



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TATIANE MARIA DE SOUSA

**O ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO NO CAMPO DA SAÚDE-SUS: MAPEAMENTO
DOS ESPAÇOS SOCIO OCUPACIONAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-
PB.**

Campina Grande-PB

2011

TATIANE MARIA DE SOUSA

**O ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO NO CAMPO DA SAÚDE-SUS: MAPEAMENTO
DOS ESPAÇOS SOCIO OCUPACIONAIS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-
PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso- TCC,
apresentado a Universidade Estadual da
Paraíba-UEPB, como requisito necessário
a obtenção do título de bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Moema Amélia Serpa
Lopes de Souza

Campina Grande – PB

2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

S725a Sousa, Tatiane Maria de.

O assistente social inserido no campo da saúde - SUS [manuscrito]: mapeamento dos espaços sócio-ocupacionais no município de Campina Grande-PB / Tatiane Maria de Sousa. – 2011.

35 f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Moema Amélia Serpa Lopes de Souza, Departamento de Serviço Social”.

1. Políticas de Saúde. 2. Assistente Social. 3. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

TATIANE MARIA DE SOUSA

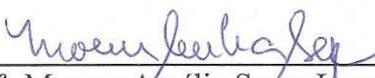
**O ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO NO CAMPO DA SAÚDE-SUS:
MAPEAMENTO DOS ESPAÇOS SOCIO OCUPACIONAIS NO MUNICÍPIO
DE CAMPINA GRANDE-PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso-
TCC, apresentado a Universidade
Estadual da Paraíba - UEPB, como
requisito necessário a obtenção do
grau de bacharel em Serviço Social.

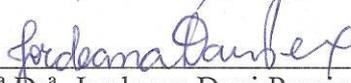
Aprovada em 07/12/11

Nota 90 / (not.)

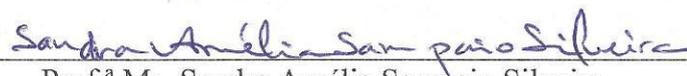
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Moema Amélia Serpa Lopes de Souza



Prof.^a Dr.^a Jordeana Davi Pereira



Prof.^a Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira

Campina Grande- PB

2011

Com muita devoção, dedico este trabalho aos meus amados pais, Henrique Tarso e Valdenizia e a minha querida irmã Valdenia, por terem me ensinado a caminhar com humildade e determinação na busca dos meus ideais, sendo um elo constante de amor em minha vida. Obrigado por vocês existirem.

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor da vida e de tudo o que existe, por ter me dado o dom da vida, e ser presença constante nos momentos tristes ou alegres, sendo o meu pastor.

Aos meus amados pais, Henrique Tarso e Valdenizia, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, que sempre estiveram comigo iluminando os meus caminhos obscuros com afeto e dedicação para que eu trilhasse sem medo e cheia de esperanças, que se doaram inteiros e renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, eu pudesse realizar os meus. Agradeço pelas palavras de conforto, pelas orações, pela torcida em todos os momentos pelo abraço dado nas horas que pensava em fraquejar, me encorajando, acreditando sempre em mim, sendo os meus pilares, por durante toda a minha vida buscaram me orientar com muito amor, paciência, renúncia, dedicação, me incentivando para sempre seguir o caminho do respeito, da perseverança e da honestidade. Pelo amor incondicional, Pela longa espera e compreensão durante esses anos em que estive ausente buscando realizar os meus sonhos. A vocês, não bastaria dizer, que não tenho palavras para agradecer tudo isso. Mas é o que me acontece agora, quando procuro arduamente uma forma verbal de exprimir essa emoção ímpar que me invade. Uma emoção que jamais seria traduzida por palavras. Amo vocês de mais, vocês são a força, que me mantém firme na luta para conseguir realizar todos os meus sonhos. Sem vocês nada valeria à pena.

A minha amada irmã, que esteve sempre comigo em todos os momentos que percorri para chegar até aqui, vivendo comigo e me fazendo acreditar na beleza dos meus sonhos, pela força que me deu em cada obstáculo que enfrentei e pela vibração nas minhas conquistas, me incentivando sempre. Agradeço pelo amor, respeito, admiração, dedicação e principalmente paciência dispensados a mim ao longo dos meus 22 anos, estando sempre presente como um verdadeiro anjo enviado por Deus. Sei que sem ela não estaria aqui.

Ao meu cunhado Ubiratan Oliveira, pelo incentivo dispensado a mim acreditando na minha capacidade e pelo apoio de todos esses anos.

A todos os meus familiares pela força que me deram sempre acreditando na minha vitória, em especial ao meu avô Gabriel e aos meus tios José Luis e Edilena.

A todos os meus amigos que ao longo de toda a caminhada estiveram sempre comigo sonhando, buscando e acreditando que meu sonho se tornaria realidade. Em especial agradeço

a Marayza Medeiros por estar sempre comigo nos momentos que mais precisei pronta a acolher-me no seu afeto e mostrar-me que eu sou capaz.

A todos os professores que durante esta convivência participaram da minha vida acadêmica, trazendo contribuições de uma riqueza sem medidas para a minha vida. Em especial à Moema Serpa e Jordeana Davi, pessoas maravilhosas por termos ultrapassado o convívio da sala de aula me aconselhando sempre com muito carinho, respeito e paciência na busca incessante pelo meu conhecimento;

A todas as minhas colegas de sala que durante esses quatro anos de convívio desfrutamos bons momentos, superamos dificuldades, e que Juntas transpusemos muitas barreiras e carregamos a marca da experiência que tivemos.

Obrigado a vocês que compartilharam os prazeres e dificuldades desta jornada. A todos que me deram seus votos de confiança, apoiando-me a cada passo na conquista desta formatura, expresso todo meu carinho e sinceros agradecimentos.

“Quem teve a idéia de cortar o tempo em fatias, a que se deu o nome de ano, foi um individuo genial. Industrializou a esperança, fazendo-a funcionar no limite da exaustão. Doze meses dão para qualquer ser humano se cansar e entregar os pontos. Aí entra o milagre da renovação e tudo começa outra vez, com outro numero e outra vontade de acreditar de que daqui pra diante tudo vai ser diferente”.

