 2019. Disponível em: <https://www.ie.ufrj.br/images/IE/TDS/2019/TD_IE_006_2019_PINTO.pdf>, acesso em 20/11/2020.

PIOLA, S. et al. **Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira**. Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise, Brasília, Ipea, 17, v. 1, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Cartilha das Organizações Sociais do Município do Rio de Janeiro: Um brinde aos dois anos de vigência da Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal da Casa Civil, 2011.

PUCCINI, P. T. As Unidades de assistência médica ambulatorial (AMA), do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2755-2766, dez., 2008.

RAICHELIS, R. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, dez., 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000400003>>. Acesso em: 20 abr.2022.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

RAICHELIS, R. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 750-772, 2010.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. De. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cad. Saúde Pública** [online], 2019.

SADER, E. A Hegemonia Neoliberal na América Latina. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995

SANTOS, B. S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. São Paulo: Boitempo, 2020. Disponível: <<https://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc/wp-content/uploads/2020/04/Livro-Boaventura-A--pedagogia-do-virus.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SANTOS, J. S. **“Questão social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, M. B. J. dos. A expansão e interiorização das competências profissionais na política de Assistência Social do Rio Grande do Norte. In: MOTA, A. E.; AMARAL, A. (Orgs.). **Serviço Social brasileiro nos anos 2000**: cenários, peijas e desafios. Recife: EDUFPE, 2014. p.151-176

SANTOS, T. V. C.; STAMPA, I. T. Contratação por pregão: formas atípicas de trabalho de assistentes sociais no Brasil recente. **Ser Social**, v. 21, n. 44, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/23481>. Acesso em: 15 maio 2021.

SCHEFFER, M. C; AITH, F. M. A. O sistema de saúde brasileiro. **Clín. Méd.** 2016; 1:355-65

SCHÜTZ, F; MIOTO, R. C. T. O trabalho em serviços: contribuições para o debate do Serviço Social. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 30, p. 61-82, 2º sem. de 2012.

SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA – SOF. **Sem parar**: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia. 2021. Disponível em: <https://mulheresnapanemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

SERPA, M. A. **O trabalho em saúde**: os fios que tecem a desregulamentação do trabalho nos serviços públicos. Recife, 2009. Tese (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco,

SILVA, I. G. **Democracia e participação na “Reforma do Estado”**. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, L. C. **O Papel da residência multiprofissional no sistema único de saúde**: perspectivas e contradições. Rio de Janeiro. 2017. 256 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, PUC-Rio.

SILVA, M. M. **A reforma administrativa e a Emenda Constitucional 19/1998**. Gestão Pública online [Internet]. 2005. Disponível: <<http://www.direitopositivo.com.br/modules.php?name=Artigos&file=display&jid=168>>. Acesso em: 10 maio, 2022.

SOARES, R. C.; CORREIA, M.; SANTOS, V. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, abril, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n140/0101-6628-sssoc-140-0118.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SOARES, R. C. Contrarreforma na Política de Saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, E. (Org.). **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

SOUZA, G.; SOARES, M. Contrarreformas e Recuo Civilizatório: Um Breve Balanço Do Governo Temer. **SER Social**, v. 21, n. 44, 13 mar. 2019, p. 11-28.

SOUZA, M. **Caminhos da Precarização: crise do capital, transformações no mundo do trabalho e tendências para as condições e relações de trabalho do assistente social da Região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2016. 225p. Tese (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, PUC-Rio. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/27772/27772.PDF>>. Acesso em: jul. 2019.

STAMPA, I. Transformações recentes no mundo do trabalho e suas consequências para os trabalhadores brasileiros e suas organizações. **Em Pauta**, v. 10, p. 35-60, 2012.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILAS BÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, v. 7, n. 2, abr./jun., 1998.

TEIXEIRA, M. **Desenhos alternativos de incorporação e gestão do Trabalho Médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho**. Rio de Janeiro, 1999. 139p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

TEIXEIRA, T. A Produção Industrial de Serviços Postais e o Caráter Conflitivo da Gestão do Trabalho nos Correios. **Estudos de Sociologia**, v. 16, p. 529-556, 2011.

