



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

VANESSA CORDEIRO DANTAS

**TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA**

CAMPINA GRANDE
2013

VANESSA CORDEIRO DANTAS

**TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora: Prof. Dra Moema Amélia
Serpa Lopes de Souza**

CAMPINA GRANDE
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA I – UEPB

D192t Dantas, Vanessa Cordeiro.

Tendências do mercado de trabalho dos assistentes sociais nas políticas de saúde e assistência social no estado da Paraíba / Vanessa Cordeiro Dantas. – 2013.

75 f.:il.color

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2013.

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

1. Política de saúde. 2. Política de assistência social. 3. Mercado de trabalho. 4. Assistente social. 5. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 361.3

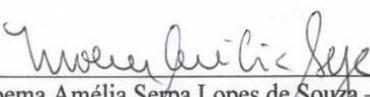
VANESSA CORDEIRO DANTAS

**TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS
POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA**

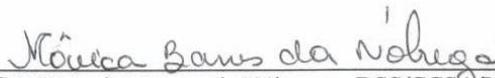
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba em cumprimento à
exigência para obtenção do grau de Bacharel
em Serviço Social.

Aprovado em 21 de Novembro de 2013.
Nota: 9,5 (nove e meio)

BANCA EXAMINADORA


Profª Drª Moema Amélia Serpa Lopes de Souza – DSS/CCSA/UEPB
Orientadora


Profª Drª Jordeana Davi Pereira – DSS/CCSA/UEPB
Examinadora


Profª Drª Monica Barros da Nóbrega – DSS/CCSA/UEPB
Examinadora

CAMPINA GRANDE
2013

Dedico este trabalho a todos os profissionais de Serviço Social que convivem diariamente com os desafios impostos a profissão e não desistem da luta em prol da emancipação humana.

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido até aqui, só foi possível devido ao apoio e atenção de algumas pessoas que tornaram essa viagem mais especial. Por esta razão, deixo aqui os meus agradecimentos:

Primeiramente, agradeço a Deus, por todas as bênçãos derramas em minha vida, por ser a luz que me ilumina, luz que não vejo, mas que me guia; força motriz em todos os momentos, especialmente, naqueles em que me julguei incapaz.

À minha mãe, Zuleide Ferreira, por ter plantado em mim a semente da curiosidade, que me fez buscar mais, querer ir além; por acreditar nos meus sonhos e me dar todo o subsídio e apoio necessário. A ela, todo o meu amor, carinho e eterna gratidão. Todas as conquistas da minha vida serão dedicadas à senhora!

À minha irmã, Analice Cordeiro, por perdoar a minha ausência em seu crescimento, ausência justificada pelo meu processo de formação; por todo orgulho e amor que sente por mim.

Aos meus familiares (tios, tias, primos, primas), por todo apoio dedicado, por estarem ao meu lado em todos os momentos, muito obrigada!

Aos amigos (de longa data e encontrados no percurso), por compreenderem as distâncias, as ausências e vibrarem pelas minhas conquistas. Aos companheiros de pesquisa dos grupos GEAPS e GETRAPS, pessoas que me propiciaram discussões riquíssimas, momentos ímpares e com as quais criei vínculos que ultrapassam os muros acadêmicos.

Ao meu namorado, Rodrigo Oliveira, por toda atenção e amor que me dedica, por me acompanhar nesta caminhada desde os primeiros segundos (afinal, foi quem me deu a notícia: “você passou!”). Por toda paciência, por ser minha base tranquila nos momentos de desespero. Obrigada por me fazer tanto bem e por torcer pelo meu crescimento.

Aos(as) mestres e doutores(as) com os quais tive a oportunidade de conviver no processo de formação (citar nomes talvez seja injusto), obrigada pela doação de conhecimento e dedicação. Com certeza, todos deixaram aspectos positivos, conseguiram germinar frutos.

Agradeço, especialmente, a minha orientadora Prof^a Dr^a Moema Amélia, por toda concessão de conhecimento, seja na sala de aula, nas reuniões da pesquisa ou em conversas

eventuais. Saiba que é um exemplo de mulher, profissional e professora, um modelo a ser seguido; E também agradeço a Profª Drª Jordeana Davi, por ter sido uma ponte em minha vida acadêmica, que me fez galgar o caminho da pesquisa científica, o que me possibilitou crescimento enquanto estudante. A vocês duas, um obrigada especial, não apenas pelas professoras, profissionais e mulheres inteligentíssimas que são, mas pelo enorme coração, por serem mais que professoras e orientadoras de pesquisa, mas por serem amigas!

À Profª Drª Monica Barros, pela disposição em participar da banca e consequente contribuição intelectual, muito obrigada!

Aos colegas de sala, por me possibilitarem debates ricos, por me ensinarem a respeitar a opinião alheia e conviver com a diversidade. Com certeza a UEPB jamais terá uma turma de Serviço Social tão “linda” quanto a nossa.

Aos que compõe o Departamento de Serviço Social (diretoria, secretários, auxiliares de serviços etc), vocês são fundamentais para o funcionamento desta instituição. Muito obrigada pelo bom tratamento, por estarem sempre disponíveis a ajudar, por toda prestatividade e atenção.

Para finalizar, agradeço de uma forma geral, a todos àqueles que contribuíram direta ou indiretamente na minha formação!

“Talvez nossa reflexão deva começar por aí: pelo fato de que nossa sobrevivência está ameaçada. [...] Temos a chave do futuro da humanidade, mas para poder usá-la temos que compreender o presente. [...] Não podemos nos permitir desviar os olhos.”

(Êxodos, Sebastião Salgado)

TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA

RESUMO

DANTAS, Vanessa Cordeiro.¹

Este trabalho apresenta um recorte do projeto de pesquisa integrado TRABALHO, POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: as configurações de assalariamento do assistente social nas políticas de saúde e assistência social na Paraíba. O nosso objetivo é indicar as tendências do mercado de trabalho para os profissionais de Serviço Social inseridos nas políticas de saúde e assistência social nos municípios de Campina Grande e João Pessoa-PB. Para tanto, foi dada ênfase aos elementos constitutivos das relações de trabalho dos assistentes sociais, com respaldo dos estudos bibliográficos e documentais, partindo para a análise de dados empíricos. As análises desenvolvidas pautaram-se no método crítico-dialético, o que nos permite uma melhor apreensão de realidade concreta, buscando descortinar a essência do real. Os dados demonstrados nesta monografia expressam as atuais configurações das políticas de saúde e assistência social dos municípios em questão, caracterizando, de um modo geral, os indícios da precarização que atingem os profissionais destes espaços a partir da insegurança e instabilidade ocasionada através de frágeis vínculos empregatícios, do pluriemprego, que impõe a superexploração do trabalho e especialmente, a partir dos baixos salários. A relevância desta investigação encontra-se na importância da análise e divulgação, com a presente categoria, sobre a intensificação da precarização das relações e condições de trabalho dos assistentes sociais inseridos nos espaços sócio-ocupacionais da saúde e assistência social municipais, visto que, desde o processo de reestruturação produtiva os impactos da precarização tem se agravado para estes profissionais, seja através da mudança e retração de postos de trabalho, bem como, por meio da ampliação dessas políticas, que apesar de serem os espaços que vêm incorporando um grande contingente de assistentes sociais, não consolidou um mercado de trabalho com condições adequadas para a efetivação desta atuação, uma vez que os efeitos da precarização do trabalho para o Serviço Social tem se apresentado em níveis de intensidade, até então, desconhecidos, pela categoria profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde. Política de Assistência Social. Tendências do mercado de trabalho. Precarização do trabalho.

¹ Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho e Proteção Social da UEPB. E-mail: vanessahdantas@hotmail.com

ABSTRACT

This paper presents part of the research project integrated LABOUR, SOCIAL POLICY AND SOCIAL SERVICES: The settings of the social worker wage policies in health and social care in Paraíba. Our goal is to demarcate the trends of the labor market for professional social work entered in the spheres of health and social care in the municipalities of Campina Grande and Joao Pessoa - PB. Therefore, emphasis was given to the constituent elements of labor relations of Social Workers, with support of bibliographic and documentary studies, leaving for data analysis. The analyzes developed guided in the critical- dialectical method, which allows us a better understanding of reality, seeking the essence of reality. The data presented in this writing consolidate the current settings of health policies and welfare of the municipalities in question, featuring, in general, evidence of instability affecting the professionals of these spaces from the insecurity and instability caused by weak employment relationships of multiple employments, which requires the exploitation of workers and especially from low wages. The relevance of this research lies in the importance of analysis and dissemination, with this category , on the intensification of precarious employment relationships and working conditions of social workers inserted in the spaces socio-occupational health municipal social assistance , as provided the restructuring process the impact of casualization has worsened for these professionals , either through change and shrinkage of jobs , as well as through the expansion of these policies , which despite being the scopes that are incorporating a large contingent of social workers , not consolidated a workspace with adequate conditions for the realization of this action , since the effects of job insecurity for Social Service has presented at intensity levels hitherto unknown , by professional category .

KEYWORDS: Politics of Health. Social Assistance Policy. Trends in the labor market. Precarious work.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Cargo	47
Gráfico 2	Forma de ingresso	48
Gráfico 3	Vínculo de trabalho	51
Gráfico 4	Carga horária	54
Gráfico 5	Duplo vínculo	57
Gráfico 6	Salário	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Espaços sócio-ocupacionais	46
--------------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IPEA	Instituto de Pesquisa Estatística Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PCCS	Planos de Carreiras, Cargos e Salários
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Estado
PEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
PNAS	Política Nacional de Assistência Social

PSB	Proteção Social Básica
RH	Recursos Humanos
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
STF	Superior Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
1 INTRODUÇÃO	15
2 CONFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO BRASILEIRO	18
2.1 As políticas de saúde e assistência social no contexto dos anos 1990	26
2.1.1 As particularidades da política de saúde	27
2.1.2 As particularidades da política de assistência social	30
3 SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO PROFISSIONAL E O PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO	36
4 TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O trabalho ora apresentado resulta de um recorte da pesquisa integrada TRABALHO, POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: as configurações de assalariamento do assistente social nas políticas de saúde e assistência social na Paraíba², vinculada ao Programa de Iniciação Científica e ao Programa de Incentivo à Pós-Graduação e Pesquisa – PIBIC/PROPESQ/UEPB/cota-2010/2012. Esta pesquisa teve como eixo central a análise das atuais configurações do trabalho do assistente social na esfera das políticas sociais no Estado da Paraíba. Para atingir tal objetivo, os espaços sócio-ocupacionais da atuação profissional foram mapeados nas políticas municipais de saúde (SUS) e assistência social (SUAS) e traçou-se o perfil profissional e do mercado de trabalho, demonstrando assim, aspectos socioeconômicos, bem como as particularidades das relações e condições de trabalho dos assistentes sociais. Os municípios de nossa investigação foram Campina Grande e João Pessoa, por se tratarem das maiores cidades do estado, com dimensão populacional ampla e por, conseqüentemente, concentrarem um maior número de profissionais de Serviço Social.

O nosso trabalho, por sua vez, tem como escopo principal delinear o que vem se apresentando enquanto tendências do mercado de trabalho para os profissionais de Serviço Social inseridos nas esferas da saúde e assistência social nos municípios de Campina Grande e João Pessoa-PB. Para tanto, foi dado ênfase aos elementos constitutivos das relações de trabalho dos assistentes sociais, partindo da análise de aspectos como: forma de ingresso no serviço público, vínculo trabalhista, jornada de trabalho, cargo para o qual foram contratados, a ocorrência de duplo vínculo trabalhista e o padrão salarial.

As análises empreendidas pautaram-se no método crítico-dialético, o que nos permite uma maior e mais completa apreensão de realidade concreta, buscando a compreensão para além do aparente. Os procedimentos metodológicos utilizados articulam a revisão bibliográfica e documental, que nos dá o embasamento teórico do nosso trabalho, possibilitando relacionar com os dados coletados através de pesquisa de campo. O processo de coleta de dados do projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da UEPB, aprovado para execução em 08/06/2011, com as devidas autorizações das instituições

² Esta pesquisa foi composta 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. A realização desta pesquisa, contou com o subsídio dos grupos de pesquisa: Grupo de Estudos, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS) e o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Trabalho e Proteção Social (GETRAPS).

coparticipantes: Secretarias de Saúde de João Pessoa e Campina Grande. O instrumento utilizado (formulários) teve como objetivo traçar o perfil profissional dos assistentes sociais. A coleta de dados foi realizada no período que compreende os meses de abril a julho de 2012. Os dados coletados foram sistematizados e consolidados através da análise estatística, que resultou na construção de gráficos, nos possibilitando uma melhor visualização das tendências do mercado de trabalho.

Neste sentido, o processo de aproximações sucessivas, que constrói reflexões, numa perspectiva crítica, acerca das atuais configurações do mercado profissional de trabalho, nos permitiu uma análise e concepção mais ampla das principais tendências desse mercado de trabalho nas políticas de saúde e assistência social nos municípios de Campina Grande e João Pessoa-PB.

Considerando os estudos bibliográficos enquanto fundamentais para a compreensão do atual mercado de trabalho, a monografia em pauta apresenta a junção deste com o estudo empírico, pois, entende-se que as atuais configurações não se dão isoladas e não desconsideram os seus determinantes. Portanto, está apresentada em três seções, a primeira compreende a conformação das políticas sociais no contexto brasileiro, sendo caracterizadas as particularidades das políticas de saúde e assistência social; a segunda seção tece considerações acerca da profissionalização do Serviço Social, seu *status* de trabalhador assalariado e as relações de precarização que perpassam essa condição. Esse caminho foi percorrido, para que a compreensão das atuais tendências do mercado de trabalho em dadas políticas sejam apreendidas, levando em consideração todo o contexto que permeou a atuação profissional e deste modo, não sendo estudado apenas as suas configurações atuais. A terceira seção discorre sobre as tendências do mercado de trabalho profissional dos assistentes sociais nas políticas de saúde e assistência social nos municípios de Campina Grande e João Pessoa-PB.

A relevância deste estudo centra-se na importância da análise e divulgação, com a presente categoria, acerca da intensificação da precarização das relações e condições de trabalho dos assistentes sociais inseridos nos espaços sócio-ocupacionais da saúde e assistência social em âmbito municipal, visto que, desde o processo de reestruturação produtiva os impactos da precarização tem se agravado para estes profissionais, seja através da mudança e retração de postos de trabalho, bem como, por meio da ampliação dessas políticas, que apesar de incorporarem um grande contingente de assistentes sociais, não consolidou um espaço de trabalho com condições adequadas para a efetivação da tal atuação. Assim, os efeitos da precarização do trabalho para o Serviço Social tem se apresentado em

níveis de intensidade, até então, desconhecidos, pela categoria profissional. Portanto, a nosso ver, merece atenção e estudo aprofundado.

2 CONFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO BRASILEIRO

O processo de emergência e consolidação das políticas sociais no Brasil é marcado por características que estão relacionadas às particularidades sócio-históricas deste país. Deste modo, neste capítulo, daremos ênfase às principais peculiaridades da configuração das políticas sociais em nosso país (de forma sintética, longe de esgotar as possibilidades de discussão), para que possamos compreender de forma mais precisa as políticas de saúde e assistência social na contemporaneidade, que serão as bases do presente estudo.

Assim, considerar os elementos que demarcam a transição para o capitalismo sinalizada através do “dinamismo do mercado mundial e marcado pela adaptação do sistema colonial aos novos tempos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 76), demonstram-se enquanto particularidades indispensáveis para a compreensão do surgimento da política social em nosso contexto, especialmente, porque o desenvolvimento desta, entre nós, não acompanha de modo sincrônico os países de capitalismo central.

Partimos então, do seguinte pressuposto: a criação das políticas sociais está interligada à existência da sociedade burguesa, precisamente, na idade dos monopólios (BEHRING, 2006).

Um elemento central para a compreensão das políticas de proteção social do Brasil é a origem do Estado, pois, a política social é função deste e é através de tais políticas que o Estado intervém na sociedade. É importante sinalizar que o Estado brasileiro herdou características patrimonialistas, desta forma, foi marcado por fortes traços de “favores”, o que desencadeou o clientelismo político, e este, por sua vez, garante legitimidade ao Estado diante da sociedade (FAORO, 1987, apud OLIVEIRA; MAIA, 2011).

Segundo Behring e Boschetti (2010, p. 75), “o estado brasileiro nasceu sob o signo de forte ambiguidade entre um liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido de garantia de privilégio das classes dominantes”. Desta maneira, a política social no Brasil irá se desenvolver de acordo com as peculiaridades desse Estado, tendo, pois, finalidade definida e fundamental: preservação e controle da força de trabalho;

o peso destas políticas sociais é evidente, no sentido de assegurar as condições adequadas ao desenvolvimento monopolista. E, no nível estritamente político, elas operam como um vigoroso suporte da ordem sócio-política: oferecem um mínimo de respaldo efetivo à imagem do Estado como “social”, como mediador de interesses conflitantes. (NETTO, 2012, p, 31).

Deste modo, o Estado intervém nas expressões da “questão social” de modo fragmentado, parcial, imediatista, tratando problemáticas específicas (a saber: o desemprego, a fome etc), desconsiderando que estas especificidades são produtos do sistema e que estão intrinsecamente relacionadas, uma vez que, esta consideração, significaria por em xeque a ordem burguesa. “Assim, a ‘questão social’ é atacada nas suas refrações, nas suas sequelas apreendidas como problemáticas cuja natureza totalizante, se assumida, conseqüentemente, impediria a intervenção” (NETTO, 2012, p. 32).

Nesta direção, a funcionalidade das políticas sociais no Estado burguês monopolista, não é uma decorrência “natural”, posto que, as mesmas derivam da mobilização social, sendo ainda, tensionadas, posto que, são determinantes complexas, perpassadas por contradições, confrontos e conflitos.

Sua introdução no Brasil irá se efetivar apenas a partir de 1930, quando as relações capitalistas ganham força com Getúlio Vargas, no chamado “Momento de 1930” ou “Revolução de 30”, período onde serão vivenciadas profundas transformações na relação Estado/Sociedade. De acordo com Behring e Boschetti (Idem), neste contexto as políticas sociais adquirem caráter corporativista e fracionado, discrepante da característica Beveridgiana³, cuja universalidade é imprescindível. Por esta razão, sua expansão, nos anos posteriores, se dará de forma lenta, fragmentada e seletiva.