Carlos Drummond de Andrade

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

BM - Banco Mundial

CAPS- Centros de Atenção Psicossocial

CEREST- Centro de Referência Saúde do Trabalhador

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CRESS- Conselho Regional de Serviço Social

ESF- Estratégia Saúde da Família

FMI- Fundo Monetário Internacional

GEAPS - Grupo de Estudo, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais

GETRAPS - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho e Proteção Social

ISEA- Instituto de Saúde Elpidio de Almeida

LOS- Lei Orgânica da Saúde

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OSCIP- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PACS- Projeto de Agentes Comunitários de Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

SUAS - Sistema Único da Assistência Social

UBSF- Unidade Básica Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRAFICOS

Gráfico 1: Vínculo empregatício dos (as) Assistentes Sociais inseridas no SUS no município de Campina Grande -----	27
Gráfico 2: Carga horária dos (as) Assistentes Sociais inseridas no SUS no município de Campina Grande -----	29
Gráfico 3: Tempo de Serviço dos (as) Assistentes Sociais inseridos no SUS do município de Campina Grande -----	31

TABELA

Tabela 1: Serviços da Rede Assistencial do SUS e a lotação dos (as) Assistentes Sociais no município de Campina Grande -----	25
--	----

SUMARIO

RESUMO -----	
ABSTRACT -----	
1 INTRODUÇÃO -----	13
2 A SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988 -----	14
2.1 A Contrarreforma na Política de Saúde-----	17
3 O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE -----	20
4 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL INSERIDO NA SAUDE - SUS NO MUNICIPIO DE CAMPINA GRANDE -----	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	32
REFERENCIAS -----	33

RESUMO

O trabalho do (a) Assistente Social assume relevância como objeto de estudo no atual contexto, diante do significativo crescimento do setor público municipal como empregador da força de trabalho no âmbito das políticas sociais, especialmente no campo da saúde. Este profissional tem sido cada vez mais, requisitado para atuar frente às novas demandas advindas do reordenamento das políticas sociais. Assim o presente trabalho é resultado de estudos realizados a partir do subprojeto 1 : As configurações do trabalho do assistente social no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de João Pessoa e Campina Grande – Paraíba, ligado ao projeto de pesquisa integrado proposto para o Edital 01/2010 - PRPGP/UEPB - TRABALHO, POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL. Apresenta como principal objetivo analisar a inserção do Assistente Social inserido no campo da saúde – SUS no município de Campina Grande-PB. Para atender a esse objetivo procuramos: mapear os espaços sócio-ocupacionais em que estão inseridos os (as) assistentes sociais nestes municípios. As análises aqui referidas estão pautadas no método crítico-dialético, por entendermos que este busca compreender a realidade em sua totalidade. Na coleta de dados nos utilizamos da pesquisa bibliográfica e documental, bem como da aplicação do formulário junto aos gestores municipais, que permitiu um mapeamento dos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais na saúde, na esfera municipal. Os resultados evidenciam informações sobre os serviços que incorporam o (a) assistente social, como o vínculo empregatício de trabalho, o tempo de serviço, os tipos de serviços e sua carga horária. A síntese dessas informações indicou aspectos relevantes para refletir sobre o exercício profissional no atual contexto. Foi possível identificar algumas tendências assumidas pela inserção dos (as) assistentes sociais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), relacionando às atuais configurações do mercado de trabalho profissional.

Palavras chaves: Serviço Social. Política de Saúde. Espaço sócio-ocupacional.

ABSTRACT

The work of (a) Social Worker assumes significance as an object of study in the current context, given the significant growth of the municipal public sector as an employer of labor in social policies, especially in the health field. This work has been increasingly required to act in the face of new demands resulting from the reordering of social policy. Thus the present work is the result of studies conducted from subproject 1: Configurations of the work of social workers in the Unified Health System (SUS) in the city of João Pessoa and Campina Grande - Paraíba, connected to the research project for the proposed integrated Notice 01/2010 - PRPGP / UEPB - LABOUR, SOCIAL POLICY AND SOCIAL WELFARE. Features meant to examine the inclusion of the social worker entered the field of health - SUS in the city of Campina Grande-PB. To meet this objective we will: map the socio-occupational areas in which they are inserted (the) social workers in these cities. Analyses referred to herein are guided in critical-dialectical method, because we believe that seeks to understand reality in its entirety. In collecting data on the use of literature and documentary, as well as the application form along with city managers, enabling the mapping of areas of socio-occupational social workers in health, the municipal level. The results reveal information about the services that incorporate (a) social worker, as the employment of labor, length of service, the types of services and their workload. The synthesis of this information indicated aspects relevant to reflect on professional practice in the current context. It was possible to identify some trends assumed by the insertion of (the) social workers under the National Health System (SUS), relating to the current settings of the market for professional work.

Keywords: Social Service. Health Policy Space socio-occupational.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de estudos realizados a partir do projeto de pesquisa integrado proposto para o Edital 01/2010 - PRPGP/UEPB - TRABALHO, POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL. Este projeto é composto por dois subprojetos: SUBPROJETO 1: As configurações do trabalho do assistente social no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de João Pessoa e Campina Grande – Paraíba e o SUBPROJETO 2: As configurações do trabalho do assistente social no Sistema Único da Assistência Social (SUAS) no município de João Pessoa e Campina Grande – Paraíba. O presente artigo tem como objetivo identificar particularidades das atuais configurações do trabalho do Assistente Social no município de Campina Grande no âmbito do SUS.

O artigo priorizou a sistematização dos dados do município de Campina Grande que se referem a vínculo empregatício, carga horária, tipos de serviços que os Assistentes Sociais estão inseridos e o tempo de serviço. Tais dados vêm auxiliar na compreensão das determinações que delimitam o espaço sócio ocupacional dos Assistentes Sociais na Política Municipal de Saúde – SUS. A fonte das informações aqui sistematizadas teve como objetivo analisar a inserção do Assistente Social inserido no campo da saúde - SUS. De forma específica, buscamos mapear os espaços sócio-ocupacionais em que estão inseridos os assistentes sociais na Política Municipal de Saúde (SUS) no município de Campina Grande-PB.

Para alcançarmos os objetivos desta investigação adotamos o método crítico-dialético, que nos possibilitou realizar uma análise mais ampla da realidade social, na qual a problemática está inserida. Entendemos que este método permite uma análise além da aparência, apontando, caminhos para a transformação da mesma, uma vez que é capaz de assinalar as causas e as conseqüências dos problemas, suas contradições e suas relações.

Para iniciar o processo de coleta de dados submetemos o projeto à avaliação do Comitê de Ética da UEPB, aprovado para execução em 08/06/2011, com a devida autorização da instituição co-participante, a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. A orientação metodológica desta pesquisa privilegiou como fontes de dados: estudos documentais, bibliográficos e de campo. Como fonte empírica, nos utilizamos dos dados coletados pela pesquisa de iniciação científica- Pibic entre os meses de Maio a Agosto de 2011, que nos permitiu, através do preenchimento de um formulário específico junto aos

gestores do SUS e da Secretaria Municipal de Saúde, realizar o mapeamento dos espaços sócio-ocupacionais em que estão inseridos os Assistentes Sociais no município de Campina Grande *locus* dessa pesquisa. No entanto frente à desatualização do cadastro de pessoal da secretaria, em alguns casos, foi necessário o contato direto com os assistentes sociais para a confirmação de dados funcionais.

Desta forma, o presente artigo sintetiza os estudos documentais, bibliográficos e de campo, e optamos por apresentá-los em quatro seções: a primeira aborda a política de saúde pós constituição de 1988, com ênfase nos projetos em disputa: o projeto de saúde pautado nos ideais da Reforma Sanitária e o projeto privatista pautado na visão mercadológica; a segunda discorre sobre a contrarreforma na política de saúde, trazendo uma reflexão teórica sobre as implicações para os serviços públicos e para os trabalhadores; a terceira discute a inserção do Assistente Social no campo da saúde e a quarta e última apresenta os resultados da pesquisa, que analisa alguns dados referentes ao mapeamento dos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais no SUS em Campina Grande.