WACQUANT, L. **A penalização da miséria e o avanço do neoliberalismo**. In: SANTANA, M. A.; RAMALHO, J. R. (org.). *Além da fábrica: trabalhadores, sindicatos e nova questão social*. São Paulo: Boitempo, 2003.

WERNECK, A; BOTTARI, E. Das dez OSs que operam no município, oito estão sob investigação. **O Globo**, 2016. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/das-dez-oss-queoperam-no-municipio-oito-estao-sob-investigacao-18494571#ixzz4DTNTEviY>>.

WORLD ECONOMIC FORUM. **Global Gender Gap Report**, 2021. Disponível em: <https://www3.weforum.org/docs/WEFGGGR_2021.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

7. Apêndices

7.1. Apêndice 1 – Termo de Consentimento livre e esclarecido

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Pesquisa: **A precarização do trabalho dos(as) assistentes sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro**

Pesquisador: Luciana da Conceição e Silva

Profª Orientadora: Dra. Marcia Regina Botão Gomes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Luciana da Conceição e Silva, estou desenvolvendo uma pesquisa para a minha tese de doutorado em Serviço Social, sobre as relações e condições de trabalho dos (as) assistentes sociais inseridos na Saúde Pública no Município do Rio de Janeiro na média e alta complexidade, em especial nos Prontos Atendimentos e unidades hospitalares. A pesquisa tem como objetivo conhecer as relações e condições de trabalho dos (as) assistentes sociais para analisar as possíveis situações de precarização identificadas no exercício profissional e nas relações e condições de trabalho dos (as) assistentes sociais, bem como refletir sobre a condição do (a) assistente social como trabalhador (a) assalariado (a).

Neste sentido, sua realização é importante porque seus resultados poderão contribuir tanto para a produção de conhecimento na área do Serviço Social quanto para levantar elementos que possam ser úteis para a melhoria das condições de trabalho dos (as) assistentes sociais. Para a realização da pesquisa será aplicado, um questionário destinado aos(às) assistentes sociais, com questões objetivas, e a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais que

trabalharam em unidades de média e alta complexidade do SUS entre o período de 2015 e 2020.

Convido-o (a) a participar, mas você não é obrigado (a) a isso. Você tem o direito de não participar desta pesquisa. A sua recusa não mudará nada na sua vida pessoal e profissional e, caso consinta em participar, a qualquer momento poderá desistir e se retirar sem problemas. Sua participação é totalmente voluntária e envolve tão somente a resposta ao questionário e, se for o caso, a concessão de entrevista semiestruturada, com duração de aproximadamente 01 (uma) hora, para a qual não haverá nenhum tipo de remuneração.

Você também não terá custos de nenhum tipo com a resposta do questionário e/ou com a realização da entrevista, que será marcada em dia e horário que melhor lhe convier. As perguntas da entrevista serão relacionadas a questões gerais sobre relações e condições de trabalho dos (as) assistentes sociais, bem como refletir sobre a condição do (a) assistente social como trabalhador (a) assalariado (a) e as implicações e tensões decorrentes dessa condição.

Os dados contidos na entrevista serão utilizados unicamente para estudos na pesquisa acima indicada e apenas poderão ter acesso ao material coletado a pesquisadora responsável e sua orientadora e para fins exclusivos desta pesquisa. Para melhorar a qualidade e a fidelidade dos dados coletados durante a entrevista, nossa conversa poderá ser gravada, se a gravação for previamente autorizada por você.

Você pode desistir de participar a qualquer momento e a coleta será interrompida na hora. Se houver gravação, a mesma será transcrita e o acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas por mim e/ou pelas minhas orientadoras. Ao final do estudo, o material gravado e/ou transcrito será descartado (os arquivos contendo as gravações e transcrições serão apagados e os documentos que porventura sejam impressos serão destruídos em fragmentadora de papéis). Caso aceite participar da pesquisa, a sua identificação será mantida em sigilo e as referências aos participantes serão feitas sem nenhuma indicação de nomes ou outros dados que possam identificá-lo (a).