Na década de 1960 o país vive as pressões da ditadura e isto implicará mudanças no tratamento dado à política social, que será expandida, embora administrada de forma conservadora e tecnocrática, ficando então, os direitos civis e políticos aquém da expansão dos direitos sociais.

Segundo Faleiros (2000, apud BEHRING; BOSCHETTI, Idem), a ditadura militar buscou legitimidade através da modernização e expansão das políticas sociais. Contudo, esse processo é demarcado por aspectos contraditórios, pois, à medida que estimulou a ampliação das políticas públicas (ainda que seu acesso tenha permanecido restrito), também abriu espaço para a oferta de serviços de educação, saúde e previdência privados, conformando, desta forma, um sistema duplo de proteção, diferenciando àqueles que podem dos que não podem pagar.

Deste modo, a ampliação da política social neste período, foi uma estratégia usada pelo governo para se legitimar e evitar conflitos sociais, que seriam consequência da repressão e do agudizamento das desigualdades sociais. Neste contexto, houve a

³ O Plano Beveridge (1942) trabalhou a seguridade social de forma universalizada, articulando previdência com assistência social.

modernização conservadora, grande articulação com o capital internacional e forte incentivo ao processo de privatização das políticas sociais.

Em 1974 começam a despontar os sinais de esgotamento do regime de ditadura, conseqüentemente, o processo de democracia passa a ser alicerçado gradativamente. A década de 1980, por sua vez, considerada enquanto década perdida, sob a ótica econômica, visto que a crise do endividamento do país gerou queda na taxa de crescimento do mesmo, diminuição da taxa de investimento, aumento da inflação, bem como veio acompanhada de diversas outras conseqüências, como o empobrecimento do país, crise dos serviços sociais públicos, grande índice de desemprego, dentre outros. Este mesmo período foi também cenário de grandes conquistas democráticas, cujos direitos sociais passam a ser assegurados na Constituição Federal de 1988. Outra mudança que merece ser destacada é a retomada do Estado democrático de direitos, o que altera o modo de condução política do país.

O país viveu a redemocratização social, em meio a uma crise estrutural do capitalismo, e apesar desse traço, a nossa Constituição Federal de 1988 priorizou políticas de inspiração Beveridgiana, pautadas na universalidade de acesso, de responsabilidade estatal e administração democrática. A participação dos sujeitos sociais foi fundamental para a formulação dos direitos sociais. Contudo, a Constituição expressa em seu texto marcas da correlação de forças, a saber, o conservadorismo presente no tratamento dado às políticas sociais, notando-se princípios contraditórios à medida que há universalidade e seletividade no mesmo âmbito. A condição política e econômica que se construirá a partir de 1990 irá dificultar a implantação efetiva dos direitos e princípios democráticos (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

A inclusão da seguridade social na CF/88 foi um dos avanços mais significativos da política social em nosso país, que possibilitaria uma estrutura ampla para o sistema de proteção social, porém, não se concretizou (BEHRING; BOSCHETTI, Idem). O que evidencia que apesar de o Estado moderno introduzir os direitos na legislação, esta tem se mostrado insuficiente para a garantia destes, uma vez que, demonstra claramente a distância entre o instituído e o real no Brasil.

Em linhas gerais, a Constituição Federal de 1988 concebe para a seguridade social a indicação da saúde como direito de todos e dever do Estado; a previdência social mantém a característica de seguro (com exceção para o segurado especial) e a assistência social destina-se aos mais necessitados.

Para Vianna (2008), a política social brasileira foi incorporada na Constituição Federal de 1988, enquanto um conjunto de ações integradas, tornando-se dever do Estado e direito dos cidadãos.

Entretanto, o modelo de seguridade implantado, não segue esse padrão, visto que as políticas que compõem o tripé da seguridade social são tratadas isoladamente, regulamentadas por leis distintas e orçamentos separados.

A seguridade social inscrita na Constituição de 1988 versou à transformação nos âmbitos da saúde, da assistência social e da previdência, com a finalidade de tornar amplo o sistema de proteção. Contudo, conforme indicou Soares (2000, apud BEHRING; BOSCHETTI, Idem, p. 158), “o país foi pego a meio caminho na sua tentativa tardia de montagem de um Estado de Bem-Estar Social”, tal processo se viu imbuído pelo ajuste neoliberal. Deste modo, conforme destacou Mota (2006, p. 44),

os governos das classes dominantes conseguiram operar um giro sem precedentes nos princípios que ancoram a seguridade social: a previdência social transforma-se numa modalidade de seguro social, a saúde numa mercadoria a ser comprada no mercado dos seguros de saúde e a assistência social, que se expande, adquire o estatuto de política estruturadora.

É importante reiterarmos o fato de que o desenvolvimento da política social no Brasil não coincide com o mesmo período dos países de capitalismo central. De acordo com Behring e Boschetti (Idem), o nosso tempo histórico não acompanha os mecanismos internacionais, mas apesar de não vivenciarmos de forma sincrônica esta dinâmica internacional, sempre estivemos ligados à respectiva, possibilitando a sequencia da heteronomia ainda vigente.

Maia e Oliveira (2011) apontam que no período em que o Brasil vivia a expansão dos direitos sociais, os países desenvolvidos começam a decretar crise no sistema de proteção social universalista. Como solução para esta crise, reformas de cunho neoliberal são executadas e já nos últimos anos da década de 1980 os rebatimentos neoliberais passam a ser incorporados pelo Estado brasileiro. Este fato nos remete ao aspecto de que os direitos sociais foram conquistados constitucionalmente e instantaneamente passaram a ser cerceados, reduzidos, uma vez que o modelo político neoliberal propõe uma redefinição da máquina estatal e das políticas sociais, restringindo estas às populações mais necessitadas, tornando o “Estado mínimo para o social e máximo para o capital” (NETTO, 2004).

A década de 1990, por sua vez, será marcada pela força da ideologia neoliberal, o que dificultará a execução efetiva dos princípios e direitos democráticos. Adequando-se ao padrão capitalista mundial, o Brasil será marcado por uma nova ofensiva burguesa. Mundialmente, o

neoliberalismo caracterizou-se como “uma reação burguesa conservadora e monetarista, de natureza claramente regressiva, dentro da qual se situa a contra-reforma do Estado” (BEHRING, 2008, p. 129). Deste modo, o processo de contrarreforma que irá se consolidar no Brasil, destrói a possibilidade da reforma democrática aspirada e anunciada com a Constituição Federal de 1988.

A ideologia neoliberal ganha força no início dos anos 1990⁴ com a vitória do Presidente Collor de Melo que defendia as reformas que favoreciam o mercado e o enxugamento do Estado para solucionar a crise socioeconômica predominante no país. Desta forma, a implementação das chamadas reformas estruturais e da contrarreforma de cunho neoliberal iniciam-se com Collor⁵.

O governo de Fernando Henrique Cardoso, por sua vez, apresenta um projeto que merece maior detalhamento, pois nele o Estado apresenta-se enquanto “intermediário”. Segundo Bresser Pereira (apud BEHRING, 2008), trata-se de um projeto que desenha uma nova esquerda, uma “esquerda moderna”. Tem-se nesse projeto a pretensão de um pacto modernizante, que visa a “liberalização comercial, as privatizações e o programa de estabilização monetária (Plano Real) e prossegue com a reforma da administração pública: a chamada reforma gerencial do Estado” (BEHRING, Idem, p. 176). Este projeto do governo está explícito através do Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (PDRE-Mare), que apresenta as propostas da “reforma” indicadas pelo governo.

O PDRE aprovado em 1995 pretende corroborar com um Estado enquanto regulador da economia e também fortalecer os serviços sociais prestados pelo Estado. O caminho que a presente “reforma” irá percorrer compreende

ajuste fiscal duradouro; reformas econômicas orientadas para o mercado – abertura comercial e privatizações –, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica que fortaleça a competitividade da indústria nacional; reforma da Previdência Social; inovação dos instrumentos de política social; e reforma do aparelho do Estado, aumentando sua eficiência (BEHRING, 2008, p. 178).

Nestes termos, deve-se, pois, caracterizar a “reforma” do Estado, enquanto um projeto mais amplo, que abrange as esferas política, econômica e social, visando à eficiência da administração pública.

⁴ O governo FHC foi marcado pela ideologia neoliberal, característica, que já apresentava sinais desde o governo Collor. O principal documento orientador de tal ideologia no Brasil foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE).

⁵ Por não representar a vontade política efetiva da burguesia brasileira tem seu impeachment em 1992.

A contrarreforma⁶ do Estado foi apresentada a sociedade enquanto fundamental e imprescindível, retirando, dessa forma, o Estado das suas funções produtivas. Behring (Idem) demonstra a distância entre o discurso da “reforma” e sua implementação real, o que perfila uma verdadeira contrarreforma do Estado. Vejamos: o primeiro equívoco apontado pela autora se encontra em colocar o centro da crise no Estado, tratando esta por uma visão unilateral e minimalista, o que vem a comprometer o debate; a forma como a “reforma” está sendo estabelecida, mostra-se como uma estratégia de inserção passiva (FIORI, apud, BEHRING, Idem) na incorporação da tendência da dinâmica internacional, demonstrando uma escolha político-econômica e não um caminho natural e indispensável. O principal objetivo da contrarreforma tem sido o ajuste fiscal e não a proteção social e a consolidação dos direitos dos cidadãos e da democracia, conforme fora apresentado pelo plano. Outro elemento que chama atenção é a efetivação da “reforma” e o fortalecimento da democracia, uma vez que eles se chocam, pois, não houve um debate acerca da construção da “reforma”, mas sim, diversas contrarreformas constitucionais e medidas provisórias. Nas palavras da autora citada: “preferiram, portanto, a via tecnocrática e ‘decretista’, com forte aquiescência de um Congresso submisso ou pragmático” (BEHRING, Idem, p. 207). Desconsiderando, então, a vontade e a opinião da população brasileira.

Diante desses aspectos, é possível observar que há uma discrepância significativa entre o discurso da “reforma” e sua efetivação econômica e política, o que é denominado por Behring (Idem) de “lógica esquizofrênica”.

Assim, a contrarreforma do Estado não conseguiu atingir seus objetivos, uma vez que não ampliou a eficiência na implementação das políticas públicas, que continuaram aquém da política econômica e da dívida pública. Frente a tais aspectos, há de se considerar que “tratou-se de uma verdadeira contra-reforma, dada sua natureza destrutiva e regressiva” (BEHRING, Idem, p. 212).

O projeto neoliberal, predominante no Brasil desde então, transforma tudo em mercadoria, inclusive as políticas sociais. Nesse sentido, “do fornecimento de água, de luz, à educação e à saúde” (TEIXEIRA, 2012, p. 57), tudo passa a ser mercadoria, num processo onde a acumulação capitalista tem o objetivo intensificar a desvalorização da força de trabalho.

Trata-se de um processo de intensificação das privatizações e reformas em diversos setores do Estado, processo este que, desconsiderou as conquistas empreendidas em 1988,

⁶ “Em tempos de estagnação, reação burguesa e neoliberalismo, adentramos num ambiente contra-reformista” (BEHRING e BOSCHETTI, 2010, p. 148). O tema contra-reforma do Estado é trabalhado por Behring (2003).

adequando-se para a implantação de um “novo projeto de modernidade”, muito embora, trata-se de um conservadorismo travestido de modernidade. Dessa maneira, houve a ruína e o desmonte do Estado, reformulando-o para adequá-lo a lógica capitalista, conforme apontou Behring e Boschetti (2010).

É importante frisar que o neoliberalismo não encontrou em nosso país uma cultura de direito e de cidadania devidamente consolidada, visto que, estes estavam restritos apenas ao aspecto formal/legal, o que possibilitou a facilidade de absorção da respectiva ideologia, uma vez que, não houve uma resistência dos trabalhadores contra a perda dos direitos outrora conquistados. (RAICHELIS, 1998 apud SILVA, 2009a).

Quanto às políticas sociais, estas foram adaptadas ao novo modelo de administração, embasada no neoliberalismo, tratadas sob o trinômio da “privatização, focalização/seletividade e descentralização” (DRAIBE, 1993, apud BEHRING e BOSCHETTI, 2010, p. 155), sua expansão se deu através do programa de Publicização⁷, incorporado na contrarreforma do Estado.

Desta forma, desde os anos 90 a política social brasileira é perpassada pelas estratégias de mercantilização, assistencialização e refilantropização, tendo ênfase a privatização nos setores saúde, educação e previdência, ficando à ação pública a oferta de serviços caracterizados enquanto “sucateados, seletivos e focalizados” (Silva, 2009a, p. 32).

Nestes termos, Silva (2009a, p. 31), nos afirma que,

na conjuntura da ofensiva neoliberal, instaurada a partir dos anos de 1990, no Brasil, o capital (re)tomou como pressupostos da cidadania os critérios de mérito e de competência, em detrimento da necessidade, do direito, da justiça e da seguridade e propõe que o enfrentamento da questão social se dê através de um *mix* entre o mercado, o Estado e o solidarismo.

Neste contexto, a reordenação dos direitos sociais, com ênfase na forte onda de privatização e da incidência da Publicização no sistema de proteção social, onde predomina a refilantropização das políticas sociais, constata-se, pois, sua fundamentação no *Welfare Pluralism* ou *Welfare Mix*⁸, isto é, na oferta de serviços através de uma integração entre público e o privado (com ênfase neste) e a transferência de responsabilidade para a sociedade civil, o que ganha os nomes de voluntariado, cooperação, solidariedade;

⁷ Responsável pela execução das políticas públicas através de parcerias com agências executivas, organizações sociais e com o Terceiro Setor. Este novo modelo integra também o serviço voluntário, desprofissionalizando a intervenção nesse âmbito, atribuindo à solidariedade a realização deste trabalho.

⁸ Termos trabalhados pelos autores Abrahamson, 1995 e 2004; Pereira, 2001 e 2004; Behring, 2004;

A política social brasileira sempre se articulou à política econômica, ficando aquém desta, estando no núcleo do embate econômico e político, conforme indicou Behring (2006). Nesse sentido, é possível concluir que as políticas sociais são resultados de mediações complexas: “sócio-econômicas, políticas, culturais e sujeitos políticos/forças sociais/classes sociais que movimentam e disputam a hegemonia nas esferas estatal, pública e privada” (FALEIROS, 1986, apud BEHRING, Idem, p. 28).

Com a gestão do presidente Lula da Silva, no período que compreende os anos de 2002 a 2010, várias expectativas foram criadas quanto à nova condução que o país tomaria, visto que, pela primeira vez na história brasileira, venceu aquele que não estava representando diretamente os interesses burgueses. Apesar de que fortes transformações não eram esperadas, acreditou-se que a condução das políticas sociais se desse a partir de outros pressupostos, distinto do direcionamento das administrações passadas. Contudo, no âmbito econômico toda estrutura política FHC permaneceu inalterada sendo favorecida a política macroeconômica, este aspecto, por sua vez, implicou diretamente nas políticas sociais, que se mantiveram mercantilizadas e assistencializadas, devido ao corte de gastos sociais. Apesar de algumas inovações, no governo em foco prevaleceu a agenda de estabilidade fiscal e baixos investimentos nas políticas sociais.

As políticas sociais no governo Lula, tinham suas bases a partir de três nortes: o Projeto Fome Zero, concentrado no Programa Bolsa-Família, visando minorar a miséria a partir da unificação dos programas sociais e da implantação de um cadastro único de beneficiados; a contrarreforma da previdência social, caracterizada enquanto antidemocrática, uma vez que através dela houve a redução dos direitos trabalhistas, privatizações de recursos públicos e a ampliação dos âmbitos de acumulação capitalista; e o tratamento dado à seguridade social em detrimento da política macroeconômica. (MARQUES; MENDES, 2005, apud BRAVO; MENEZES, 2011).

Os aspectos apresentados, até então, demarcaram a conformação e consolidação das políticas sociais em nosso país. Demonstram as suas determinações e as tendências assumidas ao longo das últimas décadas e partindo dessas indicações abordaremos agora as políticas de saúde e assistência social, pois das políticas que compõem a seguridade social, este trabalho tem como base as referidas, visando compreender as particularidades das mesmas para entendermos o que vem se apresentando enquanto tendências do mercado de trabalho nesses espaços para os profissionais de Serviço Social.

2.1 As políticas de saúde e assistência social no contexto dos anos 1990

A partir de 1990, com o avanço do neoliberalismo embasando as ações do governo, especialmente no Projeto de Contrarreforma do Estado brasileiro, as políticas sociais sofreram fortes impactos, estando sempre aquém da política macroeconômica. As políticas sociais passam a ser tratadas na base da focalização, seletividade e descentralização, voltando-se apenas para os mais pobres, instaurando-se, deste modo, a cultura do “cidadão consumidor” (termo de MOTA, 1995).

Neste contexto, com o desmonte da seguridade social em detrimento da política macroeconômica, a saúde e a previdência são fortemente mercantilizadas, enquanto a assistência social assume a centralidade de ser a proteção social. Se ela antes atendia apenas aos inaptos ao trabalho, a partir de então, passa a ter um número mais amplo de usuários, posto que, agora deve assistir àqueles capazes de trabalhar que não foram absorvidos pelo mercado de trabalho.

Neste cenário a política de saúde começa a ser desconstruída, visto que, a saúde passa a ser mercantilizada e a refilantropização volta a constituir este campo. Os avanços alcançados pelo SUS foram atacados, posto que, verifica-se a prevalência do modelo médico-hospitalar, ao invés de investimento em ações de promoção e proteção da saúde, havendo o desrespeito ao princípio da equidade, da integralidade. (BRAVO, 2006). Assim, tem-se um SUS dual: hospitalar e básico, ficando às instituições públicas o atendimento da população mais pobre, enquanto o setor privado oferece os serviços de alta e média complexidade. (CORREIA, 2005, apud SOUZA, 2009). Estando a saúde enquadrada na lógica mercadológica, o sentido de que a mesma se constitui enquanto um “bem público” parece uma ideia controversa.

Nos últimos dez anos, com as novas gestões do Estado, não houve mudanças significativas, a saúde continuou sendo tratada de modo polarizado, e os projetos reformista e de mercado continuaram em tensão.