Reiteramos a relevância deste estudo no atual contexto diante do significativo do crescimento da esfera público municipal como empregador da força de trabalho no âmbito das políticas sociais, fruto do processo de descentralização político-administrativo, que demanda para a esfera municipal a expansão do mercado de trabalho. As informações aqui sistematizadas possibilitaram um conjunto de análises apontando, de forma preliminar, os determinantes e as tendências das atuais configurações do trabalho do assistente social no campo da política de saúde na esfera municipal.

2 A SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988

No Brasil a saúde está vinculada à Seguridade Social, que ganhou amparo legal por meio da Constituição de 1988, constituída pela tríade: saúde, assistência social e previdência social, fundamentais para se estabelecer um patamar qualitativo que vise favorecer o cidadão em suas necessidades sociais mais prementes. Segundo Bonavides (2004), a Seguridade Social trás elementos que são fundamentais para atender às necessidades do cidadão. O tripé da seguridade social brasileira permite que o Estado assuma funções que garanta ao cidadão melhores condições de vida, preservando o acesso à serviços ou benefícios fundamentais para seu bem-estar.

A saúde, com a promulgação da Constituição de 1988, ganhou novos paradigmas legais, traduzindo-se como direito universal assegurado a todo cidadão de forma gratuito e com garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade das ações de saúde. Nesta direção, o Estado passa a ter um papel relevante na condução das políticas atinentes à saúde, devendo disponibilizar um serviço que atenda às necessidades da população. O SUS, como sistema integrante da Seguridade Social, representa uma política estruturante de Estado, formulado e implementado por comando único nos âmbitos do governo federal, dos estados e municípios, visando realizar ações destinadas a todas as pessoas, classes e grupos sociais.

Essas reflexões iniciais nos auxiliam na apreensão da política de saúde brasileira e que nos anos 1990, apresenta tensões e propostas entre os dois grandes projetos em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária - construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988 e o Projeto de Saúde articulado ao mercado privatista, hegemônico a partir da segunda metade da década de 1990.

Apesar do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e das conquistas jurídico-institucionais (Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde/Leis 8.080/90 e 8.142/90), a política de saúde no Brasil vem passando por momentos distintos em relação à reforma sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normatizações visando consolidar a contrarreforma na saúde.

É pertinente mencionar que a sociedade contemporânea vem atravessando, desde a década de 1970, uma crise global que tem como possibilidade real o retrocesso social e a barbárie. Manifestações importantes dessa crise se expressam na crise do Estado de bem-estar e na crise do chamado socialismo real - propostas que, cada uma a seu modo, procuraram soluções para os antagonismos próprios à ordem do capital (NETTO,1991).

Nesse contexto de transformações e crises, considera-se que existem hoje no Brasil, em conexão com a dinâmica sociopolítica e econômica internacional, dois grandes projetos societários antagônicos: o da sociedade sustentada em uma democracia restrita, que diminui os direitos sociais e políticos, e o de uma sociedade fundada na democracia de massas, com ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base (NETTO, 1990). Esses dois grandes projetos societários têm repercussões nas diversas áreas das políticas sociais. Na saúde, destacam-se conforme mencionado o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista.

O Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980, tem como estratégia a consolidação do SUS e é fruto de lutas e mobilização dos profissionais de Saúde, articulados ao movimento popular. Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacam-se: melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública com controle social. Outros aspectos significativos da proposta são: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. Sua premissa básica consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado. (BRAVO, 1996).

O Projeto de Reforma Sanitária propõe uma relação diferenciada do Estado com a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde. Esses mecanismos constituem inovação fundamental na gestão da política de saúde. No entanto esse projeto, na atual conjuntura brasileira, tem sido questionado, constituindo-se numa proposta contra-hegemônica.

Por outro lado, o projeto privatista está pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos através da racionalização da oferta e da descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso. (BRAVO, 1996)

Como aponta Costa (2007), as reformas no campo da saúde nessa direção, tem apresentado como propostas: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde; a ampliação da privatização, com estímulo ao setor privado; descentralização dos serviços em nível local e; eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. Assim, no bojo dessas propostas, o que se percebe é que a universalidade do direito, um dos fundamentos centrais do SUS, e contido no projeto de Reforma Sanitária é um dos aspectos que tem provocado tensão e resistência dos formuladores do projeto saúde voltado para o mercado. As premissas dessa proposição pautam-se em concepções individualistas e fragmentadas da realidade em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra- hegemônico. Como estratégias destacam-

se a ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma pelos custos da crise, conclamando a sociedade a atuar na esfera da refilantropização.

Assim, no embate dos dois projetos explicitados considera-se necessário, construir uma pauta com os diversos sujeitos sociais, em torno de questões que possam resgatar o projeto de reforma sanitária na sua totalidade e, não apenas restrito a defesa do SUS que temos hoje. Desta forma, segundo Bravo (1996) somente o aprofundamento da democracia e a mobilização dos movimentos organizados da sociedade poderão fazer face a ótica neoliberal privatista que naturaliza a saúde, enfocando-a como individual, fragmentada, personalizada e focalista.

2.1 A contrarreforma na política de saúde

Como apresentamos anteriormente, a área social no Brasil, com destaque para a saúde, constitui-se hoje o terreno mais conflituoso e exposto na nossa sociedade, na medida em que é particularmente sensível as condições econômicas de restrição financeira imposta pelas políticas de ajuste econômico implantadas em nosso País.

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa estratégia focalista, onde o local é privilegiado como único espaço capaz de dar respostas supostamente mais “eficientes” e acordes às necessidades da população. Retrocedemos a uma visão “comunitária” onde as pessoas e as famílias passam a ser responsáveis últimas por sua saúde e bem - estar. Com essa lógica, o que se vê é o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza. Por trás de um falso e importado conceito de *empowerment*¹, está o abandono do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza (GONÇALVES, 2009).

É durante a década de 1990, que emerge o projeto neoliberal representando uma estratégia de reorganização do capital a nível internacional, confrontando-se rispidamente

¹ Segundo Dunlop, *empowerment* é uma via que permite melhorar a qualidade, a produtividade e, conseqüentemente, o serviço prestado aos clientes. Consiste na delegação de autoridade e de responsabilidade e favorece a criação de relações de confiança entre os colaboradores das empresas. (DUNLOP, 1990. P.11)

com o projeto de ampliação da democracia. (GONÇALVES, 2009). Impõem-se uma lógica que orienta a política de saúde nos anos 90, num contexto que não pode ser ignorado, sob a pena de cairmos no reducionismo e no “possibilismo” de soluções tecnocráticas para o setor saúde, com a aceitação acrítica de programas federais verticais e autoritários travestidos de “inovadores” e “modernos”. Desse modo, a política de saúde rege-se por uma agenda restritiva, na qual os princípios de eficácia, efetividade e economia nos gastos públicos sobrepõem-se à universalização e equidade. O alinhamento aos programas de ajuste econômico se expressa na contenção da demanda pela redução dos gastos públicos e na realocação de recursos visando gerar *superávits* na balança comercial. Na análise do financiamento em saúde, constata-se que os recursos executados para o setor saúde são substantivamente inferiores àqueles destinados à amortização e pagamento de juros e encargos da dívida interna e externa do governo federal. No contexto de Reforma do Estado brasileiro, a implementação da política de saúde introduziu conceitos que se afastam dos preceitos fundamentais da Reforma Sanitária, podendo ser o “fim das engenharias universalistas baseadas em instituições públicas” (COSTA, 1998).