De nenhuma forma o seu nome será usado na análise dos dados para a tese e seus dados serão mantidos em sigilo e você pode se retirar a qualquer momento da entrevista sem que isso cause prejuízos de qualquer natureza para você. Esta pesquisa não pretende oferecer riscos de qualquer natureza para você. Todos os cuidados éticos foram tomados para isso. Mas como benefício, poderá contribuir para a ampliação do conhecimento sobre o trabalho dos assistentes sociais e particularmente sobre as relações e condições de trabalho dos (as) assistentes sociais inseridos na média e alta complexidade do SUS do Rio de Janeiro.

Ao término do estudo comprometo-me a retornar os resultados da pesquisa para fazer a sua divulgação, por meio da entrega de uma cópia digital da tese. Comprometo-me, ainda, a apresentar oralmente os resultados a todos os participantes, se for do interesse e vontade do grupo. Em qualquer etapa do estudo você poderá ter acesso ao pesquisador para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Como responsável pela coleta de dados, estarei disponível para esclarecer suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, no telefone (21) 99554-4331 e por meio do e-mail lucyesilva@hotmail.com. Você receberá uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Após a leitura e explicação recebida, acredito ter sido suficientemente esclarecido (a) sobre as informações que li ou que foram lidas para mim, a respeito do estudo: **“A precarização do trabalho dos assistentes sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro”**. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo.

_____, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do (a) participante:



Assinatura do pesquisador:

7.2.**Apêndice 2 – Carta-Convite para os/s Assistentes Sociais Atuantes no SUS no Município do Rio de Janeiro**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Pesquisa: **A precarização do trabalho dos assistentes Sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro**

Pesquisador: Luciana da Conceição e Silva

Prezado (a) Colega Assistente Social, Venho convidá-lo (a) a participar da minha pesquisa de campo para a elaboração da tese de doutoramento junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio, sob a orientação da Professora Dra. Marcia Regina Botão Gomes, com base no projeto de pesquisa “**A precarização do trabalho dos assistentes Sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro**”, já qualificado e aprovado no âmbito do referido Programa.

Esclareço que planejo analisar as relações e condições de trabalho dos assistentes sociais que tiveram experiência no SUS no município do Rio de Janeiro entre os anos 2015 e 2020, seja em unidades de gestão federal, estadual ou municipal, buscando compreender tais relações e condições de trabalho a partir do relato dos profissionais. Neste sentido, solicito sua colaboração respondendo ao questionário com questões objetivas.

Informo que você levará menos de 15 minutos para responder o instrumento, que visa coletar informações sobre as condições e relações de trabalho dos (as) profissionais, para que se possa conhecer quem são e traçar um perfil dos (as) mesmos (as).

Ao responder o questionário, você confirmará sua participação voluntária na pesquisa e estar suficientemente esclarecido (a) sobre as informações que leu a respeito do estudo “**A precarização do trabalho dos assistentes Sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro**”, conforme consta no TCLE em anexo. O estudo terá ainda uma segunda etapa, que constará da realização de

entrevistas semiestruturadas com profissionais com experiência na média e alta complexidade do SUS do Rio de Janeiro, faremos por meio da Plataforma Zoom. O objetivo será analisar as possíveis situações de precarização identificadas no exercício profissional e nas relações e condições de trabalho dos (as) mesmos (as), bem como refletir sobre a condição do (a) assistente social como trabalhador (a) assalariado (a).

Obedecendo aos princípios éticos da pesquisa contidos na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segue em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado de acordo com as recomendações da CONEP.

Agradeço a atenção dispensada à solicitação e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que julgar necessários, pelo e-mail lucyesilva@hotmail.com.br ou pelo tel. (21) 995544331.

Atenciosamente,

Luciana da Conceição e Silva

7.3. Apêndice 3 – Questionário

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Pesquisa: **Assistentes Sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: privatização da gestão e precarização do trabalho**

Pesquisador: Luciana da Conceição e Silva

Pesquisa: **Assistentes Sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: privatização da gestão e precarização do trabalho”.**

E-mail:

Whatsapp:

PERFIL

Qual a sua idade?

1- () 20 a 30 anos 2- () 31 a 40 anos

3- () 41 a 50 anos 4- () acima de 50 anos

Qual seu sexo?