Quanto à de assistência social, esta passa a constituir-se enquanto política como preceito constitucional, deixando a esfera da caridade, no período onde a lógica neoliberal tem sido predominante, sofrendo ainda, influências do solidarismo, do voluntarismo e de parcerias. Deste modo, seu estabelecimento demonstrou uma forte tendência à focalização, fragmentação, seletividade, comprometendo o princípio da universalidade.

Assim, neste contexto, a assistência social vive o processo de refilantropização, onde o governo transfere para a sociedade civil à responsabilidade de enfrentamento as refrações da “questão social” (SITCOVIKY, 2010).

Ressaltamos que a saúde e a assistência social tratam-se de políticas descentralizadas, regulamentadas pelas Leis Orgânicas da Saúde – LOS – (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90) e a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS – (Lei nº 8.742/93) que apresentam seus parâmetros de organização. Entretanto, para chegarmos à construção de suas respectivas leis e observarmos seu processamento atual, incluindo os impactos do neoliberalismo, faz-se necessário traçarmos um breve histórico das referidas políticas.

2.1.1 As particularidades da política de saúde

A política de saúde no Brasil tem sua trajetória marcada por peculiaridades em períodos específicos. Atualmente a saúde compõe o tripé da seguridade social, instituído com a Constituição Federal, em 1988, muito embora esse estatuto tenha sido precedido pela filantropização e pela prática liberal no campo da assistência médica. A lógica da medicina previdenciária e da mercantilização da assistência médica é um traço característico da prestação dos serviços de saúde brasileiro que só assume outra condução a partir dos anos 1980.

Foi ao longo da década de 1980, período da redemocratização política no Brasil, que o debate que se fomentou em torno da saúde, inclui novos atores sociais, a saber: profissionais da saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de esquerda, os movimentos sociais urbanos. O debate centraliza questões acerca da qualidade de vida da população brasileira, a melhoria da saúde, a consolidação do setor de saúde pública, bem como, questionamentos sobre as propostas do governo para esta área. Segundo Souza (2009), é neste contexto que terá início o processo que coloca a saúde enquanto um bem público e um direito universal dos cidadãos. Nessa tendência, a saúde passa a assumir uma dimensão política.

Tal discussão tem seu ápice materializado na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁹, realizada em 1986. Os eixos norteadores da respectiva conferência foram: a saúde como

⁹ A 8ª CNS foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa

direito; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento. Segundo Bravo (2006, p. 96), “a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária”¹⁰.

De acordo com Soares (2012), o movimento de Reforma Sanitária apresenta um projeto que fundamenta a saúde de uma maneira ampla, para além da saúde do corpo e do indivíduo, trata-se de uma saúde pautada na coletividade, na estrutura e nas classes sociais. Deste modo, fundamenta-se em três direções: na politização da saúde; na mudança da norma constitucional e na alteração do arsenal constitucional dos fundamentos e práticas institucionais¹¹.

Assim, o processo de formulação constitucional de uma nova saúde pública foi tensionado pela disputa de interesses. Divididos, então, em dois conjuntos: de um lado, o grupo empresarial, que representava o setor privado e as multinacionais, por outro, o movimento da Reforma Sanitária, representado pela Plenária Nacional pela Saúde¹².

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, demonstrou um novo direcionamento dado à saúde em nosso país, uma vez que se trata de uma política que apresenta como princípios fundamentais a universalização, a equidade e a integralidade nas ações, bem como, a abertura para a participação popular, pautando-se na descentralização político-administrativa, o que representou um significativo avanço, considerando o contexto democrático recém instaurado (SOUZA, 2009). Os fundamentos da saúde estão regulamentados na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90).

Porém, um paradoxo envolve a saúde, e mais precisamente o SUS, este está relacionado ao fato de que os seus princípios fundamentais é perpassado pela má prestação dos serviços, pela baixa qualidade, devido à falta de recursos, a ampliação dos serviços

conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

¹⁰ É neste período que o movimento pela Reforma Sanitária, que surgiu da mobilização de alguns setores sociais em busca da melhoria de todo o setor Saúde, ganha visibilidade, apesar de ter começado sua organização desde a década de 1960, quando foi interrompido pela ditadura militar. Assim, após um período de apatia, será somente no fim da década de 1970 e início da década de 1980 que o respectivo movimento ganha força e maturidade. Esse movimento consolida-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

¹¹ Conceitos trabalhados por Teixeira (1989) e retomados por Soares (2012).

¹² A representação da referida Plenária merece destaque, pois, a sua articulação com diversas entidades do setor, bem como a sua organização, expressa através da formulação antecipada de um projeto constitucional de saúde, explícito e coerente, a mobilização social e a forte pressão direcionada aos constituintes, resultou em um texto constitucional que incorporou diversas “reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica” (BRAVO, 2006, p. 97).

prestados pelo âmbito privado e pela instabilidade financeira que rodeira a saúde. (SILVA, 2009b).

Na década de 1990 o processo de contrarreforma do Estado, por sua vez, objetivou um SUS dividido entre hospitalar e básico. Nessa direção, a saúde se viu entre dois projetos: o da Reforma Sanitária, conquistado com as lutas, mobilizações sociais e políticas, instituído na CF/1988 e a partir dos anos 1990, o projeto privatista pautado na ideologia de ajuste neoliberal e orientado pelo Banco Mundial, visando a reatualização do modelo médico-assistencial privatista. Destinando a saúde pública para os mais pobres e a iniciativa privada aos que podem consumir tal mercadoria. Nesse sentido, segundo Soares (2012, p. 89), “as estratégias da contrarreforma na saúde colocavam-se da seguinte maneira: precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema”.

De acordo com Teixeira (2012), o governo FHC foi o responsável pelas inúmeras alterações na política de saúde, onde prevalece a lógica do seguro em detrimento da seguridade social, da focalização, onde deveria existir a universalização, da privatização, ao invés do investimento no serviço público, da desregulamentação e flexibilização dos direitos trabalhistas e da descentralização.

Conforme denominou Silva (2009b, p. 113): “observa-se que a partir da década de 90, com a ofensiva neoliberal, inicia-se o arrefecimento do Projeto de Reforma Sanitária formulado na década de 80”. Nos anos posteriores nota-se que os governos não demonstram empenho na construção do SUS, nem tampouco em avançar com a citada reforma.

Nos anos 2000 o cenário político e econômico do país não é alterado, o governo Lula não fortalece o projeto da Reforma Sanitária. Contudo, manteve as características da gestão anterior, ficando marcado por traços de continuidade, uma vez que conserva a disputa de interesses dos dois projetos de saúde, trabalhando a saúde de maneira polarizada, fortalecendo, ora, o projeto reformista e mantendo o projeto privatista em outros momentos, particularmente, quando se trata da focalização e do desfinanciamento.

Conforme indica Bravo (2006), algumas medidas poderiam demonstrar uma retomada do sentido da Reforma Sanitária, a exemplo da administração da saúde executada por profissionais preocupados com o viés reformista, as mudanças na gestão do Ministério da Saúde, a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a articulação do Estado com o Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, essas medidas ficaram restritas ao plano das iniciativas, o que prevaleceu foram os traços de continuidade, em que ressaltamos, os aspectos como focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento. Em suma, podemos concluir que

a ênfase das ações está em programas 'focais'. As grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos. (BRAVO, Idem, p. 106).

Diante destes aspectos, foi possível evidenciar que a disputa entre os dois projetos da saúde permaneceram. Aspectos que visavam o fortalecimento da Reforma Sanitária foram colocados em pauta, porém, a falta de interesse político e de financiamento os inviabilizaram. Segundo Bravo (2011, p. 21) “o que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado”.

Observa-se também a ênfase no processo de privatização dos serviços públicos, a partir dos “novos modelos de gestão”, a saber: Organizações Sociais (OSs); Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs); Fundações Estatais de Direito Privado (PEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Nesta direção, a política macroeconômica continua a subordinar as políticas sociais, restringindo direitos sociais e expandindo o mercado.

Diante de todos estes aspectos, é possível concluir que o SUS real está cada dia mais distante do SUS constitucional, uma vez que o SUS descrito na CF/88 anuncia um sistema público de saúde, que, conforme pode ser observado, não se consolidou.

2.1.2 As particularidades da política de assistência social

As políticas sociais brasileiras têm como traço histórico a pouca expressividade social e a subordinação à política macroeconômica. Nessa direção, a política de assistência social não foi tratada de forma diferente, aliás, essa foi perpassada por tensões ainda mais fortes, visto que, durante muitas décadas ela compôs o campo do favor, do assistencialismo, do clientelismo, sendo caracterizada enquanto “não política” e atendida de maneira marginal, quando comparada as demais políticas.

Historicamente, a política de assistência social foi negligenciada enquanto política integrante do sistema de proteção social pública, o que denota que a articulação entre Estado e sociedade vive um processo tenso, quanto à definição de direitos e políticas sociais.

Assim,

a assistência social é comumente identificada como um ato subjetivo, de motivação moral, movido espontaneamente pela boa vontade e pelo sentimento de pena, de comiseração ou, então, quando praticada pelos governos, como providência administrativa emergencial, de pronto atendimento, voltada tão-somente para reparar carências gritantes de pessoas que quedaram-se em estado de pobreza extrema. (PEREIRA, 2008, p. 218).

Portanto, a transição da assistência social da esfera do assistencialismo para a esfera dos direitos sociais, representou um processo complexo na medida em que exigiu a transformação de concepções, legislações, diretrizes operacionais, bem como, a ruptura com a cultural apreensão da assistência social enquanto favor, caridade, paternalismo.

A partir da Constituição Federal/1988 e, posteriormente, com a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742/93), a referida política passou a ocupar nova esfera, a da Seguridade e Proteção Social pública, entendida, então, enquanto direito e sob a intervenção do Estado. Segundo Yazbek (1995, apud COUTO; RAICHELIS; YAZBEK, 2011, p. 33), este aspecto expressa um significativo avanço, à medida que passa do “assistencialismo clientelista para o campo da Política Social. Como Política do Estado, passa a ser campo de defesa e atenção dos interesses dos segmentos mais empobrecidos da sociedade”.

Neste sentido, enquanto política que compõe o tripé da Seguridade Social, a assistência social trata-se de um “direito inalienável dos segmentos da população que não possuem poder de compra de um seguro social” (CARVALHO, 2000, p. 145). Nesta direção, a proteção social está relacionada à apreensão de mínimos sociais, que estão diretamente vinculados à questão de subsistência e inclusão social, visando ultrapassar a condição de vulnerabilidade.

A política de assistência social, por sua vez, é um mecanismo de concretização de direitos sociais, cuja contrapartida do beneficiário é inexistente, quebrando assim, o padrão de Proteção Social estabelecido até então. Dessa maneira, o direito ao básico social deve ser assegurado independente da contribuição nos serviços dos quais os beneficiários são contemplados, devendo assim, ser “desmercadorizada”. Nestes termos, deve ser gratuita e não contributiva (PEREIRA, 2008).

A LOAS define a assistência social enquanto um direito não contributivo, e inclui, neste novo panorama outros aspectos inovadores, a medida que demonstra que a articulação entre o social e o econômico faz-se necessário; ao colocar o Estado no centro da universalização, na garantia e acessos aos serviços; com espaço para a participação popular,

propondo que a formulação, a gestão e a execução das políticas assistências se dê a partir do controle da sociedade; fatos que fortalecem o debate e, conseqüentemente, a democracia e a cidadania. (COUTO; RAICHELIS; YAZBEK, 2011).

Assim, a partir da LOAS tem-se a definição dos princípios, diretrizes, competências, a gestão e o financiamento da assistência social, o que se apresenta enquanto um traço de avanço, especialmente, porque a sua efetivação se dá de forma lenta, pois sua implantação compreende o período de expansão da ideologia neoliberal, período onde há ênfase na “incompatibilidade entre ajustes estruturais da economia e investimentos sociais do Estado” (COUTO; RAICHELIS; YAZBEK, Idem, p. 34).

A primeira Política Nacional de Assistência Social – PNAS – foi aprovada em 1998, cinco anos após a regulamentação da LOAS e dez anos após a instituição da CF. Contudo, esta se mostra insuficiente e esteve tensionada pelo paradoxal Programa Comunidade Solidária, instituído pelo então presidente, Fernando Henrique Cardoso. O respectivo programa caracterizou-se pela ênfase em ações focalizadas, pontuais, destinada aos indigentes e aos mais pobres, apresentando-se como a principal estratégia para o enfrentamento a pobreza na referida administração.

A partir da contrarreforma, a assistência social deixa de ser de responsabilidade exclusiva do Estado, pois, esta apresenta enquanto proposta a parceria entre Estado e Sociedade Civil, sob o argumento da solidariedade. É nesta conjuntura que a LOAS é implantada, sob as bases do solidarismo, da filantropia, do voluntariado e de ações do terceiro setor.

Nestes termos,

a assistência social, que já era parte frágil, vive situações inéditas ao ter que se afirmar como política pública num Estado em que o público passa a significar parceria com o privado. [...] o Estado fará avançar com nova ênfase, os paradigmas da solidariedade, da filantropia e da benemerência. (MESTRINER, 2001, apud SITCOVSKY, 2010, p. 161).

Nessa conjuntura vivem-se processos de desmonte, desarticulação e restrição de direitos, havendo o reconhecimento do socorro aos pobres, enquanto um aspecto de dever moral e não na base do direito constitucionalmente instituído.

Verifica-se o incentivo da classe dominante a capitalização política da assistência social, colocando-a no centro do tratamento das contradições sociais, tornando-a o principal instrumento de enfrentamento a pobreza. Deste modo, a partir deste período, a centralidade da seguridade social está na assistência, “que assume a condição de uma política estruturadora e

não como mediadora de acesso a outras políticas e outros direitos, como é o caso do trabalho” (MOTA, 2010, p. 138). Esta mudança, por sua vez, transfere para a referida política uma centralidade na política social. Centralidade consolidada especialmente através dos programas de transferência de renda, que amparados pela política de assistência social, demonstraram-se enquanto componentes que possibilitam o acesso aos bens de consumo, ainda que de maneira precária. Desta forma, aqueles que não têm acesso aos bens e serviços de consumo através de seus salários, o farão via assistência social.

Frente à incapacidade de garantia ao direito do trabalho, o Estado repassa esta demanda para a assistência social, ampliando seu campo de atuação e assumindo, desta forma, a condição de política estruturadora das demais políticas sociais e compreendendo grande parte da população, assume também o papel de política de proteção social, não sendo apenas parte integrante desta. (MOTA; MARANHÃO; SITCOVSKY, 2010).

Para Mota (2010, p. 141),

a Assistência Social, mais do que uma política de proteção social, se constitui num mito social. Menos pela sua capacidade de intervenção direta e imediata, particularmente através dos programas de transferência de renda que têm impactos no aumento do consumo e no acesso aos mínimos sociais de subsistência para a população pobre, mais pela sua condição de ideologia e prática política, robustecidas no plano superestrutural pelo apagamento do lugar que a precarização do trabalho e o aumento da superpopulação relativa tem no processo de reprodução social.

Seguindo o mesmo direcionamento, em 2004 é aprovada uma nova PNAS que evidencia a assistência social enquanto direito de cidadania, de responsabilidade estatal, baseada na gestão compartilhada com ênfase no pacto federativo, seguindo o indicado pela LOAS e pelas Normas Operacionais Básica – NOB (regidos sob as deliberações de Conferências, de Conselhos e das Comissões de Gestão Compartilhada). A PNAS/2004 apresenta enquanto objetivos: prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitarem; contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural; e assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária. (MDS/PNAS, 2004, p. 27). Dentro dessa PNAS, merecem destaque: as estratégias de articulação e de gestão que viabilizam a relação intersetorial; ampliação dos usuários da política; abordagem territorial e a matricialidade sociofamiliar. A

proposta também apresenta aspectos inovadores quanto ao financiamento, gestão de informações, política de recursos humanos e a gestão do trabalho.

Em tese, a PNAS/2004, conceitua a assistência social no âmbito da Proteção Social não contributiva “apontando para a realização de ações direcionadas para proteger os cidadãos contra os riscos sociais inerentes aos ciclos de vida e para o atendimento de necessidades individuais ou sociais” (COUTO; RAICHELIS; YAZBEK, 2011, p. 41).

A formalização dessa política é visualizada a partir da implantação em 2005 do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Este novo sistema, por sua vez, articula-se nacionalmente acerca da responsabilidade dos vínculos, da hierarquia do sistema de serviço, benefícios e ações, vinculando-se também com iniciativas da sociedade civil, para atender as demandas da assistência social (COUTO; RAICHELIS; YAZBEK, Idem).

O SUAS assume o estatuto de um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da assistência social, sendo funcional à consolidação da assistência social enquanto política pública (BRASIL, 2005). Assim, a finalidade proposta é de concretizar os princípios, diretrizes e objetivos da PNAS. Deve constituir como um sistema articulado e integrado de ações com direcionamento a Proteção Social, Básica ou Especial.

A saber, a Proteção Social Básica, de responsabilidade dos CRAS – Centros de Referência da Assistência Social – responde pelos serviços voltados à família, tendo nesta a sua base de referência, oferecendo “um conjunto de serviços locais que visam à convivência, à socialização e ao acolhimento de famílias cujos vínculos familiares não foram rompidos” (MDS, 2004, apud MOTA; MARANHÃO; SITCOVSKY, 2010). A Proteção Social Especial, organizada em dois níveis de complexidade, alta e média, é de responsabilidade dos Centros de Referência Especial da Assistência Social – CREAS – e tem atendimento direcionado às famílias cujos direitos já foram violados, sendo a complexidade diferenciada pela existência dos vínculos familiares e/ou comunitários.

Assim, com o SUAS espera-se uma maior racionalidade e transparência dos gastos com a assistência social; ampliação e melhoria dos resultados das ações de assistência social; respeito ao pacto federativo e consolidação da política de assistência social enquanto política social.

A construção do SUAS, por sua vez, possibilitaria ultrapassarmos a cultural ideia de assistência social enquanto assistencialismo, favor, caridade, bem como contribui também com a superação da lógica do “primeiro damismo”, uma vez que visa a execução de

parâmetros técnicos e da profissionalização da assistência social. (MOTA; MARANHÃO; SITCOVSKY, Idem).