Essa contrarreforma do Estado consubstanciou para o Brasil a retomada a um sistema residual seletivo já vivenciado na sociedade brasileira, conferindo às políticas sociais apenas a função compensatória e paliativa, revertendo então todas as conquistas adquiridas na década de 1980. No interior deste contexto estavam às políticas sociais que vão sofrer, a partir destes anos, profundas e acirradas modificações. (BEHRING, 2007).

Como destaca Correia (2007), o SUS foi atacado em seu caráter universal e público visando ao seu desmonte através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde. Ela enfatiza:

Entender o paradoxo entre o SUS legal, conquistado no final dos anos 80 e início dos anos 90, e o SUS real (ataques ao seu caráter universal e público), remete-nos a situar o contexto da crise contemporânea do capital, o papel que o Estado e a sociedade civil passam a assumir neste contexto e o protagonismo dos organismos financeiros internacionais na definição das políticas estatais dos países de capitalismo periférico, em especial na política de saúde (CORREIA, 2007.P.12).

Seguindo a tendência das políticas sociais brasileiras, comparecem de forma enfática as orientações dos organismos internacionais, como FMI e Banco Mundial. No campo da saúde eles formalizam recomendações no sentido da racionalização de gastos na área social e do fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos (CORREIA, 2007). De acordo com as orientações do Banco Mundial, a prioridade deve ser:

A quebra da universalidade do atendimento à saúde, priorização da atenção básica, a utilização da mão de obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres (CORREIA, 2007; p.27).

Na análise de Correia (2007), existe uma clara sugestão para a seletividade do acesso e, conseqüentemente, à quebra da universalidade: “os programas devem orientar-se especificamente para os pobres e considerar explicitamente a sua situação” (BANCO MUNDIAL APUD CORREIA, 2007, p.7). Em outras palavras saúde pública para os que não podem pagar e para os que podem o acesso deve se dar através do setor privado. Desta forma, a contrarreforma na saúde vem sendo caracterizada pela incorporação da lógica da mercadorização, que se concretiza através de iniciativas de privatização dos serviços. A tendência que prevalece é: o rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde; um modelo assistencial baseado na oferta da atenção básica e na racionalização da média e alta complexidade; a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, privatizando e terceirizando serviços de saúde; repasse de serviços e recursos públicos para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – (OSCIPs), Fundações de Apoio e Cooperativas de Profissionais; implantação de duplo acesso em hospitais públicos e de mecanismos de co-pagamento, bem como precarizando o trabalho em saúde através das formas flexíveis de contratação e o estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde.

De acordo com Soares (2004), estas orientações econômicas têm acarretado grandes impactos nas políticas sociais, a tese central do governo é que a solução não está na expansão do gasto social e, sim, na focalização. Continua-se com políticas focais, em detrimento da lógica do direito e da seguridade social universalizada. A contrarreforma interrompeu o início da implementação do SUS conforme seu marco legal original. (SOARES, 2010)

Assim, as principais particularidades da contrarreforma na saúde está associada a refuncionalização dos princípios do SUS e de seus fundamentos, que não são negados explicitamente, mas adquirem conteúdos distintos da racionalidade da reforma sanitária bem como, o transformismo de lideranças do movimento de reforma sanitária com seu engajamento ativo na formulação da contrarreforma da saúde.

Neste contexto, segundo Soares (2010), a mercadorização do SUS vem ocorrendo de forma gradual e progressiva. A esfera privada vem redesenhando o formato original do sistema, ela vem participando de modo efetivo na política de saúde pública, inclusive no âmbito administrativo/gerencial e de gestão, que é justificado, pelo discurso das parcerias

Público-Privadas para gerir a saúde, criando as possibilidades concretas do usufruto direto do fundo público pela lógica privada.

Ainda de acordo com a autora dentre os eixos estruturadores da racionalidade da contrarreforma na saúde podemos destacar:

Novos modelos e instrumentos de gestão – como proposições que defendem a tecnificação da gestão como solução para os problemas e contradições do SUS, pautados também e principalmente em mudanças na gestão do trabalho. Dentre estes modelos e instrumentos, podemos destacar a – pactuação e consensualização a contratualização de metas, a participação concebida de forma colaboracionista e solidária, entre outros (SOARES, 2010, p. 345)

Desta forma, é instituída no SUS a lógica mercadológica, de modo que as práticas profissionais devem obedecer a metas e objetivos específicos, o que remete ao aumento da produtividade do trabalho e de sua exploração no campo da saúde pública.

3 O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE

No que se refere ao campo de atuação profissional do assistente social, a política pública de saúde tem representado, historicamente o espaço profissional que mais tem absorvido profissionais, tornando-se um campo consolidado.

A inserção dos assistentes sociais na saúde é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão² e por um conjunto de necessidades ligadas ao desenvolvimento da saúde e da prestação de cuidados num determinado momento histórico e sócio político (COSTA, 2007).

Na busca de referenciar a atuação profissional o CFESS construiu coletivamente o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Social na Saúde”, elaborado em março de 2009. Este documento destaca algumas dimensões das ações em que os assistentes sociais realizam na área da saúde: ações assistenciais; em equipe; sócio-educativas; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Esse documento assume relevância para referenciar a prática profissional no âmbito da saúde.

² O Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da resolução nº 218/1997, reconheceu o assistente social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior. O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS através da resolução 383/1999- define os Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, reafirmando o Assistente Social como profissional de saúde.

O reconhecimento – no plano jurídico – dos assistentes sociais como profissionais integrantes das equipes de saúde, aponta uma possibilidade para que a atividade profissional não esteja mais associada a uma atividade “subsidiária” e de menor importância dentro das equipes de saúde. Como integrantes da equipe de saúde não são mais auxiliares da ação médica, ou para-médicos, como eram concebidos antes.

Iamamoto (2008) destaca que, ao atuar na área da saúde, o assistente social participa de um processo de trabalho coletivo cujo produto é fruto de um trabalho cooperativo, forjado com a contribuição das diversas especializações do trabalho. O reconhecimento do caráter coletivo do trabalho proporciona uma ampliação da visão do profissional, retirando o foco de análise da relação estritamente interindividual entre assistente social e usuário, visto que, o produto do trabalho não depende exclusivamente da competência do assistente social.