1- () masculino 2- () feminino

Qual a profissão do seu pai? _____.

Qual o nível de escolaridade de seu pai? _____.

Qual a profissão da sua mãe? _____.

Qual o nível de escolaridade de sua mãe? _____.

Qual sua orientação sexual? _____.

Qual seu Estado Civil?

1- () Solteira(o) 2- () Casada(o) 3- () Separada(o)

4- () Viúva(o) 5- () União Estável 6- ()

Divorciada(o)

- **Quantos filhos possui?**

1- () Nenhum 2- () 1 3- () 2 4- () 3 5- () 4 6- () Mais de 4

- **Qual sua renda familiar?**

1- () menos de R\$ 500,00 2- () de R\$ 501,00 a R\$ 1.000,00 3- () de R\$ 1.001,00 a R\$ 1.250,00 4- () de R\$ 1.251,00 a R\$ 1.500,00
 5- () R\$ 1.501,00 a R\$ 2.000,00 6- () R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00 7- () R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00 8- () acima de 5.000,00

- **Qual o número de componentes de sua família?**

1- () 1 pessoa 2- () 2 pessoas 3- () 3 pessoas 4- () 4 pessoas
 5- () 5 pessoas 6- () 6 pessoas 7- () Outros: _____

- **Qual sua cor?**

1- () Branca 2- () Parda 3- () Negra 4- () Amarela
 5- () Outra _____

- **Em que município reside?** _____

- **Em que município trabalha?** _____

- **FORMAÇÃO**

- **Possui outra graduação?**

1- () Sim 2- () Não

Se sim, quais?

- **Instituição em que se graduou em Serviço Social:**

- **Há quantos anos concluiu a graduação em Serviço Social?**

1- () de 0 a 2 anos 2- () de 3 a 4 anos 3- () de 5 a 6 anos 4- () de 7 a 10 anos

5- () de 11 a 15 anos 6- () de 16 a 20 anos 7- () de 21 a 25 anos 8- () 26 a 30 anos

9- () de 31 a 35 anos 10- () mais de 36 anos

- **Possui pós-graduação?**

1- () não 2- () Especialista 3- () Mestre 4- () Doutor(a) 5- () Pós-Doutor(a)
Em que área: _____
Em qual instituição: _____

• **Participou de alguma atividade extra curricular durante a graduação?**

1- () Não participou 2- () Bolsa de Iniciação Científica 3- () Extensão 4- () Simpósio, fóruns, seminários, etc.
5- () Movimento estudantil 6- () PET 7- () Outros _____

• **Há quanto tempo atua na área de Serviço Social?**

1- () de 0 a 2 anos 2- () de 3 a 4 anos 3- () de 5 a 6 anos 4- () de 7 a 10 anos
5- () de 11 a 15 anos 6- () de 16 a 20 anos 7- () de 21 a 25 anos 8- () 26 a 30 anos
9- () de 31 a 35 anos 10- () mais de 36 anos

• **QUAL PERÍODO ATUAÇÃO NO SUS NOS ULTIMOS 5 ANOS?** _____

• **INSTITUIÇÃO**

• **Nível de gestão:**

() Municipal () Estadual () Federal

• **Quantos vínculos empregatícios você possui na área do Serviço Social durante atuação na média/alta complexidade do SUS??**

1- () 1 2- () 2 3- () 3]

Se tem/tinha mais de uma vínculo: Qual motivo?

• **Qual sua relação contratual no SUS?**

1- () Autônomo 2- () Cargo Comissionado 3- () Carteira assinada (CLT)
4- () Concursado / RJU 5- () Contrato Temporário 6- () Prestação de Serviço
7- () Voluntário 8- () Outros _____

• **Qual a natureza jurídica da instituição empregadora?**

1- () Associação sem fins lucrativos 2- () Empresa de Economia Mista 3- () Empresa Privada
4- () Pública Estadual 5- () Pública Federal 6- () Pública Municipal

- **Qual o tempo de atuação na instituição?**

1- () menos de 1 ano 2- () de 1 ano a 1 ano e 11 meses 3- () de 2 anos a 4 anos e 11 meses