A PNAS/2004 e o SUAS apresentam profundas transformações referentes ao conceito, estrutura de organização, lógica de gestão e controle das ações no setor assistência social.

A política de assistência social requer uma nova articulação entre Estado e Sociedade Civil, esta relação tem no SUAS o seu núcleo estruturante. Desta maneira, destaca-se a “construção de uma rede socioassistencial erguida sob a necessidade prática-operativa de estabelecer parcerias com instituições da sociedade civil como forma de garantir o funcionamento e a prestação de serviços públicos” (SITCOVSKY, 2010, p. 164).

Esta nova relação proposta pela PNAS/2004, não necessariamente trata-se de um novo canal de articulação, pois, conforme destaca Sitcovsky (Idem), este processo trata-se de uma tentativa de “passivização dos subalternos”. Arelados a este processo estão as Organizações Não-Governamentais, do terceiro setor e os novos sujeitos sociais que colocam em foco uma nova alternativa de administração dos confrontos sociais, baseada na autogestão comunitária. Neste processo há a disseminação da cultura do solidarismo, onde todos cooperam, o que tem amenizado as contradições entre as classes.

Entretanto, “as funções estatais nas ações de proteção social, em nome da cidadania e de um dever cívico, promove o arrefecimento da construção de vontades coletivas por parte da própria sociedade civil” (SITCOVSKY, Idem, p. 177). Deste modo, cria-se inconscientemente a aceitação dos cidadãos, o que permite a reconstrução dos espaços produtivos e da reprodução social.

Demonstrados até esse ponto as peculiaridades que perpassaram as políticas de saúde e assistência social com a intencionalidade de que os aspectos apresentados nos auxiliem nas reflexões e análises das atuais tendências do mercado de trabalho dos assistentes sociais nos espaços da saúde e da assistência social na esfera municipal.

3 SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO PROFISSIONAL E O PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO

As políticas sociais compreendem um espaço privilegiado da atuação profissional do Serviço Social e as políticas de saúde e assistência social, por sua vez, são as que mais incorporam o trabalho deste profissional, por isso, faz-se necessário conhecer suas particularidades, visto que, por se tratarem dos mais importantes campos da atuação profissional, tornaram-se objetos deste estudo. Contudo, para que o Serviço Social viesse a se tornar uma profissão especializada, que atua nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, articulando respostas para as refrações da “questão social”, alguns aspectos devem ser considerados, uma vez que estes possibilitam uma melhor compreensão do assistente social enquanto trabalhador assalariado e suas consequências.

Portanto, é preciso ter claro que a consolidação do Serviço Social enquanto profissão, inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho, foi determinada a partir do processo histórico social. Deste modo, ao falarmos em profissionalização do Serviço Social, deve-se considerar que os processos econômicos, sócio-políticos e teórico-culturais abrem o espaço histórico-social que permite que o Serviço Social se profissionalize. Desta maneira, segundo Netto (2012, p. 70), o que determina o fundamento da profissão é “a criação de um espaço sócio-ocupacional no qual o agente técnico se movimenta – mais exatamente, o estabelecimento das condições histórico-sociais que demandam este agente, configuradas na emersão do mercado de trabalho”.

Assim, a transição da filantropia para a profissionalização é determinada pelas transformações ocorridas na esfera produtiva, bem como nas relações sociais intimamente relacionadas a este processo, posto que, o desenvolvimento da força de produção gera novas situações que acarretam em novas necessidades sociais, peculiares a este momento e, assim, surge o espaço para a atuação de profissionais qualificados, atuando de acordo com a lógica capitalista, de forma racional e eficiente, para o atendimento dessas novas particularidades.

Deste modo, o Serviço Social emerge e desenvolve-se enquanto profissão, inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, tendo como mola propulsora o desenvolvimento do capitalismo, especialmente da indústria e do crescimento urbano, o que gesta novas classes sociais – proletariado e burguesia industrial – bem como, proporciona a modificação dos grupos e classes que dominam o poder do Estado.

É no cenário de desenvolvimento e expansão industrial, de consolidação do capital financeiro, que surgem novas manifestações da “questão social”, esta, por sua vez, é a base para que o Serviço Social se profissionalize, uma vez que é seu objeto de intervenção.

Então, a profissão do Serviço Social surge na sociedade burguesa para desenvolver papel funcional no tratamento oferecido as expressões da “questão social”, esta condição, por sua vez, está articulada não apenas a lógica econômica e social, mas também ao projeto conservador, que promove mudanças, reformas, dentro da ordem monopólica. Portanto, o posicionamento do Serviço Social profissional, num primeiro instante, volta-se para “o reforço do poder econômico, político e ideológico, no sentido de subordinar a população trabalhadora às diretrizes das classes dominantes em contraposição à sua organização livre e independente” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 97).

É importante destacarmos que o agente profissional que emerge não surgiu do “nada” e de forma isolada. Segundo Netto (2012), a efetivação deste novo agente, se dá a partir da atualização de referências e práticas já existentes, bem como de um novo relacionamento institucional e organizacional ao qual estão ligados esses agentes. Isto é, a profissionalização do Serviço Social irá se consolidar quando seu trabalho passa a ser designado sob as instruções de instituições e organizações privadas ou estatal, distanciando-se da sua base originária, a Igreja Católica, visto que, o Serviço Social brasileiro manteve relação íntima com a Igreja¹³. Esta articulação, também realizada com os Movimentos de Ação Social e Ação Católica, denominam uma legitimidade que conforma um caráter missionário a profissão. Contudo, a partir do momento em que o Estado e o empresariado passam a se apropriar do trabalho desse agente profissional, determinam novas atribuições e, conseqüentemente, denotam nova legitimidade e institucionalização ao Serviço Social.

A partir de então, de acordo com Netto (Idem, p. 72),

o agente passa a inscrever-se numa relação de assalariamento e a significação social do seu fazer passa a ter um sentido novo na malha da reprodução das relações sociais. Em síntese: é com este giro que o Serviço Social se constitui como profissão, inserindo-se no mercado de trabalho, com todas as conseqüências daí decorrentes (principalmente como seu agente tornando-se vendedor da força de trabalho).

¹³ A relação da Igreja Católica com a gênese do Serviço Social é comum a toda a América Latina, existindo, as peculiaridades de dados países.

Assim, a profissionalização do Serviço Social não se trata de uma evolução da caridade, nem sequer de um desenvolvimento natural, mas sim, relaciona-se, diretamente a nova dinâmica do monopólio.

Deste modo, com base em Iamamoto e Carvalho (2008), tem-se a transição da caridade tradicional, efetivada por baixas iniciativas da classe dominante, para a racionalização e centralidade da assistência e da prestação de serviços sociais através do Estado, todavia que houve a ampliação da classe trabalhadora, bem como a sua participação política.

A profissionalização é marcada pela distinção com assistência voluntária, no exercício profissional o trabalho do assistente social tornou-se mercadoria, perpassado por uma relação de compra e venda da força de trabalho, sendo, pois, uma relação estabelecida de modo contratual que regulamenta as condições de reprodução desse trabalhador, agora, especializado. Em troca do seu trabalho mercantilizado, o profissional de Serviço Social recebe um salário denominado enquanto “preço valor”. Passa, então, da caridade tradicional para a prática profissional especializada, à medida que a força de trabalho transforma-se em mercadoria e o seu trabalho passa a ser subordinado à classe capitalista, para consolidar-se, uma vez que a prática liberal, historicamente, não se firmou no Brasil (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008).

Segundo Iamamoto (2010), o assistente social é um trabalhador especializado, que vende sua força de trabalho para instituições (privadas ou estatais) e desenvolve um trabalho especializado, socialmente necessário, à medida que apresenta serviços que correspondem às necessidades sociais, tendo, pois, um valor de uso, uma vez que é útil a sociedade. Esta relação de compra e venda, possibilita ao seu empregador o consumo da sua força de trabalho, numa jornada de trabalho estabelecida. Neste tempo, o profissional submete-se as exigências de seu empregador, que é o responsável pelo fornecimento dos instrumentos e meios, das condições objetivas, para a efetivação das tarefas profissionais¹⁴.

A partir do momento em que mercantiliza sua capacidade de trabalho, o assistente social passa a ter uma relação de trabalhador assalariado, nesta direção, o fazer, agora profissional, ganha novo sentido, já que está integrado a orbe da reprodução das relações sociais.

¹⁴ A autonomia profissional, por sua vez, é tensionada pelos limites institucionais. Entretanto, o Serviço Social conserva uma relativa autonomia (teórica, técnica e ético-política), algo de sua natureza. Deste modo, a execução de suas tarefas, prioridades, por exemplo, são estabelecidas pelo próprio profissional.

Iamamoto e Carvalho (2008) situam o Serviço Social como um elemento partícipe do processo de reprodução das relações de classes, bem como, da relação contraditória entre elas. Nesta direção, faz-se preciso esclarecer que a reprodução das relações sociais é a reprodução da totalidade dos processos sociais, a reprodução de determinado modo de vida. Ou seja, nesse processo se encontra o cotidiano da vida social, a saber: maneira de viver e trabalhar de modo determinado pela própria sociedade. Assim, a reprodução das relações sociais alcança todas as particularidades da vida, isto é, expõe-se na família, no trabalho, no lazer, no poder, bem como, na profissão etc.

Nesse sentido, o que se deve compreender é que a profissão atua no processo de reprodução das relações sociais, contudo, não de forma independente e livre das organizações institucionais. Assim, o Serviço Social é um componente dos aparatos do poder e está envolvido na efetivação de políticas sociais, tendo, pois, seu significado social apreendido quando levado em consideração tal aspecto.

Nesta direção, a atuação profissional do assistente social é demarcada pelos interesses das classes sociais, inclinando-se àquela que tem um posicionamento dominante. Ainda reproduz

pela mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história. (IAMAMOTO; CARVALHO, Idem, p. 75).

O Serviço Social é denominado juridicamente uma profissão liberal¹⁵, o que lhe dá a possibilidade de desenvolver o seu trabalho de modo independente, apesar de ser esse, em nosso país, um caminho não percorrido pela citada categoria, devido ao desenho do nosso mercado de trabalho.

O Estado, por sua vez, é o maior empregador do Serviço Social no Brasil, e vem constituindo-se como grande absorvedor de tal atuação profissional, ampliando, inclusive, sua área de trabalho, como uma estratégia para o enfrentamento da “questão social”, através das

¹⁵ O Serviço Social é uma profissão regulamentada enquanto liberal. Entretanto, no Brasil não se assume essa característica, posto que, o Assistente Social não é um profissional autônomo, não exerce suas atividades de modo independente, não é o proprietário das condições materiais para o exercício de suas atividades, não tem controle sobre a jornada de trabalho, sobre a remuneração etc. Entretanto, não se pode omitir os traços que denotam uma prática “liberal”.

políticas sociais. O Estado tem precisão decisiva na reprodução das relações sociais, visto que desenvolve a função de legislador e controlador das forças repressivas.

É importante ressaltar que o Serviço Social não desenvolve funções produtivas, porém, desempenha atividades de fundamental importância no processo da reprodução, acumulação e valorização do capital. Apesar de não se configurar numa atividade diretamente voltada para o processo de criação de produtos e geração de valor, uma vez que, de acordo com Marx compreende-se por processo de produção, a totalidade da produção, troca e consumo. Contudo, o exercício profissional encontra-se imerso num contexto de articulação com as condições e situações da vida da classe trabalhadora. Deste modo, interligado ao processo de criação de condições necessárias ao processamento da força de trabalho, que produz mais-valia. Assim, o Serviço Social não desenvolve atividades produtivas por meio direto, caracterizando-se enquanto trabalho improdutivo. Entretanto, junto a outras profissões, participa da implementação de condições precisas ao processo de reprodução, posto que se trata de uma profissão que compõe à divisão sócio-técnica do trabalho.

O processo de produção e reprodução do capital agrega inúmeras atividades que não estão diretamente envolvidas na produção efetiva. Contudo, desenvolve atividades indispensáveis para o movimento do capital. Ainda que não sejam criadores diretos de valor, transformam o trabalho produtivo mais eficiente, tornando-se, desta maneira, mais uma forma de lucro.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (Idem, p. 87), tais atividades

tratam de centrar esforços na busca de um equilíbrio tenso entre capital e trabalho, na árdua tarefa de conciliar o inconciliável. Assim, à produção que encetam esforços no sentido de manter a continuidade da organização social dentro da ordem do capital, contribuem, inevitavelmente, para reproduzir as contradições fundamentais que conformam as relações sob as quais se baseia essa sociedade.

O Serviço Social é uma profissão interventiva, que na implantação das políticas sociais resulta nas respostas práticas e imediatas oferecidas a dadas situações, ou, dito de outra forma: “a intervenção profissional reproduz, na sua consecução, as dimensões da resposta integradora pertinente à essência das políticas sociais”. (NETTO, 2012, p. 77).

Em síntese, o que se pretende deprender da emergência do Serviço Social é que o desenvolvimento capitalista consolidado no monopolismo cria as condições sócio-históricas para uma intervenção profissional especializada sobre as expressões da “questão social”. O Serviço Social profissional é compreendido enquanto uma especialização do trabalho coletivo, inscrito na divisão sócio-técnica do trabalho. Esta consideração requer apreender a

prática profissional como um determinante das relações entre o Estado e a Sociedade Civil, rompendo com a endogenia existente no Serviço Social. A institucionalização do Serviço Social profissional está articulada a intervenção do Estado na vida social, isto é, à medida que este passa a regular, administrar e gerir o conflito de classes. Deste modo, o assistente social afirma-se socialmente enquanto um trabalhador assalariado, sua inscrição no mercado de trabalho é demarcado por uma relação de mercantilização da força de trabalho, isto é, compra e venda do trabalho especializado (IAMAMOTO, 2010).

Nesta direção, os assistentes sociais são convidados a exercer

funções executivas na implementação de políticas sociais setoriais, com o enfrentamento (através de mediações institucional-organizativas) de problemas sociais, numa operação em que se combinam dimensões prático-empíricas e simbólicas, determinadas por uma perspectiva macroscópica que ultrapassa e subordina a intencionalidade das agências a que se vinculam os atores. Profissionais assalariados, os assistentes sociais têm o fundamento do seu exercício hipotecado e legitimado ao/no desempenho daquelas funções executivas, independentemente da (auto-) representação que delas façam. Estruturando-se como categoria profissional a partir de tipos sociais preexistentes à ordem monopólica, originalmente conectados a um compósito referencial ideal incorporado pelo projeto sócio-político conservador (aberto às reformas “dentro da ordem”) próprio à burguesia monopolista, à medida que sua profissionalização se afirma os assistentes sociais tornam-se permeáveis a outros projetos sócio-políticos – especialmente na escala em que estes se rebatem nas próprias políticas sociais. (NETTO, 2012, p. 81).

Apreender o significado social da profissão implica considerá-lo enquanto uma profissão especializada, inserida na divisão social e técnica do trabalho, que incide nas relações de produção e reprodução das relações sociais e, conseqüentemente, ser o seu agente profissional, o assistente social, um trabalhador assalariado, requer compreender a complexidade que envolve essa condição, pois, o Serviço Social passa a desenvolver papel funcional na sociedade que se consolida e em troca da sua força de trabalho recebe um salário. Desta forma, o trabalho do assistente social é uma mercadoria, o que atribui a este profissional a condição de trabalhador assalariado e supõe que os assistentes sociais estão sujeitos, como os demais trabalhadores, a todas as implicações que rodeiam o trabalho assalariado. Isto é, estes profissionais também são atingidos pelos impactos da esfera do trabalho, estão submetidos a todos os processos de precarização¹⁶ desse espaço, vivem a “insegurança do

¹⁶ O termo precarização se construiu a partir da realidade concreta das transformações contemporâneas no mundo do trabalho vivenciadas pelos trabalhadores, através das más condições de trabalho a que estavam submetidos, refletidas na ausência e/ou redução dos direitos trabalhistas, no desemprego que assola grande parte da população, na fragilidade dos vínculos de trabalho, enfim, de diferentes formas que fragilizam acentuadamente a qualidade de vida do trabalhador. [...] Identificamos que há várias possibilidades para descrever os conceitos referentes à precarização das relações de trabalho, tais como: não estabilidade dos vínculos empregatícios, níveis salariais baixos, carga horária excessiva, infraestrutura não disponível para a

trabalho”, ou seja, conforme denominou Mattoso, “a insegurança do mercado de trabalho, a insegurança no emprego, a insegurança na renda, a insegurança na contratação, a insegurança na representação do trabalho, na organização sindical e na defesa do trabalho” (MATTOSO, 1996, apud IAMAMOTO, 2010, p. 115).

Portanto, as transformações ocorridas no mundo do trabalho, especialmente, a partir do processo de reestruturação produtiva¹⁷, que evidencia o agravamento da crise de acumulação e o advento do neoliberalismo, impuseram mudanças que responderam pela intensificação da precarização do trabalho. Essas mudanças atingiram o conjunto de trabalhadores assalariados, num processo complexo e multifacetado; Estes aspectos encaminharam redefinições no Estado e nas políticas sociais, o que determinou “novas requisições, demandas e possibilidades ao trabalho do assistente social” (RAICHELIS, 2010, p. 71) neste espaço.

Trata-se de um novo contexto social, com intensificação da retração do trabalho regulamentado, com o ampliação do trabalho precarizado, temporário, flexibilizado, parcial, bem como, com o crescimento do voluntarismo, que por ventura, mascara as novas formas de exploração do trabalho. Tem-se também o crescimento do desemprego estrutural e o declínio da qualidade do trabalho, dos salários e das condições em que ele se concretiza. Devido a esta tendência, os assistentes sociais submetem-se a relações e condições de trabalho cada vez mais frágeis, onde se pode perceber “os baixos salários, contratos temporários, parciais, por projetos, por atividade, pluriemprego, desespecialização do trabalho” (GUERRA, 2010b, p. 97).

Esses aspectos demonstram a inserção subalterna desses profissionais na divisão sócio-técnica do trabalho, bem como, sua intervenção, fragmentada, pontual, imediatista, o que em consequência, limita a atuação profissional.