Segundo Bravo et al Matos (2009) o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético política do Serviço Social. Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social a saúde. Com isso, a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde, segundo os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na saúde CFESS (2009) deve estar destinada a “produzir” serviços voltados para a população.

Ainda segundo os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde-CFESS (2009) pensar hoje uma atuação competente e crítica para a profissão nesse campo consiste em: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; buscar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à

saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos usuários no processo de democratização das políticas sociais.

Neste sentido, o trabalho do assistente social na saúde é necessário, na medida em que busca a efetivação do SUS, na perspectiva da universalização dos direitos, na formulação e viabilização dos serviços públicos, como também em sua fiscalização, controle e participação dos indivíduos sociais enquanto sujeitos de direitos da política de saúde. No entanto, conforme os Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde tais preceitos presentes na formação profissional vêm enfrentando grandes desafios para a sua efetivação, uma vez que o projeto profissional do Serviço Social se contrapõe ao projeto societário privatista hegemônico.

Segundo Soares (2010), as particularidades que impulsionaram a ampliação do número de assistentes sociais no SUS na década de 1990 são diferentes das particularidades atuais que engendram um novo processo expansivo da profissão. O que se coloca na inserção atual do assistente social na área de saúde é o fato de que essa “prática” atua justamente nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam a exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica curativa e individual.

É nesse contexto que surgem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS, e que determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social, qual seja nas contradições presentes no processo de racionalização e organização do sistema (MATOS, 2000).

Para propiciar um maior entendimento do trabalho do assistente social na saúde, Miotto e Nogueira (2006) esboçam três eixos norteadores das ações profissionais que se configuram enquanto processos sócio-assistenciais, processos de planejamento e gestão e processos político organizativos.

Para as autoras, os processos sócio-assistenciais são desencadeados na intervenção direta com os usuários, geralmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis, que apresentam demandas urgentes, sendo objetivada a construção de sua autonomia em relação à instituição e à sociedade. Estes processos são desenvolvidos no âmbito institucional classificando-se como ações periciais, sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas e sócio-educativas.

Outro aspecto destacado refere-se aos processos de Planejamento e Gestão que correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas em nível de gestão, no âmbito das instituições e serviços e no nível de planejamento e gestão de serviços sociais em instituições. Envolvem formulação, monitoramento e avaliação de projetos/programas e sistematização das ações profissionais com análise de demandas (através de pesquisas, levantamentos e diagnósticos sociais). Contemplam ações relativas à gestão e avaliação institucional, de serviços, de políticas públicas e das ações profissionais que visem à gestão da informação e a consolidação de informações a partir de documentação do processo interventivo do assistente social (diário de campo, fichas, estudos, relatórios).

Por fim, apresentam os processos Político-Organizativos que correspondem a ações de assessoria, mobilização e consultoria aos movimentos sociais e instituições da sociedade civil norteadas pela universalização do acesso e pela efetivação e conquista dos direitos sociais. Esses processos contribuem para a politização e ampliação da representatividade da população frente aos diversos espaços de poder.

Mioto (2007) sinaliza para a importância dos três eixos de atuação profissional ressaltando que:

as ações profissionais devem ser pensadas de forma a organizar a prática profissional e de forma que se reconheçam, além das demandas individuais, demandas coletivas. [...] demandas de segmentos majoritários da classe trabalhadora e que além de serem comuns à grande parte dos trabalhadores, também só poderão ser enfrentadas coletivamente (MIOTO, 2007: p.114).

É importante mencionar que a área da saúde continua absorvendo um quantitativo significativo de assistentes sociais. Entretanto, essa inserção encontra-se tensionada entre necessidades e ausência de recursos, entre a racionalidade social e a racionalidade burocrática, entre a necessidade de integrar ações e a compartimentação das respostas, entre a concepção biomédica hegemônica e uma concepção integrada das dimensões da vida humana voltada para a prestação de cuidados de natureza preventiva/promocional, curativa e paliativa, articulados e adequados às necessidades de cada cidadão (SOARES, 2010).

Desta forma, é importante conformar um perfil do espaço sócio- ocupacional e das relações e condições de trabalho dos Assistentes Sociais, demarcando aspectos relevantes para indicar as atuais configurações do exercício profissional no atual contexto. Neste sentido apresentaremos o espaço sócio-ocupacional da saúde e o perfil dos Assistentes Sociais inseridos neste sistema no município de Campina Grande - PB.

4 A inserção do Assistente Social inserido na saúde - SUS no município de Campina Grande.

A política de saúde tem constituído-se como um expressivo mercado de trabalho para os assistentes sociais. Com a crescente municipalização da política de saúde novas competências são atribuídas aos municípios, dentre elas, a de contratar profissionais para garantir o desenvolvimento local da política, fato que reflete na ampliação da contratação dos assistentes sociais.

Como já destacamos, a inserção do assistente social no campo da saúde tem se tornado cada vez mais necessária nos processos que estabelecem a promoção, prevenção e recuperação da saúde em diferentes níveis. No que tange ao município de Campina Grande o Assistente Social, está inserido no SUS, como profissional que se faz presente no nível da Atenção Básica, da Atenção Ambulatorial e Hospitalar Especializada e ao nível gerencial, na Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere aos tipos de serviços a tabela 1, permite identificar os locais de trabalho dos 76 assistentes sociais identificados no município. Podemos perceber uma distribuição entre os diferentes níveis de complexidade.

Essas informações requisitam uma melhor distinção dos tipos de serviço caracterizados como: Atenção Básica, Atenção Ambulatorial e Hospitalar Especializada e de ação gerencial - Secretaria Municipal de Saúde.

A Atenção Básica corresponde a um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

A Atenção Ambulatorial e Hospitalar Especializada compreendem um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização

de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade (MINISTERIO DA SAÚDE,2004).

A Secretaria Municipal de Saúde, que demanda as ações de cunho gerencial, é um órgão diretamente subordinado a Prefeitura, e tem como gerência organizar, financiar, monitorar e promover a assistência médico-hospitalar, odontológica, de profilaxias, campanhas sanitárias e epidemiológicas de prevenção, bem como instituir o atendimento e acolhimento humanizado ao usuário da rede municipal de saúde.

Tabela 1: Serviços da Rede Assistencial do SUS e a lotação dos (as) Assistentes Sociais no município de Campina Grande.

SERVIÇOS	NUMERO ABSOLUTO	PORCENTAGEM %	NIVEL DE ATUAÇÃO
ISEA	18	23,68%	Atenção Ambulatorial e Hospitalar Especializada
UBSF	13	17,10%	Atenção Básica
CENTROS DE SAÚDE	12	15,78%	Atenção Ambulatorial e Hospitalar Especializada
NASF	9	11,84%	Atenção Básica
CAPS	8	10,52%	Atenção Ambulatorial e Hospitalar Especializada
SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE	8	10,52%	Atenção Ambulatorial e Hospitalar Especializada
CEREST	3	3,94%	Atenção Ambulatorial e Hospitalar Especializada
HOSPITAL PSIQUIATRICO DR EDGLAY	2	2,63%	Atenção Ambulatorial e Hospitalar Especializada
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - OUVIDORIA	1	1,31%	Ação Gerencial
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	1	1,31%	Ação Gerencial
PROGRAMA BEM ESTAR	1	1,31%	Atenção Básica
TOTAL	76	100%	

Fonte: Pesquisa de campo realizada entre os meses de Maio à Agosto de 2011.