4- () de 5 anos a 8 anos e 11 meses

5- () de 9 anos a 12 anos e 11 meses

6- () de 13 anos a 18 anos e 11 meses

7- () de 19 anos a 22 anos e 11 meses

() de 23 anos a 25 anos

9- () acima de 26 anos

- **Qual a nomenclatura do cargo que ocupa na instituição?**

- **Trabalhou durante a Pandemia Covid no SUS ?**

() sim () não

- **Com qual frequência você participa de atividades de educação permanente promovidas pela gestão da unidade?**

() semanal () quinzenal () mensal () trimestral () semestral () anual

- **Você acha que na unidade onde trabalha tem a quantidade de assistentes sociais adequada?**

() Completamente () Em grande parte () Razoável () Pouco () Nada

7.4. Apêndice 4 – Roteiro de Entrevista

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Pesquisa: **Assistentes Sociais no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: privatização da gestão e precarização do trabalho**

Pesquisador: Luciana da Conceição e Silva

1 - Desenvolve atividades, na unidade do SUS em que trabalha/trabalhou, que não competem ao Serviço Social?

1- () Sim 2- () Não

Se sim, quais?

2- As condições de trabalho permitem a atuação profissional tendo por base o Código de Ética de 1993?

3- () Sim 2- () Não 3- () Em

partes Justifique sua resposta:

3 - Possui mais de um vínculo de trabalho como assistente social? O(s) outro(s) vínculos(s) exerce(m) alguma influência sobre o vínculo considerado principal?

1- () Sim 2- () Não

Se sim, Qual(ais)?

4 - Como desenvolve suas atividades?

- 1- () Sozinha(o) 2- () Em equipe de Serviço Social 3- () Em equipe multidisciplinar

5 Quanto tempo leva para se transportar ao trabalho? Como é o transporte até o trabalho?

6 Seu trabalho repercute sobre sua saúde?

- 1- () Sim 2- () Não

Se sim, de que maneira?

7 - Seu trabalho repercute sobre sua vida social, pessoal ou familiar?

- 1- () Sim 2- () Não

Se sim, de que maneira?

8 - Há problemas que dificultam a realização de seu trabalho?

- 1- () Sim 2- () Não

Se sim, quais os principais?

9 - Você já ficou desempregado(a) na área de Serviço Social?

a. Se sim por quantas vezes?_____. Por quanto tempo?__.

10 - Você desenvolveu outra atividade nesse período?

1- () Sim 2- () Não

Se sim, quais?

10 - Você ficou já sem receber salário ou algum outro direito trabalhando no SUS no Rio de Janeiro? Se sim, por Quanto tempo?

11 - A sua instituição passou por algum tipo de reestruturação nos últimos cinco anos?

1- () Sim 2- () Não

Se sim, qual(ais)?

MILITÂNCIA E PARTICIPAÇÃO

12 - Participa de eventos realizados pela categoria?

1- () Sim 2- () Não

Com que frequência?

Por quê?

13 - Participa do Sindicato ou algum movimento social:

1- () Sim 2- () Não

14 - Qual sua situação junto a esse movimento ou sindicato?

1- () Dirigente 2- () Militante de base 3- () Apenas filiado

15 - Trabalho na saúde durante a pandemia Covid 19:

- 1- Se inseriu em contrato novo como assistente social durante a Pandemia Covid? Qual tipo de vínculo?
- 2- Trabalhou como assistente social em mais de um vínculo na Saúde durante a Pandemia Covid 19?
- 3- Teve acesso a Equipamento de Proteção Individual?
- 4- Teve garantido ambientes de descanso e refeitório sem aglomeração no espaço de trabalho no SUS?
- 5- Os ambientes de trabalho eram higienizados com regularidade?
- 6- Foi reorganizada escala para garantir menor exposição ao vírus para os assistentes sociais?
- 7- Teve experiência de quebra repentina de contrato durante a Pandemia Covid?
- 8- Durante o trabalho durante a Pandemia Covid19 ficou sem receber salário ou algum outro direito trabalhista?
- 9- Teve dificuldades de se transportar até o trabalho durante o período da pandemia Covid 19? Quais?
- 10- Adoeceu durante a Pandemia Covid 19 em decorrência do trabalho?