Assim, as atuais configurações do capitalismo contemporâneo reflete numa “nova morfologia do trabalho”, “com amplos contingentes de trabalhadores flexibilizados, informalizados, precarizados, pauperizados, desprotegidos de direitos e desprovidos de organização coletiva” (ANTUNES, 2005, apud RAICHELIS, 2010, p. 758).

realização do trabalho, redução dos direitos trabalhistas, aposentadoria, enfim requisitos necessários para a realização de um trabalho digno para o trabalhador. (CAVALCANTE; PRÉDES, 2010, p. 3).

¹⁷“Todo o processo conhecido como reestruturação produtiva nada mais é do que a permanente necessidade de resposta do capital as suas crises. Para fazer-lhes frente é absolutamente vital ao Capital - e aos capitalistas - redesenhar não apenas sua estruturação “econômica”, mas, sobretudo, reconstruir permanentemente a relação entre as formas mercantis e o aparato estatal que lhe da coerência e sustentação. Assim, o momento atual da subsunção real do trabalho ao capital - conhecido ideologicamente como a III revolução industrial - exige uma modificação das regras da sociabilidade capitalista, modificação essa necessária para fazer frente à tendência decrescente da taxa de lucro” (Dias, 1997, apud MOTA; AMARAL, 2010, p. 27-8.)

Considerando estes aspectos e reconhecendo a condição atual de trabalhador assalariado do assistente social, observa-se que a categoria está sujeita a todas as incidências do mercado de trabalho, da mesma maneira que os demais trabalhadores, uma vez que a problemática da insegurança do trabalho e o enxugamento dos postos de trabalho não é algo particular aos assistentes sociais. Deste modo, os profissionais de Serviço Social sofrem os efeitos deletérios do mercado de trabalho, além das tendências de precarização que afetam diretamente o seu espaço de atuação. Ora, os assistentes sociais enquanto trabalhadores assalariados estão sujeitos às imposições que o capitalismo dita ao mercado de trabalho.

As novas configurações que atingem os trabalhadores assalariados tem repercussão significativa nas condições e relações de trabalho, especialmente nos espaços governamentais, bem como, opera mudanças significativas na esfera de trabalho dos assistentes sociais e em sua inserção nas políticas sociais (GUERRA, 2010b). Como consequência dessa nova dinâmica, destaca-se, segundo Guerra (Idem), o aumento da rotatividade profissional, a precarização nas condições de trabalho, a instabilidade, o pluriemprego, os baixos salários, as flexibilizações dos direitos sociais. Todos estes aspectos encaminham à desqualificação profissional e também na fragmentação da categoria profissional.

Dessa forma, Guerra (2009, p. 82) alerta que

a configuração das políticas sociais, o padrão de política social vigente limitam e/ou potencializam a ação do assistente social. Na contemporaneidade, o padrão de políticas sociais *privatistas, mercantilistas e assistencialistas* condiciona intervenções pontuais, focalistas, imediatistas, burocráticas, miméticas, repetitivas, pragmáticas e eminentemente instrumentais, exigindo determinado perfil profissional: aquele que responde às demandas imediatas.

As diferentes formas de incidência da precarização atingem o mercado de trabalho dos assistentes sociais de modo contraditório, à medida que reduz espaços consolidados da atuação profissional em dados âmbitos, como as empresas privadas e amplia em outros setores, como é o caso das políticas de seguridade social, especialmente a política de assistência social. Essa ampliação, por sua vez, aprofunda o processo de precarização das condições e relações de trabalho e o assistente social enquanto partícipe da divisão social e técnica do trabalho está “subordinado a processos de alienação, restrição de sua autonomia técnica e a intensificação do trabalho” (RAICHELIS, 2010, p. 751). Assim, o Serviço Social vive fortemente o processo de precarização, terceirização, de requisição pelos serviços individuais em empresas de serviços e assessoria.

O que consideramos central neste processo é a ampliação dos espaços de trabalho nas políticas sociais para os assistentes sociais a partir de 1990. Na política de saúde, primeiramente, e na política de assistência social, especialmente a partir de anos 2000, com a aprovação da nova PNAS, que instituiu o SUAS. Entretanto, a ampliação na contratação destes profissionais veio acompanhada por fortes traços de precarização e superexploração do trabalho.

É importante destacar que aquilo que é matéria prima da intervenção profissional do Serviço Social, isto é, as múltiplas expressões da “questão social”, que segundo Iamamoto (2010), na atualidade tem centralidade na ampliação do desemprego e da precarização das relações de trabalho, não é algo distante, alheio, que não engloba a referida categoria. Dentre as mais variadas configurações e expressões da “questão social” com as quais os Assistentes Sociais intervêm, destacamos “a insegurança e vulnerabilidade do trabalho e a penalização dos trabalhadores, o desemprego, o achatamento salarial, o aumento da exploração do trabalho feminino, a desregulamentação geral dos mercados” (YAZBEK, 2009, p. 17), características que permeiam também o seu trabalho.

A seção que segue deste trabalho irá apresentar dados que demonstram as tendências da precarização do trabalho assalariado do assistente social nas políticas de saúde e assistência social nas cidades pesquisadas, permitindo, pois, uma articulação com o que foi demonstrado neste capítulo.

4 TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA

O caminho percorrido até este momento foi essencial, pois demonstra que o processo de consolidação das políticas sociais brasileiras, bem como a institucionalização da profissão de Serviço Social ajuda na compreensão do atual estágio de precarização que atinge o trabalho do assistente social.

Levando em consideração as particularidades explanadas anteriormente, esta seção objetiva apresentar as principais tendências do mercado de trabalho profissional, demonstrando, deste modo, as atuais configurações dos âmbitos das políticas de saúde e assistência social dos municípios de Campina Grande e João Pessoa – PB. É importante ressaltar que estas políticas tratam-se dos espaços sócio-ocupacionais que tem incorporado os profissionais de Serviço Social de modo mais expressivo.

As tendências apontadas através dos dados coletados evidenciaram a precarização nas relações de trabalho, mas esta se revela diferenciada, considerando a particularidade da trajetória de cada política. Diante disso, as análises aqui empreendidas visam indicar as tendências no mercado de trabalho profissional nas políticas de saúde e assistência social e não traçar um comparativo entre ambas.

Para indicar as tendências deste mercado de trabalho consideramos a análise dos seguintes aspectos: cargo, forma de ingresso, vínculo de trabalho, jornada de trabalho, duplo vínculo e salário. Os referidos subsídios foram selecionados para a presente análise, por permitirem demonstrar as principais características do mercado de trabalho dos assistentes sociais no âmbito das políticas municipais, que apesar da expansão da atuação profissional nesses espaços, têm-se fortes indícios da precarização. Estes dados demonstram a realidade concreta dos espaços sócio-ocupacionais dos municípios pesquisados, as limitações e fragilidades das relações de trabalho, que se apresentam enquanto tendências entre as dadas políticas sociais.

A consolidação dos dados da pesquisa apresentou um total de 345 profissionais, com 232 inseridos no campo da saúde, sendo 83 em Campina Grande e 149 em João Pessoa e, por outro lado, 113 inseridos no campo da assistência social, sendo 53 em Campina Grande e 60 em João Pessoa. Deste total, foram realizadas, no âmbito da saúde 60,7% das entrevistas (72,2% em Campina Grande e 54,3% em João Pessoa). A não realização do universo total desta política está relacionada a aspectos como licenças maternidades, não disponibilidade

profissional para responder aos questionários e, no caso de João Pessoa, para além desses impasses, tivemos que considerar o difícil acesso às unidades de saúde, bem como, às limitações burocráticas. No âmbito da política de assistência social foram realizadas 100% das entrevistas.

Estes profissionais estão inseridos em diferentes espaços sócio-ocupacionais. Na política de saúde eles distribuem-se entre os níveis de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. A política de assistência social, por sua vez, concentra estes profissionais na Proteção Social Básica e na Proteção Especial de Alta e Média Complexidade. Podemos observar a diversidade de serviços que incorporam estes profissionais a partir do quadro exposto a seguir, que apresenta alguns destes espaços:

Quadro 1: Espaços sócio-ocupacionais

SERVIÇOS	
POLÍTICA DE SAÚDE	POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Unidade de Referência de Saúde Mental	Programa de Atenção Integral à Família – PAIF
Estratégia Saúde da Família – ESF	Projovem Adolescente
Maternidade	Serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos (PAEFI)
Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF	Programa Bolsa Família
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST	Cadastro Único
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (I, II, AD, Capszinho)	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI
Centro de Saúde	Serviço de Acolhimento Institucional
Unidade de Pronto Atendimento – UPA	Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência

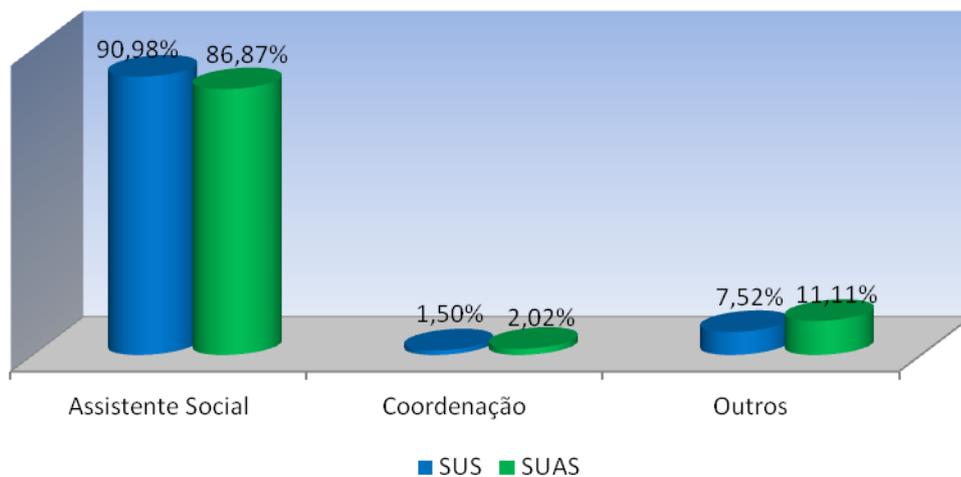
Fonte: Pesquisa de campo/Abril a Junho de 2012.

A consideração de diversos espaços sócio-ocupacionais nos possibilitou estudar de modo mais satisfatório às políticas em foco, visto que esta diversidade nos permitiu observar as peculiaridades de cada instituição e assim, desenvolvermos a presente análise de modo mais completo.

Referenciando um traço marcante da profissão, a pesquisa apresentou a presença eminentemente feminina na profissão, pois o universo desta demonstrou que, no SUS 97,76% e no SUAS 98,95% das profissionais entrevistadas são mulheres. Isto também se reflete nas condições de precarização da profissão, visto que o trabalho feminino ainda sofre discriminação no mercado de trabalho e em geral é mais atingido pelos efeitos que precarizam as relações e condições de trabalho. Frente a esse aspecto, mais adiante traçaremos uma articulação mais detalhada.

Dentre os aspectos a serem analisados destacamos o cargo para o qual estes profissionais foram contratados. Podemos observar, a partir do gráfico 1, exposto a seguir, que na política de saúde, 90,98% e na política de assistência 86,87%, das profissionais entrevistadas foram contratadas para o cargo de assistente social.

Gráfico 1: Cargo



Fonte: Pesquisa de campo/Abril a Junho de 2012.

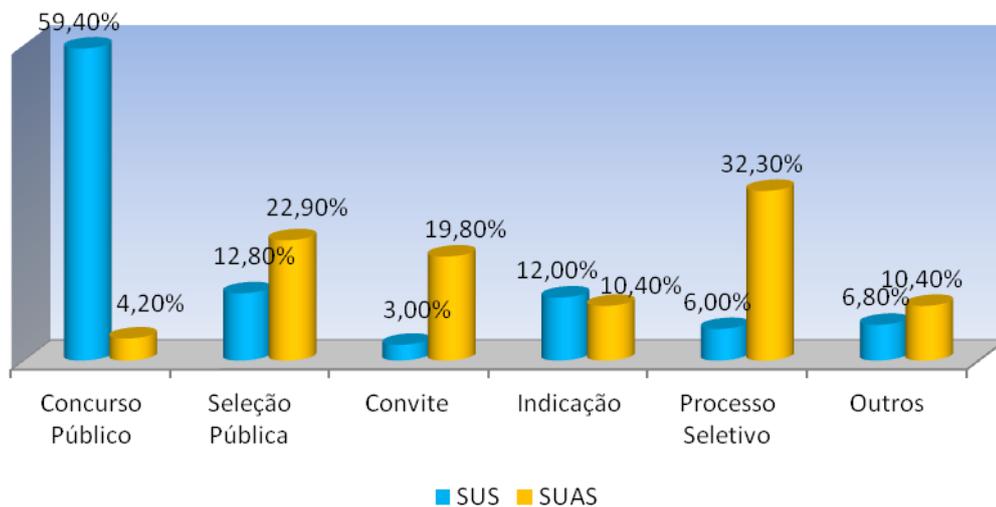
Foi possível observar que estes profissionais são contratados como assistentes sociais e exercem a referida função na instituição de trabalho, o que demonstra uma dada relevância, uma vez que os demais cargos representam apenas 9,02%, na política de saúde, e 13,13% na política de assistência, onde 2,02% compreendem a coordenação e 11,11% outros cargos.

Ressaltamos também, o aspecto de que na assistência social, temos um número maior de assistentes sociais contratados para o cargo de coordenação (quando comparado à saúde), demonstrando que este profissional vem desenvolvendo esta função na equipe técnica, em

especial na proteção social básica, seguindo a tendência apontada pelo estudo do MDS no Censo CRAS 2009 (2011), onde um número considerável (44,08%) das Coordenações dos CRAS são desempenhadas por assistentes sociais.

As análises têm continuidade ao destacarmos a forma de ingresso nos serviços públicos que têm sofrido implicações, especialmente, após o império do neoliberalismo. A partir do gráfico 2, podemos observar as informações acerca da forma de ingresso dos assistentes sociais nos serviços de saúde e assistência social:

Gráfico 2: Forma de ingresso



Fonte: Pesquisa de campo/Abril a Junho de 2012.

De acordo com o referido gráfico, a forma de ingresso mais expressiva no SUS se deu via concurso público (59,40%), em seguida, com percentuais próximos, a seleção pública (12,80%) e a indicação (12,00%), o processo seletivo compreende 6,00%, o convite 3,00% e outras formas de ingresso aparecem com 6,80%. O fato de apresentar um maior índice a partir do concurso público indica uma regularidade no modo de contratação.

Essas informações nos permitem depreender que o ingresso nos serviços de saúde, através do concurso público, foi expandido significativamente após a instituição da Constituição Federal¹⁸, no final da década de 1980, sofreu um período de retração e a partir dos anos 2000, voltou à ampliação de tal meio, uma vez que a inserção dos assistentes sociais no âmbito municipal de saúde foi impulsionada pela descentralização político administrativa,

¹⁸A inserção após a instituição da CF encontra-se em SOUZA et al., 2011;

cujo aumento de admissões está relacionado com a ampliação dos programas institucionais subsidiados pelo governo federal, a exemplo da ESF, do NASF e também dos CAPs. (SOUZA et al., 2012).

É importante frisar que a forma de ingresso via concurso público está diretamente relacionada ao tipo de vínculo empregatício estatutário. Esta situação, por sua vez, fornece aos profissionais todas as garantias trabalhistas.

Em situação oposta ao SUS, encontra-se os profissionais inseridos no SUAS. De acordo com o gráfico 2, apenas 4,20% dos assistentes sociais entrevistados ingressaram no serviço através de concurso público. A maior incidência se deu mediante processo seletivo (32,30%), 22,90% ingressou através de seleção pública, o convite corresponde a 19,80%, a indicação e outras formas de ingresso compreendem 10,40%, respectivamente.

Diante destes dados, destacamos o alto número de convite e indicação, estes, por sua vez, realizados por coordenadores dos programas/serviços/projetos, amigos, colegas de trabalho, pelo próprio secretário de assistência social ou até mesmo pelo prefeito ou demais políticos, o que denota a quebra do princípio da isonomia que garante impessoalidade na inserção no serviço público. Outro elemento que nos chamou atenção foi a existência de um percentual ínfimo de trabalhadores vinculados via concurso público. Desta forma, nos deparamos com um processo onde o que está preconizado na NOB-RH/SUAS (2011) não é realizado. Esse dado exprime a precarização nas relações de trabalho, bem como o predomínio das formas de contrato de trabalho precário. (DAVI et al., 2012). Ainda apontamos que o modo de inserção mais efetivo nesta política se dá a partir da seleção pública, e este meio, por sua vez, é mais uma estratégia usada pela administração para burlar a efetivação de concursos públicos.

Nesse sentido, Iamamoto (2010, p 123-4), sinaliza que:

os assistentes sociais funcionários públicos vêm sofrendo os efeitos deletérios da Reforma do Estado no campo do emprego e da precarização das relações de trabalho, tais como a redução dos concursos públicos, demissão dos funcionários não estáveis, contenção salarial, corrida à aposentadoria, falta de incentivo à carreira, terceirização acompanhada de contratação precária, temporária, com perda de direitos etc.

Assim, indicamos a incompatibilidade entre o instituído e o que realmente vem sendo efetivado. Especialmente, a partir dos ajustes neoliberais, onde houve a retração do Estado quanto à gestão e financiamento das políticas sociais, transferindo a responsabilidade destas, a

prestação de serviços sociais, para a sociedade civil, conforme explanado nas seções anteriores.