Feitas essas considerações, retomamos a análise da tabela 1. Identificamos que os principais tipos de serviços de incorporação dos (as) Assistentes Sociais no município de Campina Grande são: ISEA com um percentual de 23,68%, UBSF com 17,10%, Centros de Saúde com 15,78%, NASF com um percentual de 11,84% , o CAPS e o Serviço Municipal de Saúde com a mesma porcentagem de 10,52%, os demais tipos de serviços não apresentam porcentagens significativas.

Desta forma é possível observar que no campo da saúde no referido município com a implementação da municipalização há uma crescente demanda por profissionais que atuem no Âmbito da media complexidade, em detrimento da atenção básica, demonstrando a heterogeneidade de experiências quanto às mudanças nos sistemas locais de saúde.

Entretanto, é importante salientar que no ano de 2003 com o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família - ESF no município de Campina Grande e, posteriormente com a criação do Núcleo de Apoio Saúde da Família - NASF, em 2008, em Campina Grande, ocorre uma maior incorporação do Serviço Social na atenção básica.

De acordo com o exposto, observa-se que cada vez mais, os assistentes sociais têm sido requisitados para desenvolverem sua prática voltada às ações imediatas e emergenciais. A potencialidade da intervenção profissional no campo da promoção e prevenção da saúde não tem sido muito requisitada. Isso demonstra a priorização da gestão municipal em ações de caráter curativo e emergencial, compatível com as fontes de financiamento e a qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica.

Segundo Soares (2010) tais dados são expressivos das contradições do SUS e de sua racionalidade hegemônica, tendo em vista que a política de Saúde mesmo tendo como uma de suas principais diretrizes a centralidade na atenção básica e, dentro desta, a Estratégia Saúde da Família, a maior parte dos (as) Assistentes Sociais encontram-se na média e alta complexidade, sendo demandados a atuar em emergências.

Neste sentido, esses dados expressam que mesmo com o aumento do número de ações na atenção básica, com o crescimento da cobertura das equipes de saúde da família no município e a implantação no ano de 2008 do NASF, não houve uma mudança significativa no modelo de atenção, que ainda encontra-se centrado na assistência individual e curativa.

Na análise de Soares (2010) concentrar o Serviço Social em instituições de saúde que desenvolvem preponderantemente ações assistenciais no âmbito dessa política, requisitando dos profissionais a ênfase nessas ações com um conteúdo cada vez mais emergencial, vincula

o exercício profissional na saúde pública as necessidades da racionalidade referenciadas nessas ações.

Tal fato concorre para as observações de Netto (2007) sobre a redução do Serviço Social à assistência, mesmo compreendendo que isso fundamentalmente ocorre devido às necessidades sociais postas pelo Estado e pela política social brasileira. Ainda Netto (2007) observa que tal processo só é possível porque encontra ressonância no corpo profissional, tanto dos vetores históricos da cultura profissional que concebem a profissão como centrada na assistência, quanto pelos segmentos compostos por antigas lideranças da esquerda que se renderam ao possibilismo e transformismo.

Conforme apresentamos anteriormente, o vínculo de trabalho também constitui uma das variáveis deste estudo, portanto, o gráfico 2 apresenta as informações obtidas a partir da coleta de dados realizada no município de Campina Grande.

Gráfico 1 Vínculo empregatício dos (as) Assistentes Sociais inseridos no SUS do município de Campina Grande



Fonte: Pesquisa de campo realizada entre os meses de Maio e Agosto de 2011

Os dados referentes ao vínculo de trabalho dos profissionais de Campina Grande demonstram que 60,81% possuem uma relação trabalhista formal. Isso demonstra que o vínculo de estatutário tem uma prevalência significativa nesta área na esfera municipal.

Esses dados também revelam uma tendência predominante a nível nacional sobre a natureza da instituição de principal vínculo empregatício para os assistentes sociais. Compatível com os dados da pesquisa do CFESS (2005) pode identificar que o principal tipo

de vínculo empregatício das (os) Assistentes Sociais é o estatutário apresentando 55,68% ao nível nacional ressaltando que o vínculo estatutário prevalece em todas as regiões. No Nordeste a inserção do Serviço Social na esfera pública representa 75% da força de trabalho empregada na região (CFESS, 2005) e o vínculo de estatutário representa 45,45%. Para a região os profissionais com vínculos de prestadores de serviços e os contratos temporários representam 23,97%, um dado preocupante diante de um campo que tem consolidado, historicamente, o vínculo de estatutário no serviço público.

O gráfico 1, demonstra que 25,68% são prestadores de serviços, caracterizados por profissionais admitidos através de contratos de trabalho temporários. Esse percentual acompanha a tendência da região Nordeste demonstrando os primeiros indícios da precarização dos vínculos mesmo na esfera pública estatal. Percebe-se um indicativo de crescimento no número de profissionais que tem ingressado no mercado de trabalho como prestadores de serviço ou através de um contrato, fato que revela uma alteração no mercado de trabalho do Assistente Social.

Desta forma, isso representa uma ampliação expressiva de contratação temporária e, muitas vezes, sem cobertura de direitos trabalhistas. Esses vínculos de trabalho se caracterizam como de curta duração comprometendo a qualidade e continuidade do serviço pela expressiva rotatividade dos postos de trabalho. A reflexão que podemos estabelecer com essa forte tendência é a nova lógica da gestão do trabalho no serviço público, que privilegia uma força de trabalho longe dos padrões de regulamentação do Regime Jurídico Único.

O vínculo estatutário via concurso e com estabilidade não é compatível com a lógica mercadológica e privatista que impera na saúde. Dentro dessa nova lógica, é necessário transpor para o serviço público a lógica privada de gestão administrativa de pessoal e apresentar uma suposta eficiência e produtividade que, na verdade, é incompatível com a finalidade dos serviços públicos. (GOÉS, SOUSA, SILVA, SOUZA, 2011).

É importante, ainda, destacar que embora tenhamos um maior percentual de vínculo empregatício efetivo/estatutário, não podemos afirmar que os assistentes sociais não encontram rebatimentos da precarização no seu fazer profissional, pois a dimensão da precarização envolve outros condicionantes como as condições de trabalho, o padrão salarial e as exigências colocadas à profissão.

Os dados referentes aos profissionais denominados de cedidos – vinculados a outras instituições na esfera estatal – e os de cargos comissionados apresentam-se pouco expressivos.

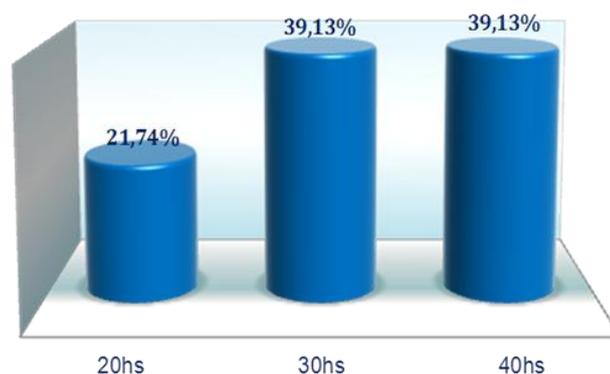
Entretanto, é bom destacar que existe uma mobilidade de profissionais entre instituições públicas de esferas distintas, como resultado do processo de municipalização das ações de saúde. O município passa a assumir um conjunto de ações que requerem práticas profissionais específicas e, por outro lado, vem se constituindo paulatinamente a retração do Estado na prestação direta dos serviços, que muitas vezes não abre vagas para o cargo como o de assistente social nos concursos públicos.

Estes fatos afetam as contratações fazendo com que os profissionais que trabalham no setor saúde tenham que se dividir entre as diversas esferas, inclusive privilegiar os vínculos com mais de um município. Podendo esses profissionais estar vivenciando um duplo vínculo empregatício, visto que os salários pagos à categoria profissional na esfera estatal, seja no município ou no Estado, variam de um salário mínimo e meio à três salários mínimos. (GOÉS, SOUSA, SILVA, SOUZA, 2011).

Isso corrobora a afirmação de que a descentralização das políticas sociais no Brasil tem transferido a sua execução da esfera federal e estadual para a municipal, a partir dos anos 1990. Rebatendo na esfera municipal de prestação direta de serviços sociais públicos, assumidos, então, pelas instituições públicas municipais (BEHRING, 2007). Desta forma, se estabelece um crescimento vertiginoso do mercado de trabalho para o profissional do Serviço Social na esfera municipal.

A carga horária de trabalho também foi destacada como variável de análise, uma vez que ela revela o cumprimento ou não da lei 12.317/10 - que dispõe sobre as 30 h semanais para o trabalho do Assistente Social sem redução salarial. Assim, realizamos um levantamento da carga horária cumprida por estes profissionais no SUS no município de Campina Grande.

Gráfico 2 Carga Horária dos (as) Assistentes Sociais inseridos no SUS do município de Campina Grande



Fonte: Pesquisa de campo realizada entre os meses de Maio e Agosto de 2011

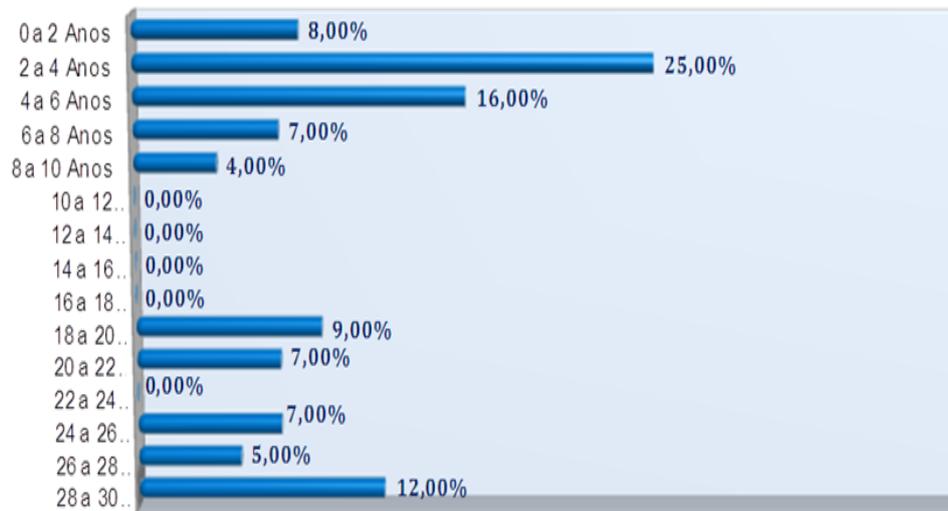
Os dados demonstram que há uma predominância para as jornadas de 30h e 40h semanais, representando um percentual de 39,13% para ambos. A carga horária de 40 h semanais tem uma alta incidência demonstrando que o gestor municipal não está cumprindo a lei 12.317, de 26 de agosto de 2010. Apesar de ter entrado em vigor na data de sua publicação isso não tem representado mudança imediata no perfil da jornada de trabalho nos serviços públicos da esfera municipal.

Os dados em questão reafirmam a presença significativa de uma jornada de trabalho de 40h como também é demonstrado pela pesquisa do CFESS (2005), indicando que 50,70% dos profissionais cumprem tal jornada. Muito embora essa pesquisa tenha como referência um período que antecede a promulgação da Lei das 30h, a tendência prevalece não representando uma mudança significativa na jornada de trabalho dos profissionais no âmbito municipal. Inclusive dados específicos demonstrados na pesquisa do CFESS, indicam que na relação carga horária de trabalho e com a natureza institucional, o que predomina é uma carga de 40 horas mais incidente nas instituições públicas municipais, representando um percentual de 50,70%. (CFESS, 2005). Desta forma, os dados demonstram no âmbito do SUS, que a Lei das 30 horas como parâmetro de carga horária para os assistentes sociais, representa mais um campo de luta num espaço sócio-ocupacional já consolidado e que incorpora parcela significativa de assistentes sociais.

Podemos ainda destacar, uma particularidade relevante no município de Campina Grande, pois ao associarmos o percentual de profissionais que trabalham 20h semanais e os que trabalham 30 h temos um total de 60,87% de profissionais que estão com uma jornada de trabalho prevista pela Lei. Entretanto, em relação aos 21,74% que tem uma jornada de trabalho de 20 horas semanais, provavelmente possuem mais de um vínculo trabalhista, tendo em vista que os salários pagos pelo município acompanham a média de até 3 salários mínimos, insuficiente para garantir as necessidades básicas deste profissional.

A seguir, nos dados contidos no gráfico 4, apresentaremos as informações referentes ao tempo de serviço dos profissionais inseridos no SUS no município de Campina Grande.

Gráfico 3 Tempo de Serviço dos (as) Assistentes Sociais inseridos no SUS do município de Campina Grande.



Fonte: Pesquisa de campo realizada entre os meses de Maio e Agosto de 2011

Podemos evidenciar que a inserção dos Assistentes Sociais no SUS na esfera municipal não é uma característica recente. É um campo que sempre assumiu relevância como mercado de trabalho para os assistentes sociais, indicando ser o campo da saúde historicamente o setor de maior empregabilidade dos assistentes sociais, existindo uma concentração significativa de profissionais com mais de 18 anos de serviço.