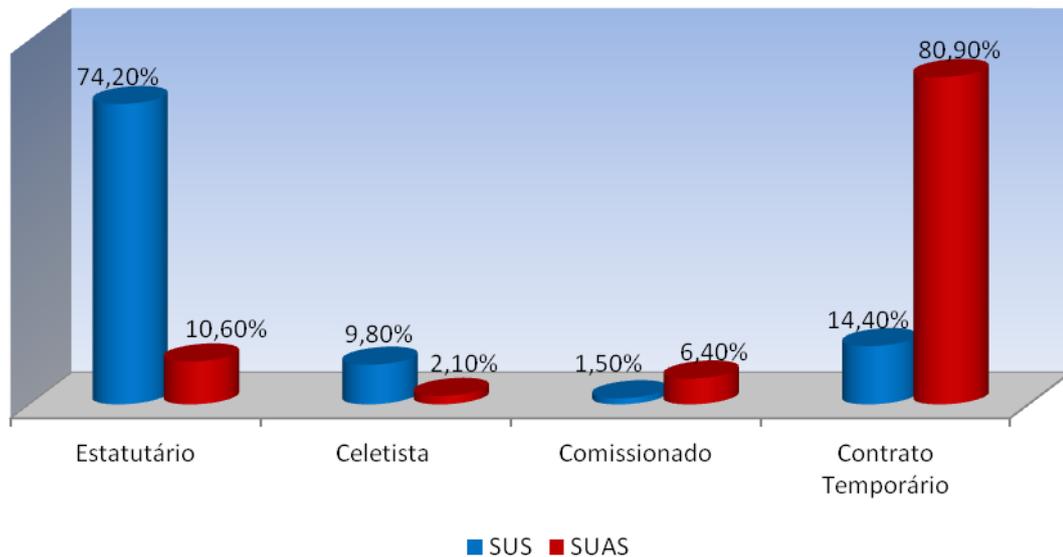
A configuração do mercado de trabalho na política de assistência social indica que a forma de ingresso não privilegia a ampliação do quadro de funcionários públicos, e este aspecto reflete em “sérias consequências na fragilização do movimento sindical, atinge também os profissionais universitários, entre os quais os assistentes sociais” (Iamamoto 2010, p. 127).

Contudo, é importante considerar que a inserção nos serviços através de concurso público, como majoritário na política de saúde, não anula a precariedade nas condições e relações de trabalho, bem como, também não anula uma dada fragilidade na forma de ingresso e contratação, visto que, se somarmos as demais formas de ingresso, ainda teremos 40,60% de trabalhadores prestadores de serviços ou com contratos temporários nesta política, isto é, profissionais que estão vinculados de forma débil e tem seus direitos limitados.

Este quadro mantém relação com a lógica do modelo neoliberal, que priorizando a política macroeconômica, amplia o desemprego e a precarização das relações de trabalho, a partir do trabalho sem carteira assinada, por tempo determinado, em período parcial, com grandes índices de rotatividade, dentre outros. (OLIVEIRA; MATTOSO, 1996).

O vínculo de trabalho, por sua vez, mantém relação direta com a forma de ingresso e conforme pode ser analisado a partir dos dados apresentados anteriormente, é possível inferir que os assistentes sociais, funcionários da política de assistência social, sofrem fortes impactos da desregulamentação do trabalho, o que, na política de saúde, não se expressa predominantemente. Mediante este aspecto, vejamos os dados indicados a partir do gráfico 3:

Gráfico 3: Vínculo de trabalho



Fonte: Pesquisa de campo/Abril a Junho de 2012.

Com base no gráfico 3, é possível evidenciar que a saúde apresenta 74,20% de profissionais com o vínculo estatutário¹⁹, o que expressa um distanciamento da tendência brasileira, que indica a predominância de vínculos precários de contratação. Deste modo, a área de atuação na saúde mostra-se enquanto um campo de atuação profissional onde existe a prevalência de vínculos estáveis de trabalho, embora subsistam 25,70% de vínculos precários, representados através dos 9,80% celetistas; 1,50% comissionado e 14,40% contrato por tempo determinado, o que não assegura direitos trabalhistas.

Os dados expostos nos permitem indicar que existe uma dada formalização na política municipal de saúde, desta forma, em tal política, a precarização no vínculo trabalhista, embora presente, não tem sido dominante, uma vez que a pesquisa apresenta um número considerável de profissionais com vínculo de trabalho advindo através de concurso público, o que assegura uma inserção no trabalho formal, com garantias trabalhistas e estabilidade, conforme prevista em Lei.

Contudo, esse dado não revela outras dimensões da precarização que se referem às condições objetivas e subjetivas de trabalho, como o padrão salarial e as possibilidades de atuação profissional, bem como não anula a instabilidade e a insegurança do trabalho.

¹⁹ Os profissionais que ingressaram nos serviços no período que antecede a instituição da Constituição Federal de 1988 obtiveram o vínculo de estatutários, por esta razão, os dados da saúde são distintos entre forma de ingresso e vínculo de trabalho.

Portanto, a regularização do vínculo, unicamente, não demonstra supressão da precarização do exercício profissional no atual contexto, uma vez que os determinantes da precarização não podem ser caracterizados apenas pelo tipo de vínculo a que estão submetidos os trabalhadores. (SOUZA et al., 2012).

No SUAS, apenas 10,60% são estatutários, 6,40% comissionados e 2,10% celetistas. Em contrapartida 80,90% mantém contrato temporário, seguindo a tendência evidenciada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2011), através do Censo CRAS e CREAS, onde 63,4% dos trabalhadores do CRAS e 62,6% do CREAS tem contratações temporárias, terceirizados, CLT e outros vínculos não permanentes. O mesmo Censo revela ainda, que 29,0% dos trabalhadores (CRAS) e 30,6% (CREAS) são estatutários.

Frente a esse dado, é possível evidenciar que na política de assistência social há prevalência dos contratos atípicos, nos termos de Vieira (2000), isto é, contratos delimitados, prestados ao empregador, cujas garantias trabalhistas são mínimas. Ainda de acordo com a referida autora, tais contratos se expressam enquanto uma das formas de flexibilizar as relações de trabalho, uma vez que são poucos os encargos para os empregadores e poucas garantias asseguradas aos trabalhadores, resultando, conseqüentemente, na retração dos direitos outrora conquistados.

Conforme demonstra o gráfico, a maioria dos assistentes sociais inseridos no campo da assistência social são temporários. Esse dado demonstra um forte traço da precarização, a saber: à eliminação dos direitos trabalhistas, uma vez que esta forma de contratação não apresenta estabilidade, nem o ingresso desses trabalhadores nos Planos de Carreiras, Cargos e Salários - PCCS²⁰, tampouco férias, 13º salário e FGTS. Tal instabilidade contribui para a desmobilização da categoria profissional, pois a existência do exército assistencial de reserva pressiona a submissão do trabalhador a condições precárias de trabalho. Aspecto preocupante, à medida que o critério de acesso a cobertura ampliada dos trabalhadores do SUAS é o PCCS, a aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, segundo a NOB-RH/SUAS (2006), condiciona o acesso a esta carreira, infringindo, além disso, a CF de 1988, artº 107, II, que pressupõe obrigatoriedade do concurso público como meio de inserção em instituições públicas. (DAVI et al., 2012).

Podemos articular os dados apresentados com os dados do Censo CRAS (2008), pois, este apresentou o aumento do número de trabalhadores entre os anos de 2005 e 2009, contudo,

²⁰Conforme a NOB-RH/SUAS (2011, p. 48), “os Planos de Carreira, Cargos e Salários abrangem os trabalhadores que participam dos processos de trabalho do SUAS, desenvolvidos pelos órgãos gestores e executores dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais da Administração Pública Direta e Indireta, das três esferas de governo na área da Assistência Social”.

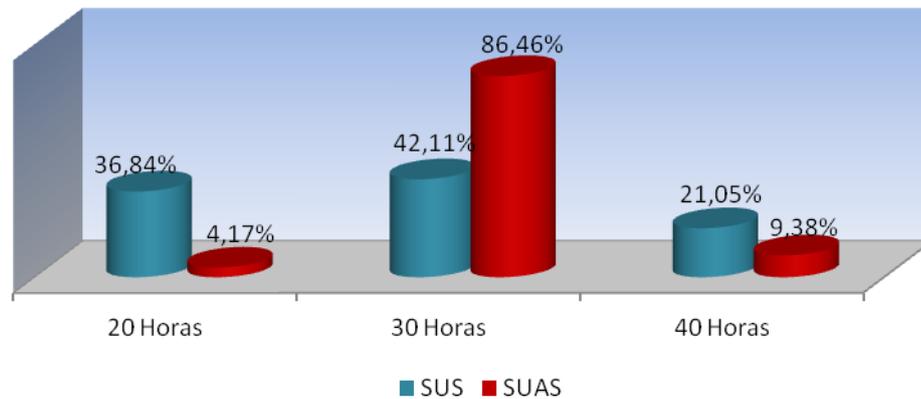
este crescimento foi acompanhado pela intensificação da precarização, uma vez que, esta ampliação se deu a partir de trabalhadores sem vínculo fixo. A pesquisa também evidencia que o contrato de trabalho é mais uma dimensão da precarização, pois um número baixíssimo de trabalhadores é estatutário (do universo da pesquisa, apenas 38,34%). Este Censo não apresenta a representação dos assistentes sociais particularmente, neste universo. Entretanto, a presente pesquisa demonstrou a fragilização na forma de ingresso e no tipo de vínculo dos assistentes sociais na referida política nos municípios de Campina Grande e João Pessoa – PB. Ao que podemos inferir que os citados aspectos se apresentam como tendência forte da precarização na política de assistência social, que atinge os assistentes sociais, mas não apenas esses profissionais, pois, atinge também a todos os trabalhadores desta política, conforme evidenciado pelo Censo CRAS (2008).

Diante do exposto evidenciamos que as políticas em foco apresentam uma distinção significativa, pois, a política de saúde tem garantido de modo significativo aos assistentes sociais os direitos trabalhistas, uma vez que, a maioria expressiva matem vínculo estatutário, enquanto a política de assistência social vem encontrando formas para não cumprir as requisições da NOB-RH/SUAS, e deste modo, impõe aos seus trabalhadores formas débeis de vínculo, o que, de acordo com Raichelis (2010), é uma questão que ultrapassa à gestão do trabalho, visto que está atrelada a maneira de organização do trabalho na sociedade capitalista contemporânea e é uma característica funcional à este.

Essa fragilidade indicada através da debilidade do vínculo de trabalho, bem como das diversas formas de contratação geram como consequência a fragmentação da categoria e a desagregação profissional, conforme destaca Guerra (2010a). Essa situação, por sua vez, cria uma dada resistência na luta em defesa dos direitos dos usuários dos serviços, assim como em prol de melhorias nas condições de trabalho, o que vem refletindo no seu cotidiano profissional.

Considerando os impactos das formas de ingresso dos assistentes sociais nas políticas de saúde e assistência social, devemos também destacar a sua jornada de trabalho. É de conhecimento da categoria profissional que a sua carga horária sofreu alterações nos últimos anos, garantindo aos profissionais de Serviço Social, uma redução da jornada de trabalho de 40 para 30 horas. Assim, o gráfico apresentado a seguir demonstra os dados sobre a carga horária:

Gráfico 4: Carga horária



Fonte: Pesquisa de campo/Abril a Junho de 2012.

De acordo com o que está apresentado no gráfico 4, é possível observar que a maior incidência na carga horária de trabalho compreende 30 horas semanais, representando 42,11% no SUS e 86,46% no SUAS. Isso sinaliza que a Lei Federal nº 12.317/2010 de 26 de agosto de 2010, que assegura aos profissionais de Serviço Social, carga horária máxima de 30h/semanal sem redução salarial, está sendo cumprida, com maior efetividade no SUAS, e de forma ainda gradativa no SUS, visto que, o índice de 40 horas na saúde, compreende 21,05% e no SUAS 9,38%. Este dado, por sua vez, revela que os atuais gestores encontraram um meio de manter às 40 horas, visto que há um impasse entre a Lei do Servidor Público (8.112/1990) e a Lei em questão²¹.

A nossa pesquisa aponta que a referida Lei vem realizando alterações significativas, uma vez que, segundo pesquisa realizada pelo CFESS (2005) num período anterior à promulgação da mesma, demonstrou que 50,70% dos assistentes sociais do Brasil, cumpriam uma jornada de trabalho de 40h. De acordo com dados da presente pesquisa, nas políticas de saúde e assistência social, observa-se a prevalência das 30h, o que expressa à transformação gradativa deste cenário.

Em documento intitulado: “Porque o Conjunto CFESS-CRESS Defende 30 Horas de Jornada Semanal para Assistentes Sociais”, foi explicado que a respectiva luta

²¹ Os gestores exigem às 40 horas de trabalho ao afirmarem que os Assistentes Sociais são servidores públicos. Logo, entram em atrito as Leis 8.112/1990 e 12.317/2010.

se pauta pela defesa de concurso público, por salários compatíveis com a jornada de trabalho, funções e qualificação profissional, estabelecimento de planos de cargos, carreiras e remuneração em todos os espaços sócio-ocupacionais, estabilidade no emprego e todos os requisitos inerentes ao trabalho, entendido como direito da classe trabalhadora.

Assim, a redução da jornada de trabalho para 30h/semanal deve ser entendida como a primeira conquista de um plano mais amplo, que luta por melhores condições de trabalho.

A redução da jornada de trabalho para 30 horas foi conquistada legalmente pela categoria, logo o que se pretendeu foi a melhoria das condições de trabalho dos assistentes sociais. Deste modo, a luta travada foi em prol do trabalho com qualidade para toda a categoria, seguindo a tendência do que está descrito no Código de Ética, precisamente, no capítulo III, artigo 7º, alínea a: trata-se de um direito do assistente social “dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional”.

Apesar de sancionada, a referida Lei encontrou diversas resistências em sua real efetivação, a saber: do setor privado, a maior resistência se deu através da Confederação Nacional de Saúde (CNS), órgão que representa em espaço nacional as empresas que prestam serviços à saúde – que formulou uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adim 4468) no STF, contra a lei; no espaço público, a redução da jornada de trabalho veio acompanhada de redução salarial²². (BOSCHETTI, 2011).

Deste modo, considerando os dados apresentados pela presente pesquisa, é possível inferir que os movimentos de resistência ainda se expressam, posto que, a jornada de 40 horas ainda se cumpre nas políticas pesquisadas, conforme já demonstramos, com percentuais de 21,05% no SUS e 9,38% no SUAS.

É importante lembrar que no âmbito da política de saúde, o Ministério da Saúde assumiu uma posição contrária no processo de aprovação da Lei, foi um dos órgãos da administração que mais apresentou resistência, sob a argumentação de que esta redução causaria grande impacto no orçamento da saúde, bem como, “prejudicaria o SUS e fortaleceria a luta de redução de outras categorias” (BOSCHETTI, 2011, p. 581), atribuímos, então, relação da referida incidência na política municipal de saúde com o posicionamento de tal Ministério.

Assim, diante dos dados é possível identificar uma dada resistência no cumprimento desta Lei, seja na adequação de antigos contratos ou nos mais recentes, uma vez que, é

²² Em alguns órgãos como o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão e o INSS.

comum nos depararmos com editais de concursos e/ou seleções cuja carga horária corresponde às 40h/semanal.

Por outro lado, se temos às 30h sendo cumpridas com maior expressividade, inferimos que essa redução não trouxe consigo a garantia de melhorias para a categoria profissional, bem como não excluiu o aspecto da precarização nas relações e condições de trabalho. Pois, de acordo com a pesquisa realizada pelo CFESS (2005), a Região Nordeste expõe as menores incidências de carga horária, em contrapartida, traz também os maiores índices de dupla vinculação e os piores indicadores salariais. Nesse sentido, o cumprimento da carga horária semanal não garante, necessariamente, avanços para a categoria, na medida em que estes profissionais podem possuir mais de um vínculo empregatício e não receber uma remuneração salarial condizente com suas reais necessidades.

Guerra (2010b) atribui uma dupla dimensão a redução da jornada de trabalho: o encurtamento da jornada de trabalho do assistente social de 40 para 30h caracteriza-se para os profissionais numa sensação de encolhimento do tempo, que se de um lado permite aos assistentes sociais dedicar-se a outras atividades, por outro, em virtude dos baixos salários, esses profissionais precisam estabelecer outros vínculos de trabalho, o que leva tanto ao aumento da jornada de trabalho quanto ao pluriemprego.

Embora venha apresentando reações colaterais, a referida redução teve um valor expressivo para a categoria profissional, conforme aponta Boschetti (2011, p. 566 - 567):

Merece destaque especial a mais significativa conquista do Serviço Social nos últimos vinte anos que tem um impacto profundo nas condições de trabalho e de vida dos(as) assistentes sociais. A redução da jornada de trabalho para trinta horas semanais sem redução salarial, ainda que não altere estruturalmente a organização do trabalho, possibilita diminuir a sobrecarga do trabalho, o que pode melhorar a saúde do(a) trabalhador(a) e, ainda impor limites à exploração do trabalho pelo capital. [...] Quem viveu e/ou acompanhou de perto essa luta não tem nenhuma dúvida em afirmar com veemência que às trinta horas semanais resultam de conquista forjada na luta coletiva. Não se trata de concessão das elites e muito menos de ganho minimalista.

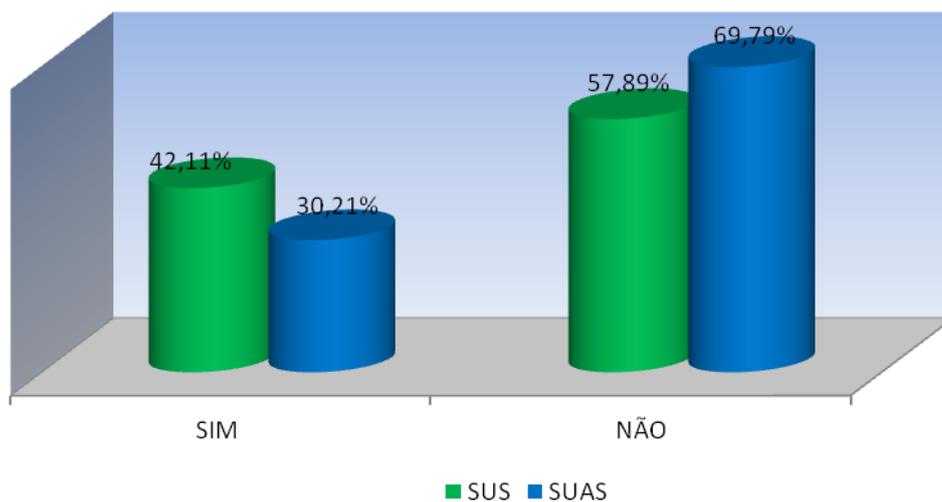
Nesse sentido, a redução da jornada de trabalho para 30h/semanal, trata-se, pois, de um elemento que visa impor limites à exploração capitalista, e se demonstra enquanto um primeiro passo, numa caminhada que vem se mostrando longa e árdua, contra o grande capital e suas consequências negativas para os trabalhadores assalariados.