Entretanto alguns dados merecem destaque: no intervalo entre 10 e 18 anos de serviço, não temos nenhum profissional admitido, demonstrando uma retração nas contratações; existe uma concentração significativa de profissionais com menos de 4 anos de serviço, representando 33%. Isso demonstra uma inserção recente que mantém uma regularidade do mercado de trabalho profissional no campo da saúde.

Bravo (1996) reitera que a área da saúde vem absorvendo um quantitativo significativo de assistentes sociais, essa tendência é explicitada pela estreita vinculação da saúde com a produção e reprodução do capital, sendo delegada ao assistente social, na divisão sócio-técnica do trabalho, a tarefa de administrar a tensão existente entre as demandas dos trabalhadores e os insuficientes recursos para a prestação dos serviços requeridos.

Desta forma baseadas nas discussões anteriores o conhecimento sobre o mercado de trabalho do Serviço Social é fundamental, especialmente devido ao atual processo de mudanças empreendidas nas formas de gestão da força de trabalho e na organização das políticas sociais. Processo este relacionado às reconfigurações da questão social e ao

redimensionamento das intervenções sociais sobre as manifestações, que rebatem diretamente no espaço sócio ocupacional do Serviço Social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social vem encontrando sérias dificuldades de ultrapassar a lógica mercadológica no campo da saúde, tendo em vista tratar-se de uma tendência universal que atende interesses e necessidades da mercantilização dos serviços e maximização das formas e meios de lucratividade nessa área. Desta forma, o tensionamento entre o projeto do capital e dos setores progressistas da sociedade tem redesenhado a política de saúde brasileira.

Com a presente pesquisa pudemos observar que no campo da saúde, a implementação da descentralização tem mostrado uma heterogeneidade quanto às mudanças nos sistemas locais de saúde. A crescente autonomia e a gama de atribuições municipais, sem dúvida, traz enormes desafios aos gestores locais do sistema de saúde, exigindo uma maior eficiência na administração dos recursos públicos e no gerenciamento da rede dos serviços.

Conforme demonstra a pesquisa no município de Campina Grande a expansão de serviços de Atenção Ambulatorial e Hospitalar Especializada é um fato já reconhecido hoje, que pode ser atribuída a municipalização e ao deslocamento da gestão para o âmbito dos municípios. Ressalte-se que a demanda por serviços especializados vem se elevando e com isso, cresce também a demanda por profissionais das diferentes áreas. Desta forma a presente pesquisa assume relevância por envolver uma temática que incorpora um conjunto de reflexões que analisam, numa perspectiva crítica, as decisões políticas e administrativas assumidas pela gestão municipal de saúde e, de forma específica, a atual configuração do trabalho nos serviços públicos com destaque para os assistentes sociais.

Com os dados coletados foi possível conformar que na política de saúde no referido município o principal vínculo empregatício dos Assistentes Sociais é o estatutário com uma porcentagem de 60,81%. No entanto nos últimos anos, identifica-se uma tendência de contratação de assistentes sociais através de contratos de trabalho temporário, fato preocupante para a categoria na medida em que não há garantias trabalhistas iguais às daqueles profissionais contratados mediante concurso público. No tocante à carga horária de trabalho pudemos observar que uma porcentagem expressiva de Assistentes Sociais ainda trabalha 40 horas semanais, o que equivale a uma jornada de trabalho extensiva, fato que

demonstra que grande parte dos empregadores não estão respeitando a lei 12.317 de 26 de Agosto de 2010, que define como carga horária de trabalho para os Assistentes Sociais 30 h semanais. Já no que se refere ao tempo de serviço à pesquisa demonstrou a relevância do campo da saúde, como um campo consolidado de atuação dos Assistentes Sociais, pois uma porcentagem significativa já trabalha na saúde a mais de 18 anos

Os resultados aqui apresentado permitem identificar as potencialidades do mercado de trabalho do SUS no Estado e apreender as atuais configurações do exercício profissional, destacando a relevância de estudos nessa direção por evidenciar uma temática que é determinada pelas transformações do mundo do trabalho, merecendo ser problematizada, socializada e discutida na formação e no exercício profissional do assistente social e na sociedade em geral.

REFERENCIAS

Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional / Organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social; colaboradores Rosa Predes [et al.] Brasília: CFESS, 2005.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivonete. Política social: fundamentos e historia. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007; 2008.

BONAVIDES, Paulo. Do Estado Liberal ao Estado Social. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BRAVO, Maria Inês de Sousa. Serviço Social e Reforma Sanitária – Lutas Sociais e Práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996

BRASIL, Constituição Federal de 1988.

BRASIL. LEI Nº 12.317, DE 26 DE AGOSTO DE 2010. Dispõe sobre as 30 h semanais para o trabalho do Assistente Social sem redução salarial.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde - SUS, 2004. Disponível em: <http://saude.gov.br>. Acesso em 25 de Outubro de 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês et al. Saúde e Serviço Social. 4. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, 2009

CFESS. Resolução nº 383, de 29 de Março de 1999. Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde.

Conselho Nacional de Saúde (CNS) Resolução nº 218 de 06 de Março de 1997. Dispõe sobre o reconhecimento do Assistente Social como profissional de saúde.

CORREIA, Maria Valéria. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. *Temporalis*, ano VII, n.13, jan-jul. 2007.

COSTA, Maria Dalva Horacio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: Mota, Ana Elisabete [et al.] (orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. Os Serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços In: MOTA, Ana Elisabete S. da . (org). *A nova fábrica de consensos*. São Paulo: Cortez, 1998.

GOÉS, Karolayne Ribeiro de. SOUSA, Tatiane Maria de. SILVA, Juliana Kelly Dantas da, SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. *As Configurações do Trabalho do Assistente Social no Sistema Único de Saúde – SUS no município de Campina Grande e João Pessoa- PB. Iniciação Científica –Pibic -CNPQ. UEPB. 2011.*

GONÇALVES. Reinaldo. B. *O processo de trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional-15 ed.- São Paulo, Cortez, 2008.*

_____. Lei no 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de governo. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br. Acesso em: 20 de Setembro de 2011.

_____. Lei no 8.142/90. 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. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao>. Acesso em: 20 de Setembro de 2011.

MATOS, Maurílio Castro. O debate do Serviço Social na Saúde nos anos 90. In: *Revista Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, v.74, 2000.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. et al. *Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, abril de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br> Acesso em 25 de Outubro de 2011.

NETTO, José Paulo. Democracia e transição Socialista: escritos de teoria e política. Belo Horizonte, Oficinas de Livros, 1990.

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1991.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. Economia política: uma introdução crítica. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NOGUEIRA, Vera. MIOTO, Regina. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. Cortez, 2006.

SOARES, Raquel. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: As ideologias da contrarreforma e o serviço social/organização: Ana Elizabete Mota- Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

SOARES, Laura Tavares. O Debate sobre o Gasto Social do Governo Lula. In: SOARES, Laura Tavares et al.(orgs)Governo Lula Decifrando o Enigma.São Paulo:Viramundo, 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria. A prática do Serviço Social – Cotidiano formação e alternativas na área da saúde. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.