Entretanto, esta não é uma luta concluída, pois, conforme indicou Boschetti (2011), esta luta só terá fim quando todos os profissionais de Serviço Social cumprirem uma jornada

semanal de trabalho de 30 horas e receberem salários que correspondam, de fato, com suas atribuições; apenas quando a Lei nº 12.317/2010 for realmente consolidada.

Como indicamos anteriormente, a redução da jornada de trabalho é um aspecto dual, pois ao mesmo tempo em que possibilita a diminuição da sobrecarga de trabalho, também permite que estes profissionais busquem outra vinculação empregatícia. O gráfico 5, a seguir, apresenta informações sobre o duplo vínculo dos assistentes sociais.

Gráfico 5: Duplo vínculo



Fonte: Pesquisa de campo/Abril a Junho de 2012.

De acordo com o que está sendo demonstrado pelo gráfico, podemos visualizar que no SUS 42,11% e nos SUAS 30,21% dos assistentes sociais possuem um duplo vínculo empregatício, que na maioria dos casos é também desenvolvido na função de assistente social. Ressaltamos o aspecto de que o duplo vínculo é um fator prevacente na Região Nordeste, conforme sinalizou a pesquisa do CFESS (2005).

É importante ressaltar que a EC nº 34/2001, que altera o inciso XVI do artigo 37 da CF, permite a acumulação remunerada de “dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas”. Deste modo, o assistente social, que é reconhecido enquanto um profissional de saúde, por atuar também nessa área, pode acumular dois empregos públicos, sendo um, necessariamente na área da saúde, de acordo com o CFESS.

Alguns elementos indicam a existência do duplo vínculo, são eles: os baixos salários pagos aos profissionais de Serviço Social, que encaminha estes profissionais a buscarem alternativas, outros vínculos empregatícios, para suprir suas necessidades de sobrevivência. Caracterizando, desta forma, uma tendência de superexploração do trabalho na nova fase do capitalismo que requer uma maior precarização das relações e condições de trabalho. (SOUZA et al., 2012).

Destacamos o fato de que o duplo vínculo tem se revelado uma forte tendência no trabalho do assistente social, exigindo destes um conjunto de atribuições parciais, temporárias e atribuindo um perfil fragilizado nas ações assumidas pelos profissionais, agravadas pela rotatividade, muitas vezes presentes nos espaços laborais. Demonstrando, então, a potencialidade da fragilização da categoria profissional devido ao sobretrabalho desenvolvido pelo assistente social.

Reiteremos este argumento, a partir de Guerra (2010a, p. 719-20):

comparece hoje nos espaços laborais do assistente social o crescente aumento de profissionais que possuem mais de um vínculo de trabalho, o que caracteriza o pluriemprego, bem como se observa a inserção socioprofissional em duas ou mais políticas sociais, rotatividade no emprego, instabilidade e insegurança, jornada de trabalho extensa (cumprir carga horária de mais de dez horas diárias de trabalho), além do sobretrabalho ao qual a mulher se encontra submetida.

Desta forma, ao considerarmos que a profissão é predominantemente feminina, conforme indicam os dados da pesquisa, podemos inferir que estas profissionais estão sobrecarregadas, pois, um número significativo destas, também respondem as responsabilidades familiares.

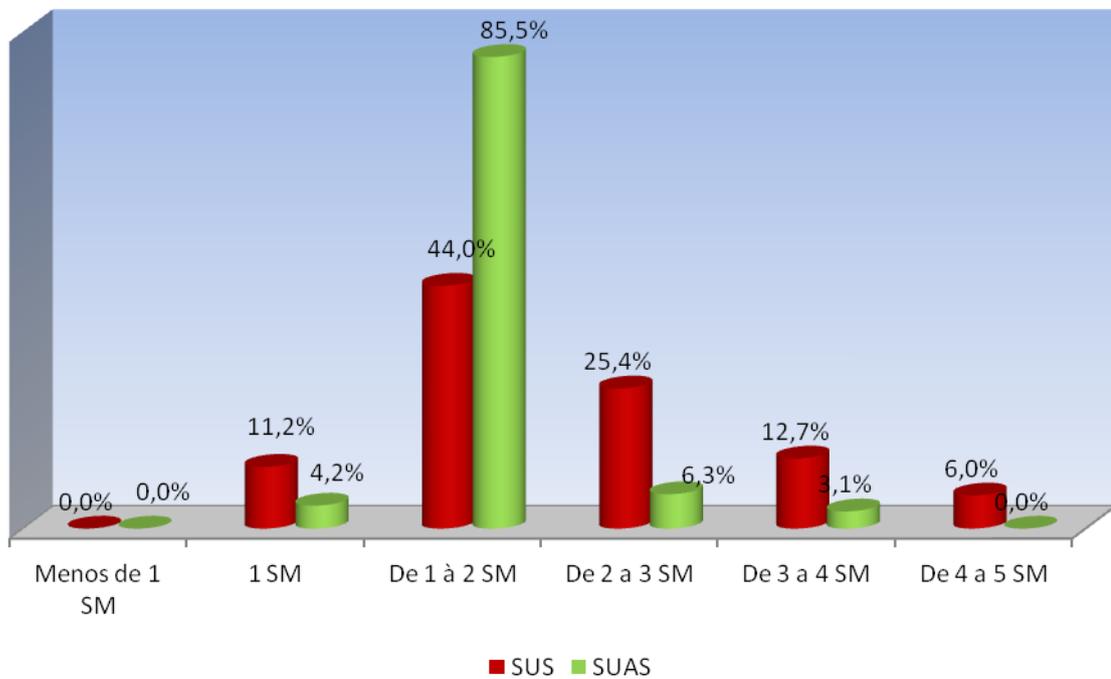
Os múltiplos vínculos de trabalho assumidos pelos assistentes sociais caracterizam a dimensão da polivalência e multifuncionalidade, que expressam a precarização do trabalho. Estas são as características do que Guerra (2010a) tem chamado de pluriemprego, o que também tem demandado ao assistente social a inserção socioprofissional em duas ou mais políticas. Esta relação implica a descontinuidade no/do exercício profissional, já que muitos trabalham em regime de plantão, o que incentiva intervenções pontuais e visa respostas imediatas.

De acordo com Trindade (2004), a relação entre cargas horárias flexíveis e o duplo vínculo, o que inevitavelmente desencadeia questões quanto à qualidade das ações desenvolvidas, posto que há ausência de planejamento, pode estar contribuindo para uma tendência a burocratização da prática profissional, uma vez que, “sem uma permanência

prolongada junto aos usuários, consegue no máximo, realizar atividades de enfrentamento de problemas imediatos, sem possibilidade de práticas contínuas” (TRINDADE, Idem, p. 16).

O encurtamento da jornada de trabalho tem possibilitado aos assistentes sociais a ampliação da sua renda através do pluriemprego. Este aspecto está diretamente relacionado aos baixos salários atribuídos a estes profissionais, pois a força de trabalho destes é submetida a um baixo custo. Deste modo, analisamos as informações acerca do salário, que estão demonstradas no gráfico 6. Conforme indica o referido gráfico, estes profissionais possuem um baixo nível salarial.

Gráfico 6: Salário



Fonte: Pesquisa de campo/Abril a Junho de 2012.

A partir deste gráfico, é possível evidenciar que os baixos salários compreendem as duas políticas estudadas, pois, na política de saúde a maior incidência de salários compreende entre 1 a 2 salários mínimos²³ (44,0%). Ao unirmos este percentual com os profissionais que recebem apenas um salário mínimo, teremos 55,2% de assistentes sociais que recebem salários referentes até dois salários mínimos. Isso indica a prevalência de baixos salários no

²³ No período da pesquisa o salário mínimo tinha o valor de 622,00 (reais).

âmbito municipal. Na sequencia estão os que recebem de 2 a 3 salários mínimos (25,4%), de 3 a 4 salários mínimos (12,7%) e de 4 a 5 salários mínimos (6,0%).

Na política de assistência social, a incidência dos baixos salários é ainda mais forte, visto que, 85,5% recebem entre 1 e 2 salários mínimos, destacando-se, ainda, a presença de 4,2% que recebem apenas 1 salário, compreendendo assim, 89,7% de profissionais que recebem até 2 salários mínimos. Pouco significativos estão os profissionais que recebem: entre 2 e 3 salários mínimos, apenas 6,3%; entre 3 e 4 salários mínimos, 3,1%, enquanto nenhum dos profissionais entrevistados recebem entre 4 e 5 salários mínimos.

Levando em consideração estes dados e a classificação estabelecida pelo SEADE²⁴ é possível classificar os assistentes sociais das políticas de saúde e assistência social dos municípios pesquisados, no nível renda baixa, posto que os maiores percentuais compreendem até 2 salários mínimos em ambas políticas. Divergindo, assim, das demais regiões do país, que apresentam uma média de 4 a 6 salários mínimos, conforme demonstrou a pesquisa realizada pelo CFESS (2005).

Segundo Correia (2007), a diferença salarial entre as regiões, bem como o declínio do nível salarial, são estratégias funcionais ao sistema capitalista, à medida que a discrepância salarial promove a competição, a despolitização, a fragmentação, a rivalidade e a alienação entre os trabalhadores. Ainda de acordo com a referida autora, a disparidade salarial expressa não só a diferenciação do *status* econômico, mas do cultural e do político.

A profissão, por sua vez, não dispõe de um piso salarial regulamentado²⁵, que delimite um valor estipulado, assegurando assim, uma faixa de salário. Apesar de existir uma tabela profissional de honorários da categoria²⁶, esta não apresenta peso valorativo, nem sequer algum modo de proteção, quanto à condição de assalariado, visto que os profissionais de Serviço Social não desenvolvem seu trabalho enquanto autônomos, uma vez que, “são despossuídos dos meios de produção, não tendo alternativas de sobrevivência senão vender sua força de trabalho sob a forma de assalariamento” (ANTUNES, 2002, p. 109), ficando, desta forma, submissos aos níveis salariais estabelecidos pelas administrações, no caso da pesquisa atual, da esfera municipal.

²⁴ O SEADE classifica o nível médio de renda dos postos de trabalho, em que é considerado enquanto baixa renda até 2,6% salários mínimos; entre 2,6% até 8,4% salários mínimos, média renda e a renda superior a 8,4% salários mínimos, é denominada de alta renda.

²⁵ O Projeto de Lei que trata sobre o piso salarial está em tramitação desde 2009 (PL 5.278/2009) e propõe a alteração da Lei 8.662/93, definindo piso salarial de R\$ 3.720 para uma jornada de seis horas diárias e trinta horas semanais. Atualmente o PL tramita na Câmara dos Deputados e está sob a relatoria do deputado Cláudio Puty (PT-PA).

²⁶ Resolução CFESS nº 418/01 institui a Tabela Referencial de Honorários do Serviço Social, fixando a hora técnica em R\$ 45,00.

Diante desses dados, podemos inferir que há uma intensificação da desvalorização do trabalho do assistente social, expressa a partir de diversos pressupostos, seja por ser uma profissão feminina, por perceber baixos salários, o que implica em limitações nas suas condições de reprodução social, posto que estamos submetidos a uma conjuntura consumista. Esta situação leva a busca de estratégias para a ampliação da renda, o que encaminha a dupla vinculação empregatícia. Assim, tem-se a intensificação da exploração do trabalho em detrimento da complementação da renda.

Ainda se tratando de salário, segundo Netto (2009, p.103), o salário tem a finalidade de “cobrir [não] apenas as necessidades fisiológicas do trabalhador e sua família – o desenvolvimento social põe em cena necessidades de outra ordem (sociais, culturais etc.) que também devem ser atendidas”. Assim, além de não dispor dos direitos trabalhistas, a esses profissionais são impostas condições precárias de sobrevivência e reprodução social, uma vez que, a baixa remuneração implica em acesso limitado a lazer, cultura, saúde e educação, bem como, também limita a atualização intelectual destes profissionais, uma vez que estes precisam comprar livros, participar de congressos, aspectos que dependem do seus salários, principalmente por estarmos inseridos num contexto neoliberal do “cidadão consumidor” (termo de Motta, 1995).

Considerando que o salário mínimo do Brasil é um dos mais baixos do continente, é possível concluir que o mesmo está longe de atender e assegurar a garantia de necessidades básicas²⁷. Nesta direção, é possível fazermos as seguintes relações: os baixos salários aos quais estão submetidos os profissionais de Serviço Social os induzem a ocupação de outro emprego. Este duplo vínculo, por sua vez, torna a jornada de trabalho dos assistentes sociais, extensiva e exaustiva. Logo, inferimos que formas de contratações frágeis, seguidas de baixos salários o que, conseqüentemente, motivam novos vínculos empregatícios, denotam um mercado de trabalho precarizado.

A reestruturação produtiva do capital intensificou este processo de precarização do trabalho, bem como incidiu no mercado de trabalho do assistente social, seja por meio da mudança e/ou redução de postos de trabalho, ou pela ampliação dos espaços sócio-ocupacionais, a partir da implantação e expansão do SUS e do SUAS, políticas que passam a compor o âmbito da Seguridade Social, inserindo, então, o sistema de proteção social.

²⁷ Conforme divulgado pelo DIEESE em 2012, o salário mínimo do trabalhador brasileiro deveria ser de R\$2.329,35, “a fim de suprir as necessidades básicas da população e de sua família, como constata a Pesquisa Nacional da Cesta Básica” (<http://blogs.estadao.com.br/jt-seu-bolso/dieese-salario-minimo-deveria-ser-r-2-32935/>).

Segundo Boschetti (2011), estas políticas sociais são as que mais incorporam os profissionais de Serviço Social, em contrapartida, a expansão de tais políticas não afirmou um espaço de trabalho com relações e condições de trabalho apropriadas, dentro do que é defendido e está preconizado em seu Projeto Ético, Político Profissional.

Assim, os impactos da precarização alcançam os assistentes sociais nos seus diversos espaços de atuação profissional e suas tendências se expressam

pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros. (RAICHELLIS, 2011, p. 422).

Nesse mesmo sentido, Guerra (2010a, p. 719) elucida que

a precarização do exercício profissional se expressa por meio de suas diferentes dimensões: desregulamentação do trabalho, mudanças na legislação trabalhista, subcontratação, diferentes formas de contrato e vínculos que se tornam cada vez mais precários e instáveis, terceirização, emprego temporário, informalidade, jornada de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade dos espaços laborais e dos salários, frágil organização trabalhista, organização em cooperativas de trabalho e outras formas de assalariamento disfarçado, entre outras.

Os efeitos da precarização do trabalho para o Serviço Social tem se apresentado em níveis de intensidade, até então, desconhecidos, pela categoria profissional.

A partir dos dados coletados podemos construir uma análise acerca do que se apresentou como tendência do mercado de trabalho para os assistentes sociais nas políticas de saúde e assistência social.

Os dados nos demonstram que as políticas que foram o âmbito do nosso objeto de estudo no setor municipal, apresentam tendências de um mercado de trabalho precário, como requer o Estado. Foram expressas as fortes características da precarização, que apresentou especificidades quanto aos seus aspectos em cada política social. Pois, a precarização não se apresenta da mesma forma em todos os âmbitos, ela pode e se expressa de variadas maneiras.

Deste modo, em linhas gerais, a precarização na política de saúde para os assistentes sociais, se expressa através da jornada de trabalho, onde subsiste jornada superior à estipulada por Lei; do duplo vínculo exercido por tais profissionais; pelos baixos salários e também pela forma de ingresso nos serviços, pois, apesar de termos encontrado 59,40% de profissionais

que ingressaram nos serviços a partir do concurso público, 40,60% compreende uma parcela (significativa) de profissionais que não tem direitos assegurados.

A política de assistência social, por sua vez, apresenta traços da precarização, especialmente, através da forma de ingresso nos serviços, cujo ingresso dado via concurso público é ínfimo. Em consequência desse aspecto, o vínculo de trabalho também se demonstra de modo muito débil, uma vez que prevalece o contrato temporário e apenas 10,60% dos profissionais são estatutários; a precarização também se demonstra nos salários e no duplo vínculo.

Assim, podemos inferir, com base nos dados, que há insegurança e instabilidade e estes são aspectos latentes para os profissionais das políticas municipais de saúde e assistência social. A desregulamentação do trabalho, por sua vez, se expõe de modo imponente através da flexibilização na forma de contratação, especialmente na política de assistência social, onde a maioria dos assistentes sociais são temporários, o que os submetem a ausência de direitos trabalhistas, uma vez que tal vinculação não assegura estabilidade no emprego, dentre outras consequências.

Desta forma, as tendências do mercado, por sua vez, implicam

uma classe trabalhadora polarizada, com uma pequena parcela com emprego estável, dotada de força de trabalho altamente qualificada e com acesso a direitos trabalhistas e sociais e uma larga parcela da população com trabalhos precários, temporários, subcontratados etc. (Iamamoto, 2010, p. 32).

Ainda que as referidas políticas apresentem aspectos da precarização a partir dos mesmos elementos, como forma de ingresso, duplo vínculo e salário, estes se demonstram de modo particular em cada política social, à medida que a forma de ingresso tem sido uma problemática que se apresenta de modo mais intenso na assistência social, bem como os salários que também são mais baixos na assistência, o duplo vínculo, por sua vez, tem maior incidência na saúde. Deste modo, evidenciamos que a precarização se expressa de maneira diversificada.

Cavalcante e Prêdes (2010), afirmam que o trabalho dos profissionais de Serviço Social nas políticas sociais é precarizado, porque as próprias políticas são, desde a sua gênese, precárias. Logo, os assistentes sociais sofrem os reflexos dessa debilidade, atendendo a configurações que exigem políticas focalizadas, seletivas, voltadas ao controle da pobreza, além dos impactos e pressões impostas pelo sistema capitalista aos trabalhadores assalariados, que, conforme demonstrado pela presente pesquisa, se expressa através das frágeis formas de

ingresso nos serviços, o que, em consequência, impõe vínculos precários; no aviltamento dos salários, representados, majoritariamente, por até 2 salários mínimos, o que encaminha estes profissionais a buscarem um novo vínculo empregatício, elemento que aqui se apresentou enquanto um aspecto crescente.

De acordo com Boschetti (2011, p. 562), o “aumento do desemprego, da terceirização, da informalidade e da prestação de serviços sem nenhum tipo de regulamentação”, bem como a destruição de tradicionais postos de trabalho e a reorganização de outros postos, são tendências presentes também nas políticas sociais, o que afeta diretamente as condições de trabalho dos assistentes sociais.

Denúncias sobre a precarização das condições de trabalho são recorrentes nos CRESS, principalmente na política de assistência social, cuja ausência de concurso público, somada a grande demanda de usuários, impulsiona a terceirização, a superexploração e a precarização do trabalho (RAICHELIS, 2011).

Os dados que a atual pesquisa mostram quão precárias são as relações de trabalho nos principais espaços da atuação profissional do assistente social, a política de saúde e de assistência social. Segundo Boschetti (2011) tratam-se de

relações de trabalho que não garantem as condições técnicas e éticas de trabalho, conforme estabelecido nas regulamentações profissionais, especialmente a Lei n. 8662/1993, o Código de Ética Profissional e a Resolução CFESS n. 493, de 21 de agosto de 2006. São constantes as denúncias profissionais acerca das violações de seus direitos, bem como a ampliação de situações de adoecimento decorrente dessas condições. (BOSCHETTI, 2011, p. 562).

Uma questão que merece ser ressaltada neste contexto de relações e condições de trabalho precarizado e que, comumente não é observada, é a saúde dos profissionais de Serviço Social. De acordo com Trindade (2004), preservar a saúde, diante de uma lógica onde prevalece a precarização de forma intensificada é algo complexo, uma vez que, existe um grande desgaste físico e emocional, decorrentes do trabalho acentuadamente precário. Pesquisas²⁸ apontam que os profissionais de Serviço Social estão mais expostos ao *stress* e aos riscos de saúde, ficando atrás apenas dos policiais e professores.

A ampliação da desregulamentação do trabalho, expresso de variadas formas, como forma de contratação, retração dos direitos trabalhistas e sociais, nos possibilitou observar o

²⁸ Informação contida na Carta do CFESS, distribuída no XIII CBAS. A íntegra da Carta está disponível na página eletrônica do CFESS. Diversas pesquisas apontam essa problemática: Health Magazine: <http://oglobo.globo.com/emprego/dez-profissoes-que-podem-causar-depressao-727775>, entre outras.

crescimento das relações entre trabalho e adoecimento, o que incide diretamente na saúde física e mental dos trabalhadores.

Sendo, pois, os assistentes sociais, trabalhadores assalariados, que estão submetidos a todos os dilemas que afetam esta classe, conforme já pontuado. É importante que tal categoria se reconheça enquanto um segmento que está inserido nesta classe, que o sentimento de pertencimento seja ativado, para que questões como a saúde destes profissionais passem a ser estudadas, uma vez que, a atenção voltada à saúde do trabalhador, ou o seu adoecimento, desgaste devido às condições de trabalho, não inclui o assistente social, enquanto sujeito vivo²⁹ do trabalho. (RAICHELIS, 2011).

Diante disso, a temática do adoecimento profissional, do desgaste físico e mental enquanto uma consequência da superexploração do trabalho é um tema pouco abordado. Assim, o cotidiano de seu trabalho e a violação de seus direitos que podem causar danos à saúde desses profissionais, não tem sido abordado enquanto um objeto de estudo. Por isso, existe a necessidade do reconhecimento do assistente social enquanto um trabalhador assalariado, e que esse *status* traz para a categoria todas as consequências e implicações que os demais trabalhadores sofrem.

De acordo com Raichelis (Idem), o trabalho dos assistentes sociais é permeado por um processo contraditório e dual:

- a) de um lado, o prazer diante da possibilidade de realizar um trabalho comprometido com os direitos dos sujeitos violados em seus direitos, na perspectiva de fortalecer seu protagonismo político na esfera pública; b) ao mesmo tempo, o sofrimento, a dor e o deslocamento diante da exposição continuada à impotência frente à ausência de meios e recursos que possam afetivamente remover as causas estruturais que provocam a pobreza e a desigualdade social. (RAICHELIS, Idem, p. 434-435).

Deste modo, o adoecimento profissional é algo real frente à impossibilidade de por em prática sua ética profissional. Assim, os limites institucionais geram “desgaste e adoecimento físico e mental e que, no caso do assistente social, precisa ser mais conhecido...” (FRANCO; DRUCK; SELIGMAN-SILVA, 2010, apud, RAICHELIS, 2011).

As reflexões aqui empreendidas possibilitam revelar as principais características do mercado profissional de trabalho nas políticas da saúde e da assistência social nos municípios de Campina Grande e João Pessoa – PB. Os dados coletados nos permitiram identificar os baixos salários, a apreensão do pluriemprego dos assistentes sociais que estão inseridos em

²⁹Termo de Raichelis (2011).

mais de um espaço sócio-ocupacional, as precárias formas de ingresso e vínculo, bem como, demonstrou a maior fragilidade no âmbito da política de assistência social, pois, o seu histórico de desprofissionalização, bem como a cultura patrimonialista, clientelista e autoritária a qual está atrelada esta política (RAICHELIS, 2010), possibilita que os efeitos do mercado de trabalho se incorporem mais gravemente. Portanto, a ampliação do mercado de trabalho para os assistentes sociais é permeado pelo atual contexto de reestruturação produtiva, política neoliberal e pela contrarreforma do Estado.

Assim, as análises ora realizadas nos indicam as principais tendências das atuais configurações do trabalho do assistente social no espaço da saúde e da assistência social no estado da Paraíba. Isto é, nos possibilitou depreender a configuração de um mercado de trabalho com fortes indícios da precarização, apresentado as particularidades de cada política social abordada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises empreendidas neste trabalho é resultado de uma articulação de estudos bibliográficos, documentais e empíricos. Nesse sentido, as revisões bibliográficas e documentais presentes neste escrito nos permitiu entender o processo de consolidação das políticas sociais em nosso contexto, compreendendo as especificidades das políticas de saúde e assistência social, que são os espaços sócio-ocupacionais do nosso objeto de estudo. Também nos possibilitou observar o movimento de profissionalização do Serviço Social, sua inserção na divisão social e técnica do trabalho, enquanto trabalhador assalariado e suas consequentes implicações.

Deste modo, a partir destas referências foi possível depreender que as políticas sociais nascem na sociedade capitalista com a finalidade de preservação e controle da força de trabalho, e que estas são determinantes complexas, que desde sua gênese são perpassadas por contradições, confrontos e conflitos, e especialmente, a partir de 1990, quando se sente os impactos do neoliberalismo, o tratamento oferecido a estas se dá na base da privatização, focalização e descentralização. Assim, a saúde que é um direito de todos e a assistência social, destinada aos mais pobres, de acordo com a CF/88, sofrem também os efeitos deste contexto, à medida que a saúde pública é destinada aos mais pobres, posto que passa a existir a distinção: “público para pobres, privado para os que podem pagar”; a assistência social, por sua vez, passa a ser de responsabilidade do Estado com a Sociedade Civil, sob o argumento do solidarismo e além de ter sua demanda ampliada, assume centralidade na seguridade social.

Em linhas gerais, desde o império do neoliberalismo, com a determinação de um “Estado mínimo para o social e máximo para o capital”, como bem definiu Netto (2004), as políticas sociais foram redefinidas e voltadas à mercantilização, assistencialização e refilantropização, o que por ventura, contribui para a descaracterização do direito.

Sendo as políticas sociais um espaço privilegiado da atuação profissional do Serviço Social, as transformações aí inscritas refletem no trabalho deste agente profissional. Tendo, pois, esclarecido que o Serviço Social tem um papel funcional no tratamento das expressões da questão social e que sua profissionalização não se trata de um amadurecimento natural, nem tampouco de uma evolução da caridade, mas sim, uma requisição da nova dinâmica monopolista, compreende-se o seu lugar enquanto profissão especializada e sua condição de trabalhador assalariado, que, do mesmo modo que os demais trabalhadores, sofrem os

impactos da precarização do trabalho. Principalmente, a partir das transformações no mundo do trabalho e da implementação do neoliberalismo, que impõem mudanças que alteram significativamente as condições de trabalho e permitem a intensificação da precarização do trabalho. Neste sentido, os assistentes sociais são fortemente atingidos, conforme aponta Guerra (2010a), pela alta rotatividade profissional, precarização nas condições de trabalho, instabilidade, pluriemprego, baixos salários e flexibilização dos direitos sociais.

Assim, este exercício nos possibilitou identificar as tendências do mercado de trabalho dos assistentes sociais compreendendo as inflexões das transformações societárias no exercício profissional.

As informações acerca das configurações das políticas sociais, bem como, a profissionalização do Serviço Social e a conseqüente precarização que perpassa essa profissão, foram fundamentais para compreensão das atuais tendências do mercado profissional de trabalho, visto que, tal reflexão nos permite compreender o presente, considerando o passado, ou seja, as referências teóricas usadas embasaram as análises dos dados evidenciados pela pesquisa.

Os dados demonstrados neste escrito caracterizaram as atuais configurações das políticas de saúde e assistência social dos municípios de Campina Grande e João Pessoa-PB, apresentado as principais tendências desses espaços sócio-ocupacionais. Assim, denotamos características distintas entre as duas políticas, embora, ambas tenham demonstrado fortes indícios da precarização.

A saber, a política de saúde expressa as marcas da precarização a partir da inserção nos serviços, posto que subsiste um número considerável de profissionais que ingressaram nos serviços por formas débeis; a carga horária também se apresenta enquanto problemática, uma vez que tem-se as 40h num número significativo; o pluriemprego, que é uma incidência presente e crescente e os baixos salários. A política de assistência social, por sua vez, demonstra os aspectos do mercado de trabalho precário, com base na forma de ingresso e vínculo de trabalho precários; também apresenta marcas do duplo vínculo e dos baixos salários. Assim, de um modo geral, os indícios da precarização atingem os profissionais destes espaços a partir da insegurança e instabilidade ocasionada através dos frágeis vínculos empregatícios, do pluriemprego, que impõe a superexploração do trabalho e especialmente, a partir dos baixos salários. Pois, como afirma Guerra (2010a), há precarização do exercício profissional em diferentes dimensões, a exemplo dos precários salários pagos aos profissionais. Deste modo, a presente pesquisa apontou que as configurações do trabalho do

assistente social no SUS e no SUAS nos municípios estudados são fortemente marcadas pela precarização.

Entretanto, faz necessário pontuar que a categoria profissional vem demonstrando dada resistência, à medida que tem buscado minorar as sequelas da precarização a partir da Lei de redução da jornada de trabalho (nº 12.317/2010), do PL do piso salarial (nº 5.278/2009), através de campanhas que exigem o concurso público para assistentes sociais, entre outras ações articuladas do conjunto CFESS-CRESS que visam a melhoria das condições e relações destes profissionais.

Com base nas informações formuladas através da coleta de dados, é possível inferir que as atuais imposições e requisições do capital compromete o trabalho das assistentes sociais pautado no Projeto Ético Político da profissão, uma vez que os imediatismos e as ações fragmentadas, não possibilita uma real apreensão da essência, deixando, muitas vezes, o profissional na superficialidade da compreensão das expressões da questão social.

Desta maneira, para além da compreensão da atual lógica de exploração da força de trabalho, é preciso ações coletivas dos trabalhadores, que visem enfrentar mais fortemente a estabelecida ofensiva do capital em relação ao trabalho. Os profissionais de Serviço Social precisam compreender o atual processo da precarização do trabalho para articularem mais ações de resistência.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 8. ed. São Paulo. Cortez, 2002.

BEHRING, E R. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. Fundamentos de política social. In: MOTA, A. E, et al (Orgs.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 13-39.

BEHRING, E; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e historia. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BOSCHETTI, I. **Condições de trabalho e a luta dos(as) assistentes sociais pela jornada semanal de 30 horas.** In: [Serviço Social e Sociedade](#), São Paulo, n. 107, jul./set. 2011, p. 557-584.

BRASIL, Constituição Federal de 1988.

_____. Emenda Constitucional Nº 34 DE 13 DE DEZEMBRO DE 2001. Dá nova redação à alínea c do inciso XVI do art. 37 da Constituição Federal.

_____. 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.

_____. LEI Nº 8. 742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

_____. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

_____. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

_____. **NOB-RH Anotada e Comentada** – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

_____. MDS. Norma Operacional Básica, Brasília 2005.

_____. Política Nacional de Assistência Social (PNAS), 2004.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In. MOTA, A. E, et al (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-110.

BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: **Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. _____ et al. Rio de Janeiro. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sírius, 2011, p. 15-28.

CARTA AOS ASSISTENTES SOCIAIS PRESENTES AO XXXIII. Encontro CFESS/CRESS. Disponível em: <http://www.fenas.org.br/documentos.aspx?id=25>

CARVALHO, M. do C. B. de. A política de assistência social no Brasil: dilemas na conquista de sua legitimidade. In: **Serviço Social e Sociedade**. n 62, São Paulo. Cortez, 2000. P. 144-155.

CAVALCANTE, G.M M; PRÉDES, R. A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: Fundamentos da precarização do trabalho do Assistente Social. In: **Libertas on line**. n 1. Volume 10. p. 1-24. Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <http://www.ufjf.br/revistalibertas/edicoes-anteriores/volume-10-%E2%80%93-numero-1-jan-jun-2010/>

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

CORREIA, M. V. 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.

COUTO, B. R; YAZBEK, M, C; RAICHELIS, R. A política nacional de assistência social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B. R. et al (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 32-63.

DAVI, J. *et al.* **As Configurações do Trabalho do Assistente Social no Sistema Único de Assistência Social – SUAS nos municípios de Campina Grande e João Pessoa- PB.** Relatório Final (PIBIC) - CNPQ. Campina Grande, UEPB. 2012.

GUERRA, Y. O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas. In: BAPTISTA, V. M; BATTINI, O. (Orgs). **A Prática Profissional do Assistente Social: teoria, ação, construção do conhecimento.** São Paulo: Veras Editora, 2009, p. 79-106.

GUERRA, Y. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. In: Revista **Serviço Social e Sociedade.** n° 104. São Paulo: Cortez, 2010a.

GUERRA, Y. Serviço Social: Dilemas da precarização e estratégias de enfrentamento. In: COSTA, G. M. et al (Orgs). **Crise contemporânea e Serviço Social.** Maceió: Edufal, 2010b, p, 85-110.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 19. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA A. E; MARANHÃO. C. H; SITCOVISKY, M. As tendências da política de assistência social, o SUAS e a formação profissional. In: MOTA, A. E. (Org.). **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 180-200.

MOTA, A. E. A centralidade da assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 133-146.

MOTA, A. E. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: _____. et al (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006, p. 40-48.

NETTO, J. P. Notas sobre a reestruturação do Estado e a emergência de novas formas de participação da sociedade civil. In: BOSCHETTI, I. et al (Orgs.). **Política social: alternativas ao neoliberalismo.** Brasília: Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, Departamento de Serviço Social – UNB, 2004, p. 61-84.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

OLIVEIRA, C. A. B. de; MATTOSO, J. E. L. **Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996.

OLIVEIRA, L. C; MAIA, L. F. R. B. A seguridade social brasileira como sistema de proteção social “inacabado”. In: COSTA, L. F. A; RIBEIRO, H. M. C. B. (Orgs.). **Políticas de saúde e serviço social: contradições, ambiguidades e possibilidades**. Fortaleza: EdUECE, 2011, p. 59-77.

PEREIRA, P. A. P. Sobre a política de assistência social no Brasil. In: BRAVO, I. M. S; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 217-233.

RAICHELIS, R. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS. In: **Serviço Social e Sociedade**. n 104, p, 750- 772. São Paulo: Cortez, 2010.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. In: **Serviço Social e Sociedade**. n. 107, p. 420-437. São Paulo. Cortez, 2011.

SILVA, A. X da. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In: DAVI, J; MARTINIANO, C; PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. Campina Grande: ADUEPB, 2009b. p. 105-130.

SILVA, S. S. S. A política social brasileira na conjuntura da crise internacional. In: DAVI, J; MARTINIANO, C; PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. Campina Grande: ADUEPB, 2009a. p. 21-38.

SITCOVSKY, M. Particularidades da expansão da assistência social no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.). **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 147-179.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 85-110.

SOUZA, Moema A. S. L. de *et al.* **As Configurações do Trabalho do Assistente Social no Sistema Único de Saúde – SUS nos municípios de Campina Grande e João Pessoa- PB**. Relatório Final (PIBIC) - CNPQ. Campina Grande, UEPB. 2011.

SOUZA, Moema A. S. L. de *et al.* **As Condições de Assalariamento do Assistente Social na Política de Saúde – SUS nos municípios de Campina Grande e João Pessoa- PB.** Relatório Final (PIBIC) - CNPQ. Campina Grande, UEPB. 2012.

SOUZA, M. A. S. L. de. Trabalho em saúde: as (re) configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: DAVI, J; MARTINIANO, C; PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios.** Campina Grande: ADUEPB, 2009. p. 131-154.

TEIXEIRA, M. J. de O. A fundação estatal do direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático? In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos.** São Paulo: Cortez, 2012. p. 55-84.

TRINDADE, Rosa. **Relatório de Pesquisa:** Tendências contemporâneas do mercado de trabalho do Serviço Social em Alagoas. Maceió. Março de 2004.

VIANNA, M. L. T. W. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In: BRAVO, I. M. S; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 173-195.

VIANNA, M. L. W. **A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil:** estratégias de bem-estar e políticas públicas. RJ: IUPERJ: UCAM 2000.

YASBEK, Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: Direitos sociais e Competências profissionais.** v. 1. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

ANEXO



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**COMPROVANTE DE APROVAÇÃO
CAAE 0142.0.133.000-11**

Pesquisadora Responsável: MOEMA AMÉLIA SERPA LOPES DE SOUZA

Andamento do Projeto CAAE- 0142.0.133.000-11

Título do Projeto de Pesquisa

TRABALHO, POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: as configurações de assalariamento do assistente social nas Políticas de Saúde e Assistência Social na Paraíba.

Situação	Data Inicial no CEP		Data Final no CEP		Data Inicial na CONEP		Data Final na CONEP	
Aprovado no CEP	26/04/2011	10:19:23	08/06/2011	09:25:41				

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	31/03/2011 21:56:53	Folha de Rosto	FR – 414819	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	26/04/2011 10:19:23	Folha de Rosto	0142.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	08/06/2011 09:25:41	Folha de Rosto	0142.0.133.000-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa