



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

MARIA REGINA BARBOZA

**AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA
SAÚDE: um estudo junto à estratégia saúde da família no município de
Campina Grande - PB**

CAMPINA GRANDE-PB

2011

MARIA REGINA BARBOZA

**AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA
SAÚDE: um estudo junto à estratégia saúde da família no município de
Campina Grande - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título Bacharel em Serviço Social,
pelo curso de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba- UEPB – Campus I –
Campina Grande-PB.

Orientadora: Prof^a. Ms. Maria do Socorro
Pontes de Souza

CAMPINA GRANDE-PB

2011

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

B238c Barboza, Maria Regina.

As condições de trabalho do assistente social na saúde [manuscrito] : um estudo junto a estratégia saúde da família no município de Campina Grande - PB / Maria Regina Barboza. – 2011.

82 f.

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

“Orientação: Profª. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza, Departamento de Serviço Social”.

1. Reestruturação Produtiva. 2. Condições de Trabalho. 3. Assistente Social. 4. Serviço Social. 5. Estratégia de Saúde da Família. I. Título.

21. ed. CDD 362.582

MARIA REGINA BARBOZA

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: um estudo junto à estratégia saúde da família no município de Campina Grande – PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Serviço Social, pelo curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB – Campus I – Campina Grande-PB.

Aprovada em: 22 / 06 / 2011

Nota: 9,0 (_____)

BANCA EXAMINADORA

Maria do Socorro Pontes de Souza

Profª. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza em Serviço Social
Orientadora

Adriana Freire Pereira Ferriz

Profª. Ms. Adriana Freire Pereira Ferriz
Banca Examinadora

Luzimar Lacerda Rolim

Assistente Social Luzimar Lacerda Rolim
Banca Examinadora

Dedico esse trabalho a meus pais, por tudo que eles representam para mim e aos meus irmãos e ao meu namorado, pessoas estas que me ajudaram e deram força para conseguir concretizar este sonho em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me conceder sabedoria, força, saúde e coragem para seguir, mesmo diante das adversidades da vida.

A meus pais, Jose Marcolino e Joana Barboza por tudo que eles fizeram durante todo o percurso da minha, contribuindo para que nada me faltasse.

Aos meus irmãos que sempre estiveram ao meu lado dando apoio e incentivo, Dudé, Lucas, Lila, Preta e especial Rejane por batalhar juntamente com meus pais, me oferecendo o melhor apoio possível.

A todos os meus sobrinhos, em especial Pablo, Playssyton e Kelry, por todo amor que eles me passam, fazendo com que incentivem nesta jornada.

A todos os meus avós, tios e tias pelo carinho, companheirismo e incentivo.

Ao meu namorado Hallyson por todo amor e incentivo que me proporcionou, pois, se não fosse ele, penso que teria desistido ante os empecilhos encontrados e, pela paciência que teve e continua tendo.

Aos meus professores que me passaram todos os seus conhecimentos, em especial a uma que me compreendeu na época em que fui submetida a um processo cirúrgico Socorro Pontes, e por ter aceitado ser minha orientadora; obrigado por tudo.

A minha supervisora de campo, Luzimar Lacerda Rolim, pela sua dedicação, disponibilidade, carinho e pelas palavras de apoio e incentivo. Você foi muito importante para a construção deste trabalho.

*As minhas colegas de curso, pelos momentos que partilhamos.
Aprendi muito com cada uma de vocês.*

*Ao Centro Académico de Serviço Social que me possibilitou
um aprendizado incomparável e que me proporcionou adquirir
muitas amizades.*

*Agradeço a todos aqueles que me criticaram e que não
acreditaram que eu poderia chegar aonde cheguei, pois, isto foi
um fator que contribuiu para que eu me esforçasse para
ultrapassar todas as barreiras e mostrar que sou capaz.*

*Enfim, agradeço a todos que estiveram comigo durante toda
a minha vida e que me auxiliaram a alcançar essa vitória tão
almejada.*

“O Senhor é Meu Pastor e Nada Me Faltarà”... (Salmo 23)

É foi o senhor que me iluminou para que eu chegasse aonde cheguei. Angústia, desespero, dificuldades sempre me aturdiram, mas não o suficiente para eu desistir.

RESUMO

O trabalho ora apresentado é resultado de uma pesquisa realizada junto aos/as assistentes sociais que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Campina Grande-PB. Tal estudo teve como objetivos analisar as condições de trabalho do assistente social na ESF; identificar como as mudanças no mundo do trabalho têm rebatido na prática do assistente social na ESF; verificar os limites e possibilidades para a atuação dos assistentes sociais em tal espaço e identificar as principais dificuldades enfrentadas pelo profissional de Serviço Social no cotidiano de sua prática na ESF. O estudo configurou-se numa abordagem qualitativa dos dados coletados, numa perspectiva histórico crítica. Utilizamos como instrumentos de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada, a observação participante, além da pesquisa documental e bibliográfica. Realizamos três entrevistas com assistentes sociais da Estratégia Saúde da Família no Município de Campina Grande-PB. A coleta de dados nos permitiu a análise de algumas categorias como o perfil dos/as profissionais entrevistados/as, assim como, as principais dificuldades e demandas, no cotidiano da prática. A análise dos dados apontam que os assistentes sociais se deparam com precárias condições de trabalho em tal espaço de atuação, o que vem dificultando o desenvolvimento das ações junto aos usuários; a precarização das políticas públicas, assim como a ausência de intersetorialidade das ações o que vem comprometendo o desenvolvimento das mesmas; a falta de interdisciplinaridade com a equipe; percebe-se ainda que existe uma variedade de demandas que o assistente social tem que assumir, o que traz uma sobrecarga de trabalho, isso sem contar que tais profissionais não dispõem de condições físicas e materiais dignas para lidar com tais demandas, o que resulta na baixa qualidade dos serviços oferecidos nas UBSFs.

Palavras-chave: Reestruturação Produtiva. Condições de Trabalho. Serviço Social. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The work presented is the result of a survey carried out / social workers who work in the Family Health Strategy - ESF in Campina Grande - PB. This study aimed to analyze the working conditions of the Social Worker at the Family Health Strategy, to identify how changes in work have folded in the practice of social workers in the ESF and verify the boundaries and limits possibilities for action of social workers in this area and identify the main challenges faced by professional social work in their daily practice in the FHS. The study is a qualitative approach of data collected, in a historical critic. Used as instrument for data collection, the semi-structured interviews, participant observation, in addition to desk research and literature. We conducted three interviews with social workers from the Family Health Strategy in the city of Campina Grande-PB. Data collection has enabled us to review certain categories such as the profile of / the professional interviewed them, as well as the main difficulties and demands, in everyday practice. Analyses of data indicate that social workers face poor working conditions in this area of operation, hampering the development of actions among the users, the precariousness of public policies, as well as the absence of intersectoral actions which has been harming their development, the lack of interdisciplinarity with the team, it is clear that there is still a lack of commitment by the city manager with professional social work, as well as a variety of demands that the social worker has to assume that not to mention that such professionals do not have decent physical conditions and materials to develop such demands, which results in low quality of services offered in UBSFs.

Keywords: Restructuring of Production. Working Conditions. Social Services. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	A DEGRADAÇÃO DO TRABALHO E SUAS IMPLICAÇÕES NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REALIDADE BRASILEIRA.....	14
2.1	Crise do Capital e as Novas Configurações do Trabalho.....	14
2.2	Reestruturação Produtiva, Neoliberalismo e as Implicações para a Classe Trabalhadora.....	20
2.3	O Processo de Reestruturação Produtiva e suas Determinações no Trabalho em Saúde: Algumas Reflexões Acerca da Realidade Brasileira.....	27
3	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL PÓS CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	32
3.1	A Política de Saúde no Brasil: De 1980 até a conjuntura atual.....	32
3.2	A Implantação da Estratégia Saúde da Família: Algumas Reflexões.....	38
3.2.1	A Estratégia de Saúde da Família no Município de Campina Grande – PB: Algumas considerações.....	42
3.3	O Trabalho do Assistente Social nos Serviços de Saúde e a Inserção na Estratégia Saúde da Família.....	44
4	AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: UM ESTUDO JUNTO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB.....	53
4.1	Aspectos Metodológicos da Pesquisa.....	53
4.2	Perfil dos Sujeitos Entrevistados.....	55
4.3	As Falas dos Sujeitos.....	58
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICES.....	80
	ANEXOS.....	82

1 INTRODUÇÃO

As transformações ocorridas no mundo do trabalho são estratégias do grande capital para sair da crise iniciadas nos anos de 1970 quando se observou que o padrão de acumulação capitalista taylorista/fordista que vigorou nos anos gloriosos do capital apresentava-se sinais de esgotamento. A crise desse padrão trouxe a necessidade de buscar uma nova forma de regulação, tendo como base a flexibilização do trabalho, aderindo às práticas japonesas de gestão do trabalho.

Em decorrência dessa crise várias mudanças ocorreram no sistema político, econômico e social propiciado pelo processo de reestruturação produtiva e as políticas de ajustes neoliberais, com fortes impactos para a classe que vive do trabalho. (ANTUNES, 1998).

Neste contexto evidencia-se que o mundo do trabalho tornou-se cenário de transformações tais como: flexibilização nas relações de trabalho, precarização das condições de trabalho, desregulamentação dos direitos trabalhistas, a ampliação do desemprego, informalidade, entre outras. No que se refere à realidade brasileira, observa-se, que afinado com a perspectiva neoliberal o Estado reduz o seu papel enquanto agente de proteção social evidenciando-se a redução da responsabilidade social pública frente ao atendimento das necessidades sócias de grande parte da população, agravando a questão social.

Cabe destacar que tais mudanças vêm afetando diretamente o conjunto da vida social, incidindo diretamente sobre as profissões. Desse modo, influenciam também nas condições de trabalho do assistente social, alterando os requisitos e exigências da formação profissional, a demanda de trabalho, o mercado de trabalho, os processos e as condições de trabalho profissionais, resultado da retração dos recursos institucionais para o acesso aos direitos sociais, relações de trabalho flexibilizado e aumento do desemprego. (IAMAMOTO, 2007).

Portanto, a reforma do Estado brasileiro, que transfere para a sociedade civil grande parte das responsabilidades governamentais, além de mercantilizar as necessidades sociais, repercute diretamente sobre as condições de trabalho dos assistentes sociais.

No âmbito da saúde, observa-se que ocorre uma crescente precarização no que se refere às condições de emprego e de trabalho, o que repercute na qualidade dos

serviços oferecidos a população, nas relações com os usuários e demais profissionais da saúde, além da conseqüente fragilização do funcionamento do Sistema Único de Saúde-SUS. (MENESES, 2010)

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar as condições de trabalho do assistente social na saúde, partindo de um estudo junto a Estratégia Saúde da Família no Município de Campina Grande-PB. Destacam-se ainda como objetivos: identificar como as mudanças no mundo do trabalho têm rebatido na prática do assistente social na Estratégia Saúde da Família, compreender os limites e possibilidades para atuação dos assistentes sociais em tal espaço; assim como, identificar as principais dificuldades enfrentadas pelo profissional de Serviço Social no cotidiano de sua prática na ESF.

A aproximação com tal temática foi resultado de nossa inserção em campo de estágio junto a Unidade Básica de Saúde da Família do bairro de Monte Castelo em Campina Grande-PB, no período Agosto de 2009 a Dezembro de 2010, no qual foi possível observar que os profissionais que ali atuam, e nesse âmbito o assistente social, se deparam com precárias condições de trabalho, além da vasta demanda que se coloca no cotidiano de sua prática. Estes aspectos interferem diretamente na qualidade dos serviços prestados a população usuária.

O tema proposto para pesquisa assume sua relevância social e profissional, considerando que se insere nas preocupações analíticas da categoria e no debate acerca da atuação do Serviço Social junto a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O estudo apresentado caracterizou-se do tipo descritivo-analítico com abordagem qualitativa. Optamos pelo método histórico-crítico por entender que este nos daria a possibilidade de compreender o objeto investigado em suas múltiplas determinações. A escolha dos profissionais a serem entrevistados se deu de maneira intencional, tendo sido utilizados como critérios de inclusão dos sujeitos o tempo mínimo de um ano de atuação profissional junto à ESF, bem como a disponibilidade voluntária de cada um/a dos/as profissionais para participar da pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizada a observação participante, a entrevista semi-estruturada, assim como a pesquisa documental. Para a análise dos dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo, considerando que esta permitiu fazer uma análise crítica das falas e a sua relação com o tema proposto.

Desta forma, estruturamos nosso Trabalho de Conclusão de Curso apresentando os resultados da pesquisa realizada, compreendendo em três capítulos.

No primeiro capítulo tratamos da degradação do trabalho e suas implicações no setor público de saúde no contexto da realidade brasileira, fazendo uma análise da crise estrutural do capital, até as estratégias de enfrentamento para superar essa crise, através do processo de reestruturação produtiva e a ideologia neoliberal.

No segundo capítulo fazemos um resgate histórico da política de saúde brasileira Pós-Constituição Federal de 1988, enfatizando o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, e posteriormente no município de Campina Grande-PB. Em seguida discorremos um pouco sobre a inserção do assistente social nos serviços de saúde, dando ênfase a sua inserção na Estratégia Saúde da Família.

No terceiro capítulo o processo de investigação e em seguida buscamos analisar as falas das entrevistadas, no sentido de compreender como o processo de reestruturação produtiva tem rebatido no trabalho do assistente social na ESF.

Ao final, traçamos nossas considerações finais e posteriormente apresentamos as referências bibliográficas que nos serviram de apoio para o desenvolvimento deste trabalho.

2 A DEGRADAÇÃO DO TRABALHO E SUAS IMPLICAÇÕES NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REALIDADE BRASILEIRA

2.1 Crise do Capital e as Novas Configurações do Trabalho

O desenvolvimento do modo de produção capitalista tem sido marcado no decorrer de sua história por períodos de expansão, seguidos de períodos de crises cíclicas resultantes do processo de acumulação do capital.

Como resposta para superar suas crises cíclicas, o capitalismo tem se utilizado de uma série de estratégias que propiciam a retomada de seu processo acumulativo. Este processo pode ser observado na intensificação do grau de exploração da força de trabalho, provocado pelo desemprego gerado durante os períodos de crise, o que tem levado os trabalhadores a se submeterem as mais diversas formas de exploração. De forma geral, a superação da crise tem sido impulsionada também pelos avanços tecnológicos.

No século passado, particularmente nos anos 1930, o capitalismo viveu uma de suas maiores crises econômica provocada pela queda da Bolsa de Nova York, resultando em uma grande queda na produção e alto índice de desemprego, além de atingir o declínio de grandes Bancos e Firmas.

Deste modo, neste período a intervenção por parte do Estado tornava-se urgente, surgindo assim, medidas para o enfrentamento da crise do capital que pudessem atender as demandas da classe trabalhadora. Dentre as medidas adotadas para o enfrentamento da crise está o *Welfare State* ou Estado de Bem-estar social, introduzidos nos países Europeus, devido à expansão do capitalismo após a Revolução Industrial e o Movimento de um Estado Nacional visando à democracia (ANTUNES, 1999). Ou seja, nesse momento com a intervenção estatal, inicia-se um processo de crescimento econômico e garantia dos direitos sociais havendo um aparente consenso entre capital e trabalho. Dessa forma, as crises não foram eliminadas, mas seus impactos foram amortizados e o crescimento econômico por um bom período mostrou-se dominante.

Cabe salientar que este modelo também foi uma alternativa encontrada pelos países Europeus para reerguer as economias abaladas durante a Primeira e

Segunda Guerra Mundial. Um Estado capaz de regular a economia e ao mesmo tempo manter a ordem social, a partir de serviços oferecidos a classe trabalhadora.

Nesta perspectiva, Behring e Boschetti (2006, p. 83) ressaltam que:

O Estado de Bem-Estar Social foi a saída capitalista para a crise do capital. Ergueu-se após a crise de 1929-1932, e ganhou força após a Segunda Guerra Mundial, quando o capitalismo entrou numa crise mais madura. Unindo as teorias de John Maynard Keynes (Keynesianismo) ao modo de produção fordista (produção e consumo em massa), o Estado de Bem Estar é considerado como os anos de “ouro” do capitalismo. Onde houve elevação do padrão de vida das massas, altas taxas de lucro e aumento do grau de internacionalização do capital. Basicamente, se traduziu num período de forte regulação estatal da economia como forma de manter elevado nível de emprego e ampliação dos serviços sociais, como educação, segurança social, habitação e assistência médica.

No contexto compreendido pós Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945), até os anos 1970, ocorre uma ampliação da produção de cunho capitalista através de uma estratégia econômica chamada Fordismo/Taylorismo.

O sistema taylorista/fordista era caracterizado pelo padrão de produção em massa, com o objetivo de diminuir os custos de produção, como também ampliar o mercado consumidor; caracteriza-se também por uma produção homogeneizada e enormemente verticalizada atendendo à uniformidade e padronização, onde o trabalho é rotinizado, disciplinado e repetitivo; e, parcelamento das tarefas, o que conduzirá o trabalho operário à desqualificação. Destarte, Antunes, (1999, p.37) acrescenta que:

Esse padrão produtivo estruturou-se com base no trabalho *parcelar e fragmentado*, na decomposição das tarefas, que reduzia a ação operária a um conjunto repetitivo de atividades. [...] Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, *pela mescla da produção em série fordista com o cronômetro taylorista*, além da vigência de uma separação nítida entre *elaboração e execução*. Para o capital, tratava-se de apropriar-se do *savoir-faire* do trabalho, “suprimindo” *a dimensão intelectual do trabalho operário*, que era transferida para as esferas da gerência científica. A atividade do trabalho reduzia-se a uma ação mecânica e repetitiva.

Isto que dizer que, a mesma operação era reproduzida mecanicamente diversas vezes por dia, isto, não incentivava qualquer crescimento intelectual, não

causava qualquer identificação com o trabalho e trazia rara satisfação. Deste modo, o fordismo instigava o estranhamento entre trabalho e trabalhador.

No final dos anos sessenta, esse modelo de acumulação entra em crise. De acordo com os teóricos da social democracia, assiste-se, a partir de então, a erosão crescente da relação entre capital e trabalho, da chamada “relação salarial fordista”. Assim, a partir de tal contexto, surgiram as lutas operárias contestando a organização do trabalho, exigências de salários reais acima da produtividade, a crise fiscal do Estado, instabilidade financeira e inflação, cortando o círculo virtuoso de crescimento e desenvolvimento social, jogando a economia em uma crise estrutural, que se prolonga até os dias atuais.

Assim, várias insatisfações surgiram no âmbito da classe trabalhadora com a rigidez deste modo de produção, pois, tal procedimento implicava a intensificação da jornada de trabalho extenuante e a eliminação do saber do indivíduo como elemento constitutivo do processo de trabalho. Antunes (1999) ressalta que o taylorismo/fordismo realizava uma forma de expropriação intensificada do operário, destituindo de qualquer participação na organização do processo de trabalho, o que se abreviava numa atividade repetitiva e carente de sentido. Ao mesmo tempo este operário era rotineiramente chamado para corrigir as deformações e enganos cometidos pela “gerência científica” e pelos quadros administrativos.

Durante este período, constata-se, portanto, um movimento generalizado de lutas e resistências nos locais de trabalho, que haviam se desqualificado e mesmo apagado o saber daqueles trabalhadores de ofício, que tinham um determinado controle e autonomia no seu trabalho. Essa contradição entre autonomia e heteronímia, própria do processo de trabalho fordista, acrescentada da contradição entre produção e consumo, intensificava os pontos de saturação deste modelo.

No contexto da crise (1965-1973), o fordismo e o keynesianismo demonstravam-se incapazes de responder as contradições intrínsecas do capitalismo. Esta incapacidade estava dada pela rigidez na totalidade do padrão de acumulação vigente; nos investimentos, no sistema de produção em massa, nos mercados de consumo e de trabalho e no Estado de Bem-Estar que exigia uma forte arrecadação para garantir as políticas sociais. No caso particular da rigidez no trabalho, havia uma resistência e um poder sindical extremamente forte que impediam alterações ou qualquer flexibilização.

Conforme Antunes (1999), neste contexto, a economia mundial começava a dar sinais de estagnação, desabrochando na maior crise da história do capitalismo monopolista. Tratava-se, portanto, nos termos do autor, de um quadro de crise estrutural do capital. Ou seja, o binômio taylorista/ fordista entra em decadência. Neste contexto, evidencia-se também uma crise financeira do Estado intervencionista levando os capitalistas a atribuir tal crise ao Estado de Bem-Estar Social, pondo em xeque o modelo keynesiano. Conforme ressalta, Antunes (1999, p.31):

[...] a denominada crise do fordismo e do keynesianismo era a expressão fenomênica de um quadro crítico mais complexo. Ela exprimia, em seu significado mais profundo, *uma crise estrutural do capital*, onde se destacava a tendência decrescente da taxa de lucro [...]. Era também a manifestação tanto do sentido *destrutivo* da lógica do capital, presente na intensificação da *lei de tendência decrescente de valor de uso das mercadorias*, quanto da *incontralabilidade* do sistema de metabolismo social do capital. Com o desencadeamento de sua crise estrutural, começava também a desmoronar o mecanismo de “regulação” que vigorou, durante o pós-guerra, em vários países capitalistas, especialmente da Europa.

Nestes termos, podemos afirmar que a economia mundial a partir dos anos de 1970 entra numa crise, e a partir das respostas para superar essa crise tudo mudou. Nesse sentido Anderson (1995, p. 10), ressalta

A chegada da grande crise do modelo econômico do pós-guerra, em 1973, quando todo mundo todo o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação, mudou tudo.

Portanto, conforme Antunes (1999), após um longo período de acumulação de capitais, que ocorreu durante o apogeu do fordismo e da fase keynesiana, o capitalismo a partir do início dos anos 70 começou a dar sinais de um quadro crítico, cujos traços mais evidentes foram: queda da taxa de lucro que objetivava o controle social da produção, levando a redução dos níveis de produtividade do capital, acentuando a tendência decrescente da taxa de lucro; o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção; Hipertrofia da esfera financeira que ganhava relativa autonomia frente aos capitais produtivos, o que também já era expressão da própria crise estrutural do capital e seu sistema de produção; a crise do *welfare State* ou “Estado do bem-estar social”; Incremento acentuado das privatizações;

intensificação das lutas sócias (com greves, manifestações de rua) e a crise do petróleo que foi um fator que deu forte impulso a esta crise.

Destarte, podemos suscitar que a “crise estrutural do capital” impulsionou, principalmente nos anos 1980 e 1990, uma gama de mudanças sócio-históricas que atingem das mais variadas formas a estrutura social. Nestas condições o sistema capitalista busca várias formas de restabelecer o padrão de acumulação. Neste sentido é que se insere a implementação de um vasto processo de reestruturação do capital, com vistas a reaver o seu ciclo produtivo, o que afetou intensamente o mundo do trabalho, promovendo mudanças importantes na forma de organização da classe dos trabalhadores assalariados. Neste contexto o modelo de produção taylorista/fordista, que vigorou na grande indústria durante o século XX, particularmente a contar da segunda década, mostra-se em decadência.

Neste momento o capitalismo busca se reestruturar buscando uma serie de medidas para recuperar seu ciclo produtivo conforme as afirmações feitas por (ANTUNES, 1999, p. 31):

Como resposta à sua própria crise, iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, [...] a isso se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores.

A esse respeito Teixeira (1996), também, argumenta que essa crise vem sendo encarada através de um processo de reestruturação produtiva, que se faz acompanhar de novas tecnologias, que permitem uma produção mais flexível capaz de satisfazer as novas exigências do mercado, e assim, cria condições para que as ofertas de bens e serviços possam seguir as mudanças de hábitos e de consumos. Se, antes, no chamado modelo de acumulação fordista, as empresas produziam sem se preocupar com a demanda de mercado, a partir de então as mercadorias não são mais produzidas para em seguida serem lançadas no mercado.

Desde então as empresas procuram planificar as vendas de suas mercadorias de tal modo que elas possam ser vendidas no momento em que são produzidas. Para tanto as empresas precisam reestruturar a sua organização produtiva. Em lugar de corporações criando desde a matéria-prima até o produto final, em vez desta conjuntura

verticalizada, com custo de administração de pessoal, busca-se uma estrutura, mais enxuta, mais maleável, capaz de responder aos movimentos de alterações na composição da demanda.

A crise do modelo de acumulação fordista aponta para novas formas de produção, onde a flexibilização da produção e das relações entre capital e trabalho passam a ser perseguidas por todas as empresas, criando-se as condições propícias para tanto.

O pós-fordismo, busca então uma nova forma de regulação tendo como base a flexibilização da produção, a intensificação do trabalho, o modelo cooperativo de organização sindical, a desverticalização da produção etc.

Segundo Oliveira (1996, pp.165-166):

[...] Este novo processo foi acompanhado por revoluções que trazem enormes conseqüências para estruturação de todo processo produtivo. Em primeiro lugar, foi criado um novo paradigma de produção industrial, a “automação flexível”, possibilitado pela revolução tecnológica em forças produtivas, agentes da própria acumulação do capital, fazendo crescer enormemente a produtividade do trabalho humano. Esta revolução consiste fundamentalmente na difusão de mecanismo dirigidos por computadores capazes de programar todo o processo de automação. O elemento central neste processo é a substituição da eletromecânica pela a eletrônica como base do processo de automação, ou seja, é a implantação da “*tecnologia da informação*” como eixo fundante do processo produtivo. A tendência básica, que já se revela, é assunção, cada vez mais intensa, pelo sistema produtivo, de computadores mais poderosos e mais baratos dotados de inteligência artificial, capazes de atuar em diferentes níveis e de possibilitar técnicas avançadas de integração. Isto significa dizer que se radicaliza, em nossos dias, uma tendência que vem marcando o capitalismo desde o século passado: a ciência se transforma na primeira força produtiva e conseqüentemente o trabalho criativo e intelectual.

Portanto, conforme Alves (1996) é a partir da crise do capital que nasce a “Revolução Tecnológica”, que atinge os mais diferentes setores sociais e assume evidentes proporções. É claro que seu principio ocorre na “idade de ouro” do capitalismo, mas esta revolução atinge novos patamares a partir da década de 1970, com as tecnologias microeletrônica. O referido autor sustenta que:

[...] A nova Revolução Tecnológica implica alterações profundas nos processos produtivos. Desenvolve-se, outrossim, um cluster de transformações produtivas que atingem as empresas e estão voltadas

para a flexibilidade do trabalho (cujo caso clássico é dado pelo sistema Toyota, no Japão) (p.117).

A própria reestruturação do padrão tecnológico de produção ressuscitou formas de exploração do trabalho que há muito haviam deixado de existir, pelo menos nos países avançados, ou seja: sistemas antigos de trabalho domésticos, artesanal, familiar entre outros.

Em síntese podemos dizer que as mudanças no mundo do trabalho, ocorrem com a implementação de novas máquinas, da chamada automação microeletrônica, e soma-se ao uso de novas técnicas de gerenciamento, método de administração do trabalho, da produção e do consumo.

Diante do exposto, vale ressaltar que as novas configurações do mundo do trabalho, trouxeram fortes implicações para a classe trabalhadora, como trataremos no próximo tópico.

2.2 Reestruturação Produtiva, Neoliberalismo e as Implicações para a Classe Trabalhadora

O processo de reestruturação produtiva do capital se configurou na mudança do padrão taylorista/fordista para um novo modelo de produção e acumulação flexível, qual seja: toyotismo. Este fundamentado em aspectos como: enxugamento do Estado, diminuindo seu papel enquanto regulador econômico e social; privatizações das políticas públicas, ajustes fiscais desmonte dos direitos sociais e flexibilização no processo de produção e nas relações de trabalho.

Nesta vertente, Serra (2001) suscita que esse novo modelo flexível de acumulação capitalista vai de encontro com o padrão fordista rígido, de produção em serie, de estoque maciço de mercadorias, de controle da mão de obra homem a homem, de consumo de massa e de mercados amplos e indistintos.

Conforme Antunes, (1998, p. 26) os traços desse novo processo de acumulação podem ser resumidos da seguinte forma:

Ao contrário do fordismo, a produção sob o toyotismo é voltada e conduzida diretamente pela demanda. A produção é variada, e diversificada e pronta para suprir o consumo. É este quem determina o que será produzido, e não o contrário, como procede na produção *em serie e de massa* do fordismo. Desse modo, a produção sustenta-se na existência de *estoque mínimos*. O melhor aproveitamento possível de tempo de produção é garantido pelo *just in time*. O *kanban*, placas que

são utilizadas para reposição de peças, é fundamental, à medida que inverte o processo: é do final, após a venda, que se inicia a reposição de estoques, e o *kanban* é a senha utilizada que alude a necessidade de reposição das peças/produtos.

Assim, buscando reter seus traços constitutivos, podemos dizer que o padrão de acumulação flexível articula um conjunto de elementos de continuidade e descontinuidades que finda por conformar algo relativamente diferente do padrão taylorista/fordista de acumulação.

Este padrão de acumulação flexível se motiva num padrão produtivo organizacional e tecnologicamente evoluído, resultado este da introdução de técnicas de gestão da força de trabalho própria da fase informacional, bem como da introdução desenvolvida dos computadores nos processos produtivos e de serviços. Destarte, desenvolvem-se uma estrutura produtiva mais flexível, recorrendo frequentemente à desconcentração produtiva, as empresas terceirizadas.

Para Antunes (1999) “este padrão utiliza-se de novas técnicas de gestão da força de trabalho, do trabalho em equipe, das “células de produção”, dos “times de trabalho”, dos grupos “semi-autônomos”, além de requerer ao menos no plano discursivo, o “envolvimento participativo” dos trabalhadores, em verdade uma participação manipuladora e que preserva na essência as condições de trabalho alienado e estranho. O “trabalho polivalente”, “multifuncional”, “qualificado”, combinado com uma estrutura mais horizontalizada e integrada entre diversas empresas, inclusive nas empresas terceirizadas, tem como finalidade a redução do tempo de trabalho”.

A produção criada pelo novo processo, realizada com base no *Just in time* e no *kanban* se dá conforme a demanda. Ao mesmo tempo, entre outras estratégias, enfatizam-se os Círculos de Controle de Qualidade Total (CCQS) que em consonância com o pensamento de Antunes (1999 pp. 23-24):

se proliferam, constituindo-se como grupos de trabalhadores que são incentivados pelo capital para discutir o trabalho e desempenho, com vistas a melhorar a produtividade da empresa. Em verdade, é a nova forma de apropriação do saber intelectual do trabalho pelo capital.

Dessa forma podemos dizer que este processo obedece ao discurso ideológico de que o trabalhador é também responsável pela empresa, propagando a falsa

impressão de que o trabalhador sendo sócio da empresa deve cuidar pelo melhor desempenho para, assim, garantir a sustentação do lucro.

Segundo Oliveira, (1996, p. 170):

Este novo tipo de trabalhador funciona como uma fonte externa da alimentação para as grandes corporações. Onde a revolução tecnológica e hegemônica e faz do trabalho vivo evanescente dentro da estrutura produtiva da empresa; daí a impressão que se tem hoje, de termos chegados a uma sociedade onde todos são produtores de mercadorias, portanto, de uma reposição, em bases diferenciadas, da circulação simples de mercadoria, pois consideram fornecedores de trabalho materializado, uma vez que, agora, a compra-e-venda da força de trabalho e velada sob o véu da compra-e-venda de mercadorias semielaborada.

Com base nisso, vemos que a reestruturação da produção fez com que os trabalhadores deixassem de fazer parte da estrutura interna da empresa, eis que o trabalho direto não mais pertence à unidade predominante no núcleo central das novas empresas organizadas.

Ao mesmo tempo, os trabalhadores externos têm, agora, a tarefa de produzir o seu produto. Destarte, seu trabalho se torna a razão de sua vitória na produção de mercadorias, de modo que suas vidas são literalmente envolvidas pelo trabalho, que é certamente seu meio de existência.

Oliveira (1996, p. 174.) enfatiza que o trabalhador sente-se com mais liberdade de produzir. Vejamos o que ressalta o autor:

Por outro lado, o trabalhador tem a impressão de maior liberdade, pois desligado do sistema hierárquico que articula a produção na empresa. O fato de trabalhar em seu próprio local de trabalho de ser um cidadão no mundo do trabalho, sem que ninguém o comande em sua atividade, sendo ele mesmo a fonte organizadora do processo. O mais importante nessa nova configuração do trabalho e que o trabalhador, tendo-se tornado vendedor de trabalho objetivado e não mais de sua força de trabalho, sente-se proprietário, um verdadeiro comerciante, parceiros de seus antigos patrões. Num mundo onde todos são produtores de mercadorias, os sindicatos, os antigos instrumentos de luta dos trabalhadores, parecem pelo menos supérfluos.

Para Teixeira (1994, p. 27), isso só favoreceu, e continua favorecendo o capital, pois para os trabalhadores a exploração tornou-se dominantes, para tanto ele usa o seguinte argumento:

A exploração [...] perdeu sua base tangível [...] o trabalhador se encontram e se separam na circulação, no mercado; se confrontam como simples comerciantes, e não mais na condição de representantes de interesses antagônicos. Pode haver maior liberdade para o capital?

Oliveira, ainda seguindo a sistemática da exploração dos trabalhadores, vinculados a subordinação por salário relativo à capacidade laborativa, ressalta:

[...] nós estamos aqui diante de uma espécie de “reposição de formas antigas de pagamentos que foram dominantes nos primórdios do capitalismo e ate mesmo na época do apogeu da grande indústria, pois o que esta ocorrendo é uma forma transfigurada do salário por peças , que no século passado, tornou possível o prolongamento da jornada de trabalho e o rebaixamento dos salários. Atualmente, em contraposição as formas de pagamento vigente na industrias, o pagamento destes trabalhadores depende da quantidade de mercadorias que eles fornecem as unidades finais de produção, portanto seu salário se determina a partir da capacidade de produção por unidade de tempo. [...]Teixeira (1994 apud OLIVEIRA, 1996, pp.171-172).

Desta forma, atualmente o trabalhador não se reconhece diante do processo de trabalho flexibilizado, tornando-se, portanto, mais alienado do que era no modelo rígido, visto que no molde flexível, defende a ideia da liberdade e igualdade, em que o trabalhador é livre dentro do processo capitalista.

Ainda sobre isso, Dias (1996, p. 20) defende que:

A tecnologia, e o fetichismo por ela imposta, é aqui fundamental. O trabalhador se torna um “associado” ao capital, reconhecido por este. O trabalhador-patrão, dono muitas vezes de pequenas empresas, aparece muitas vezes como responsável pela produção e pela satisfação dos desejos dos clientes. Nessa operação “desaparecem” as contradições entre estes trabalhadores e seus antigos patrões, entre eles e os consumidores. Na realidade por trás dessa impressão fetichizada o que ocorre, de fato, é o desemprego estrutura, a eliminação dos postos de trabalho, a eliminação dos direitos.

Neste sentido, Antunes (1998) menciona que o trabalho abstrato ostenta a forma de trabalho estranho, *fetichizada*, e, portanto, *desrealizador* e *desefetivador* da atividade humana autônoma. Segundo ele é necessário se incorporar uma distinção entre trabalho concreto e trabalho abstrato, vejamos:

O *estranhamento* próprio do toyotismo e aquele dado pelo “envolvimento cooptado”, que possibilita ao capital apropria-se do saber e do fazer do trabalho. Este, na lógica da integração toyotista,

deve pensar e agir para o capital, para a produtividade, sob aparência da eliminação efetiva do fosso existente entre elaboração e execução no processo de trabalho. Aparência porque a concepção efetiva dos produtos, a decisão do que e como produzir não pertence aos trabalhadores. O resultado do processo de trabalho e corporificado no produto permanece alheio e estranho ao produtor, preservando, sobre todos os aspectos, o fetichismo da mercadoria. A existência de uma atividade auto determinada, em todas as fases do processo produtivo, é uma absoluta impossibilidade sob o toyotismo, porque seu comando movido pela lógica do sistema produtor de mercadorias. Por isso pensamos que se possa dizer que, no universo da empresa da era da produção japonesa, vivencia-se um processo de estranhamento do ser social que trabalha, que tendencialmente se aproxima do limite. Neste preciso sentido é um estranhamento pós-fordista. (ANTUNES 1998, p. 34).

Essas modificações afetam diretamente o operariado industrial tradicional, ocasionando metamorfoses no ser do trabalho. A crise atinge também profundamente o universo da consciência, da subjetividade do trabalho, das suas formas de representação, como é o caso dos sindicatos. Estes estão exercitando uma prática que raramente foi tão defensiva. Dessa forma, constata-se que o mundo trabalho não encontra, em suas tendências dominantes, especialmente nos órgãos de representação sindicais, disposição de lutas com traços anticapitalistas; que nas palavras de Alves (1996, p. 123), trata-se da crise do sindicalismo, vejamos:

A crise do sindicalismo, caracterizada pela decomposição (e “corrupção”) do poder sindical dos países capitalistas centrais, expressa a incapacidade dos sindicatos e dos sindicalismos em reagir, com uma perspectiva de classe, a nova ofensiva do capital, que promove transformações sócio-políticas da maior relevância, no limiar do século XXI.

Destarte, verifica-se que o complexo de transformações tecnológicas, organizacionais, políticas e institucionais que atingem a materialidade do capital e as empresas, tendem a gerar modificações no mundo do trabalho e estabelecer desafios para os sindicatos em diferentes países e dentre estes no Brasil.

Ressalta-se que as mudanças ocorridas no mundo do trabalho tratam-se de um processo de desestruturação do mundo do trabalho, que ultrapassa fronteiras nacionais e é resultado do processo de reestruturação produtiva, que promove o desemprego estrutural e a precariedade do trabalho assalariado, sendo uma plena realidade no nosso país.

Cabe destacar que, é no âmbito das mudanças ocorridas a partir do processo de reestruturação produtiva que avança o ideário neoliberal. O Brasil incorpora a perspectiva neoliberal no contexto dos anos de 1990, no governo de Fernando Collor de Mello, mas é no governo de Fernando Henrique Cardoso que as propostas neoliberais ganham seus contornos mais audaciosos. Esse momento da história brasileira é caracterizado por muitos estudiosos como uma contrarreforma do Estado brasileiro dado às perdas sofridas pelo social no processo de desmonte desses direitos.

Segundo Alves (1996), o neoliberalismo é caracterizado por uma política industrial centrada na abertura comercial, e pelo novo impulso no processo de privatizações, desregulamentações e flexibilização das relações trabalhistas, severidade no gasto público e principalmente reestruturação das políticas sociais. Esta estratégia consolida-se, no Brasil, como estruturadora de uma cultura moderna, tendo como principais vetores, a competência e a eficiência do setor privado, e as parcerias do capital com o trabalho, concretizando a difusão massiva de ideias e valores que reconceituam as reivindicações e conquistas históricas das classes trabalhadoras.

Para Yamamoto (2007), nesse contexto, as transformações ocorridas no mundo do trabalho são acompanhadas das mudanças nas relações entre Estado e a sociedade civil, instituídas pelo Consenso de Washington, formulando um novo padrão de regulação social, em moldes neoliberais.

Algumas das repercussões dessas mutações no processo produtivo, tem resultado imediatos no mundo do trabalho, tais como: desregulamentação dos direitos do trabalho; precarização e terceirização da força humana; destruição do sindicalismo e sua conversão num sindicalismo de parceria.

Dessa forma, remonta-se a tendência atual que reforça o desmonte dos direitos de trabalho, pois, através deste mecanismo, a produção e os serviços são comprados a empresas terceirizadas, flexibilizando as relações de trabalho, não existindo responsabilidade com a proteção social do trabalho, uma vez que este mecanismo dispensa o vínculo trabalhista.

A flexibilização passou a predominar em todos os âmbitos da vida social, tudo foi submetido a flexibilizar-se: os processos de produção, o mercado, os produtos, os padrões de consumo, como também, as relações de trabalho atingindo dessa forma, diretamente a classe trabalhadora.

Com base no exposto, ressalte-se que as consequências desta flexibilização recaem efetivamente sobre a força de trabalho através da incorporação da flexibilidade nos processos de trabalho, no mercado e na regulação das relações de trabalho.

Esta flexibilização deixa de ser uma tendência e se incorpora às atuais formas de gestão do trabalho, passando a ser condição definitiva do trabalho precário, atingindo os diversos ramos da atividade econômica.

Portanto, não restam dúvidas de que o processo de reestruturação produtiva trouxe mudanças para o mundo do trabalho e para a classe que vive do trabalho esse processo resultou em: demissão, aumentando o desemprego estrutural; trabalho informal; subcontratações; ou seja, a precarização das relações de trabalho.

No tocante a reestruturação produtiva no Brasil, Mota e Amaral (2008) asseguram que significou abrir capital; privatizar empresas estatais; terceirizar; demitir trabalhadores, e aumentar a produtividade em até cem por cento. Ressaltam ainda que:

[...] a marca da reestruturação produtiva no Brasil é a redução de postos de trabalho, o desemprego dos trabalhadores do núcleo organizado da economia e sua transformação em trabalhadores por conta própria, trabalhadores sem carteira assinada, desempregados abertos, desempregados ocultos por trabalho precário, desalento, etc. (MOTA E AMARAL, 1998:35).

Do mesmo modo Meneses (2010, p. 113) enfatiza que com o processo de reestruturação produtiva:

Agrava-se o desemprego estrutural instaurado pela redução dos postos de trabalho, bem como o direcionamento dos trabalhadores desempregados para o cerne do mercado informal que reduz a parcela de pessoas ocupadas que contribuem para a Previdência Social. A informalidade existente no mercado de trabalho se manifesta na expansão de formas atípicas de trabalho. Englobam-se aí, desde de contrato flexíveis, aos trabalhos autônomos, domésticos e/ou familiar - as cooperativas, as pequenas empresas, como também os vendedores em geral, uma estratégia para garantir ao menos a sobrevivência.

Nessa sistemática, podemos ressaltar que as mudanças nas relações entre Estado, sociedade e mercado concretizam-se em um conjunto de medidas de ajuste econômico e de reformas institucionais, onde os destaques são os mecanismos de privatização, as pressões do empresariado para suprimir direitos sociais e trabalhistas e a naturalização da superexploração do trabalho. Tendo como principal objetivo reduzir

o papel do Estado na área das políticas de proteção social e no controle das condições de produção material.

Deste modo, podemos dizer que a reestruturação produtiva e o neoliberalismo, como “andam de mãos dadas”, usando as palavras de Teixeira (1996) provocou no Brasil, especialmente a partir da década de 1990, o desmonte da legislação brasileira e de vários direitos sociais e trabalhistas inscrito na Constituição Federal de 1988 e nas demais leis.

Para Netto (1996), as mudanças processadas no âmbito da estrutura e da Superestrutura nesse contexto, afetam diretamente o conjunto da vida social e incidem fortemente sobre as profissões, suas áreas de intervenção e seus suportes de conhecimento. Desse modo, influenciam e alteram os requisitos e exigências de trabalho, os processos e as condições de trabalho profissionais.

Nesta perspectiva buscaremos a discorrer sobre o processo de reestruturação produtiva e suas determinações no trabalho no âmbito da saúde, na realidade brasileira.

2.2 O Processo de Reestruturação Produtiva e suas Determinações no Trabalho em Saúde: Algumas Reflexões Acerca da Realidade Brasileira

Conforme citado anteriormente, o processo de reestruturação produtiva no Brasil se concretiza a partir da década de 1990, na qual se iniciou a adoção de novos padrões organizacionais e tecnológicos e de novas formas de organização do trabalho, em um contexto mundial marcado pela competitividade, ocasionado pela globalização. Ressalte-se que tais mudanças são regidas pelos países centrais, ricos e desenvolvidos no âmbito econômico e técnico-científico; razões pelas quais orientam todas as relações da sociedade.

Importante salientar que as transformações no modo de produção capitalista ocorrem, simultaneamente na organização do Estado, no processo de trabalho e em todos os setores da economia, inclusive no setor de serviço-terciário, sendo este o setor da saúde.

Nos anos 1990, observa-se o redirecionamento do papel do Estado, incentivado pela a Política de Ajuste Neoliberal, onde houve um processo de desmonte do Estado rebatendo drasticamente nas políticas sociais. No âmbito da saúde pública, que se uniu a lógica produtivista da acumulação capitalista, ocorre o favorecimento das empresas que atuam no setor privado. Assim, o Estado lança mão de outro projeto: o

projeto privatista, cujos objetivos são mercantilizar os serviços de saúde, deixando a saúde pública com poucos recursos. Dessa forma, a saúde fica vinculada ao mercado, transferindo para a sociedade civil, através das organizações sociais, grande parte de sua responsabilidade na efetivação das políticas públicas.

O resultado disso foi uma política pública voltada para os pobres e o mercado para os que podem pagar, e, ainda, a fragmentação da classe trabalhadora em decorrência da terceirização.

Destarte, apesar de a carta magna conter alguns avanços para a classe trabalhadora, houve um forte ataque por parte do capital, associado aos grupos dirigentes.

A contra reforma do Estado foi outra estratégia que o Estado desvirtuou-se de suas funções básicas ao expandir sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. Ademais, o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as suas ações.

Souza (2009) ressalta que, sintonizado com o neoliberalismo, o Estado adota um modelo gerencial de administração pública que atende em duas direções: a negação da luta democrática no âmbito do aparato estatal e a flexibilidade necessária para atender as exigências do capital nas suas necessidades.

Acrescenta a autora que:

Dentre estes aspectos, podemos apontar uma questão extremamente complexa, que integra a gestão do trabalho, que é *desregulamentação do trabalho na saúde* que se expressa nos processos de flexibilização e precariedade das relações, dos processos e da organização do trabalho. (SOUZA, 2009, p. 140).

Ainda de acordo com a citada autora, o que presenciamos nos dias atuais é um processo de desregulamentação do trabalho que pode ser observado pela crescente flexibilização das relações de trabalho, observada a partir da reforma administrativa do Estado brasileiro, que particularmente em 1994, incorpora as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na economia mundial. É resultado de um processo de desregulamentação do trabalho, que está fundamentado, na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumos determinados pela nova ordem do capitalismo.

De tal modo, a reforma administrativa que ocorre a partir de tal contexto, investiu-se de uma estrutura jurídica, com impacto sobre a força de trabalho permitindo uma ampla flexibilização das relações de trabalho no serviço público e privado, atingindo os serviços de saúde. O resultado foi à instituição para o serviço público de um estatuto flexível de trabalho compatível com o setor privado da economia.

No entendimento de Rizzoto (2000 apud SOUSA 2009, p. 142), observa-se no setor de serviço público de saúde que:

[...] ocorre uma *flexibilização do SUS* que envolve questões como redefinição do papel do Estado na gestão do sistema, a imposição de uma “cesta básica” de serviços, a limitação de acesso a serviços de maior complexidade, o favorecimento do setor privado e criação de agências que assumem o papel regulador do Estado. Esta tendência também revela para o serviço público de saúde as alternativas de demissões de trabalhadores não estáveis, os programas de demissão voluntária, a extinção de órgãos e a privatização de estatais, associada ao Plano de Reforma Administrativa, que reduz a força de trabalho no setor público federal. A flexibilização é assumida como estratégia não para enfrentar supostamente o desemprego, mas para dispensar força de trabalho, integrando ao setor uma força de trabalho menos onerosa. Isto, associado ao ajuste de contas e contenção de gastos, tanto atinge a força de trabalho do setor, como a prestação de serviços que passam a orientar-se pela seletividade e focalização das problemáticas sociais.

A referida autora destaca ainda que ao longo dos anos de 1990, a gestão do trabalho no SUS, evidenciou a desestruturação e desregulamentação do trabalho. Assiste-se a partir de tal contexto a precarização das relações e condições de trabalho no âmbito da saúde.

Dessa forma, é possível constatar uma tendência predominante da gestão do trabalho, no SUS, que amplia o mercado de trabalho e ações de saúde acrescentando diferentes modalidades de contratações com diferenciados vínculos estatutários, celetista, contratos temporários, bolsa salários, cargos comissionados e a terceirização através das cooperativas e associações de moradores.

Conforme Baraldi (2005 apud SOUZA, 2009), a expansão de ações básicas de baixo custo, como por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), passa a fazer parte do modelo de saúde que irá incorporar, de forma significativa, uma força de trabalho com essa nova conformação trabalhista.

Nesse contexto, observa-se que as condições de precariedade do trabalho em saúde, se apresentam pela presença de vínculos precários de trabalho e pela ausência de condições objetivas e subjetivas de trabalho. Ao mesmo tempo, observa-se que o trabalho em saúde enfrenta uma desestruturação, envolvendo o trabalhador e os usuários dos serviços. Assim observamos uma queda na qualidade dos serviços no setor público de saúde, com um funcionamento precário e péssimas condições de trabalho.

É importante destacar conforme Souza (2009) que a força de trabalho em saúde tem a evidência da sua desvalorização demonstrada pelo processo de desregulamentação do trabalho que se expressa através de alguns problemas como: a desestruturação no planejamento, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho, as baixas remunerações, a rotatividade ou inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada colocando em risco a vida dos usuários.

Portanto assiste-se a um contexto em que o Estado, para responder às exigências do capital, além de flexibilizar as relações de trabalho, tem incorporado uma lógica lucrativa para atender às tendências de gestão empreendedora de ajuste nos gastos públicos. Assim, como estratégia de gestão, fragmenta e focaliza os serviços de saúde, assumindo as ações de baixo custo e deixando para o mercado as ações mais vantajosas. O resultado disso é que o trabalho em saúde enfrenta não só uma desregulamentação das relações e condições de trabalho, mas uma desestruturação da atividade em saúde que envolve o trabalhador de saúde e, conseqüentemente, os usuários do serviço.

Sousa (2009, p. 151) ao discorrer sobre o processo de desregulamentação do trabalho no âmbito da saúde evidência que:

A desregulamentação do trabalho, no setor saúde, é bem mais complexa e isso pode ser evidenciado pela expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família, a partir dos anos noventa, que representa o caso mais emblemático da precarização do trabalho no setor saúde. Este programa assume a estratégia governamental de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, imprime uma nova dinâmica com a expansão das ações no âmbito municipal e também a demanda por força de trabalho no setor. Esta atividade é expressão concreta da desregulamentação do trabalho, quando impõe fragilidade na contratação, alta rotatividade da força de trabalho, insatisfação pessoal, condições de trabalho degradante e desmobilização sindical. Sem esquecer das condições de vulnerabilidade e desproteção do trabalho peculiares no setor saúde.

A autora acrescenta ainda que a Estratégia Saúde da Família passa a assumir uma centralidade na desregulamentação do trabalho, no serviço de saúde, por expressar os efeitos de uma nova gestão do trabalho que demonstra os indicativos de extrema precarização do trabalho no SUS.

Assim, levando em consideração a precarização do trabalho no âmbito da saúde e as dificuldades para efetivação do Sistema único de Saúde, é que no capítulo seguinte buscaremos analisar a política de saúde no Brasil, pós Constituição Federal de 1988, a implementação da Estratégia Saúde da Família e o trabalho do assistente social nesse espaço sócio-ocupacional.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL PÓS CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

3.1 A Política de Saúde no Brasil: De 1980 até a conjuntura atual

Na década de 1980 a sociedade vivenciou uma série de mudanças no cenário político e social do nosso país. Nesta década, o Brasil vivenciava um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentando uma profunda e prolongada crise econômica. No que concerne às políticas sociais, este período pode ser considerado como sendo de reestruturação progressista, visto que avançou frente ao modelo de políticas instaladas no período anterior, ou seja, período ditatorial.

A partir de tal contexto ocorrem diversas modificações e avanços no âmbito das políticas públicas e da proteção social. Estas políticas são institucionalizadas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, inaugurando-se a partir de então o conceito de Seguridade Social.

No tocante à saúde, é imprescindível ressaltar que a partir desse contexto, de acordo com Bravo, (2006, p. 95) esta:

contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Ao mesmo tempo, destaca-se que o processo de democratização da política de saúde brasileira foi resultado do Movimento de Reforma Sanitária, que iniciou-se desde da década de 1970. Este movimento foi uma alternativa ao modelo de saúde vigente no país. O movimento sanitário foi formado por profissionais da saúde, usuários e grupos associados aos Movimentos Sociais que, tinham como objetivo, formar um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

Dessa forma, segundo Bravo (2006) o movimento sanitário conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado. Ressalta-se ainda que as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a

concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Um dos acontecimentos que marcou o avanço da política de saúde no Brasil foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986. A partir desta conferência, as discussões acerca da saúde, ganharam uma nova vertente, passando a incorporar os setores excluídos do acesso a estes serviços e, passou-se a ter a participação direta da população através de suas representações. O objetivo era de um modelo nacional reformista para a saúde, acabando por incorporar muitas de suas propostas na Constituição Federal de 1988.

Analisando esse contexto, Bravo (2006, p. 96) ressalta que:

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. 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.

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária-CNRS, instalada no ano de 1986 aprova a proposta do novo sistema de saúde, e lança esta como um projeto do setor para a Constituinte.

O texto constitucional traz diversos avanços jurídicos à política nacional de saúde, atendendo às reivindicações do movimento sanitário, garantindo os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, deliberados na VIII Conferência de Saúde, ou seja: a universalidade, a equidade e a integralidade.

O SUS, regulamentado através da Lei nº. 8080/90 trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e a Lei nº 8.142/90, define a

participação da comunidade na gestão do Sistema e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

No entanto, estes aspectos foram insuficientes para a garantia do processo de Reforma Sanitária, visto que estas ações não foram operacionalizadas, ocasionando ínfimas mudanças na melhoria das condições de saúde da população.

Na década de 1990, assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, a partir da eleição do Presidente Fernando Collor de Melo.

O governo de Collor de Melo foi caracterizado pela redução de verbas para os setores sociais, inclusive a saúde e o boicote a implantação do SUS. Este governo buscou estabelecer uma política de mercado livre da intervenção estatal, baseado na propriedade privada. Destarte, estava comprometida toda possibilidade de Reforma Sanitária.

A partir do avanço da perspectiva neoliberal, que se iniciou em tal governo, a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde tem sido associada ao mercado, priorizando as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise.

A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Em 1992, houve avanços na política de saúde, dentre os quais a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, motivado por pressões do novo movimento firmado através da IX Conferência.

Em 1993, foi promulgada a Norma Operacional Básica, NOB 01/1993, que veio a regulamentar o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS, constituindo a forma de financiamento das ações de saúde, com destaque para assistência médica hospitalar, como também, a ambulatorial.

Após o governo de Itamar Franco, dá-se início ao primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. Nesse, o descaso governamental é visível, na medida em que tal governo nada fez para intervir na política setorial da saúde, inclusive boicotando a X Conferência Nacional de Saúde. Este governo prosseguiu com as ações da agenda neoliberal, sobretudo no que se refere às privatizações de empresas estatais.

No tocante a política de saúde, o governo de FHC manifestou-se nas tentativas de execução e implantação do SUS, sendo que esta implantação seria feita por meio de várias portarias e de políticas estratégicas do Ministério da Saúde.

Dessa forma, constatamos que a década de 1990 foi um período contraditório, visto que ao mesmo tempo em que se almejava firmar um projeto democrático, afirmava-se a hegemonia neoliberal. Portanto, a política de saúde estabelecida na década de 1980 é desconstruída. Nessa vertente Bravo, (2006, p. 101), ressalta que na década de 1990:

dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista na segunda metade da década de 1990.

Em conformidade com o descrito por Costa (1996 apud BRAVO, 2006), o projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está baseado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Deste modo, observa-se que a década de 1990 foi palco de uma verdadeira tensão entre os avanços democráticos constitucionais e do desmonte das políticas públicas a partir da ofensiva neoliberal.

No entanto, no início do século havia uma expectativa de mudança no país, com a eleição de 2003, do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. Destarte, pode-se dizer que a eleição de Lula foi marco importante para o povo brasileiro contra a política neoliberal. Neste governo, surgia a perspectiva de avançar no desenvolvimento econômico do país e, assim, desenvolver as políticas de proteção social.

Nesta mesma vertente, o que constatamos é que ao contrário do que se esperava, o governo Lula conservou a mesma orientação macroeconômica do governo

anterior, deixando as políticas sociais em segundo plano. O maior destaque do governo Lula no tocante à proteção social foi o Programa Fome Zero, com o objetivo de combater a miséria e a exclusão social. As ações deste programa giraram em torno do programa Bolsa Família, uma iniciativa para a transferência de renda, onde a participação das famílias é condicionada através de um cadastro único, devendo estas atender a alguns critérios como, por exemplo, ter renda per capita de até um quarto do salário mínimo.

Após a implantação do programa, muitas famílias tiveram melhoras em suas condições de vida; no entanto, de acordo com (BRAVO E MENEZES, 2008, p. 17)

é importante ressaltar que o programa não constitui um direito, pois trata-se de uma política de governo, fruto de uma decisão do executivo federal. Não sendo uma política de Estado, pode ser extinto a qualquer momento. Ressalta-se que o combate à pobreza não se dá apenas por políticas de transferência de renda, mas é preciso que estas estejam associadas a outras políticas sociais. Isto é, no contexto de uma política de universalização da proteção social, a garantia de renda seria compreendida como um direito.

Portanto, de acordo com Bravo (2006) no governo Lula havia a perspectiva que acontecesse a defesa do projeto de reforma sanitária, contudo, apesar deste governo adotar o compromisso com a universalidade, a igualdade e a integralidade das ações ele permaneceu tencionado entre a política de saúde voltada ao projeto neoliberal e o projeto da reforma sanitária. Dessa forma, em alguns momentos procura fortalecer o modelo privatista e em outros o setor da saúde pública.

A autora ainda destaca como aspectos de inovação da política de saúde o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi abandonada, como também, a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária. Outro destaque é dado, as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

A autora menciona que no governo Lula houve aspectos de continuidade da política de saúde dos anos de 1990, o qual fortalece o modelo privatista destacando os seguintes aspectos:

[...] a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, [...]. Como exemplos de focalização, podem ser destacados a centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a (re) organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência. (BRAVO, 2006, p. 104)

Também foram adotadas outras medidas, a exemplo da elaboração do Plano Nacional de Saúde; o Programa Farmácia Popular; a política nacional de humanização da atenção e gestão dos serviços de saúde; a criação do Serviço Médico de Urgência (SAMU); a política de educação permanente do SUS; o início das discussões em torno da avaliação de desempenho do SUS; e a elaboração do plano nacional diretor de investimentos.

A política de saúde no Brasil, no primeiro mandato de Lula, segue tencionada entre os dois projetos, pois, conforme Bravo & Menezes, (p. 19, 2008)

As questões centrais não estão sendo enfrentadas, tais como: a universalização das ações; o financiamento efetivo; a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos. Na atual conjuntura, desafios estão colocados para os defensores do Projeto de Reforma Sanitária com relação à democratização da saúde.

Num primeiro momento, o governo Lula não trouxe os avanços desejados no campo da saúde. Todavia, em junho de 2005, ocorre o 8º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde com o tema “SUS – o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção”, sendo lançada a Carta de Brasília, contendo propostas relativas aos princípios básicos do SUS. Após, surge o Fórum da Reforma Sanitária formado por entidades ligadas ao setor saúde e ao movimento sanitário brasileiro.

Com a reeleição de Lula em 2006, é escolhido um novo Ministro da Saúde, José Gomes Temporão. Este participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária, no entanto, segundo Bravo (2006), esse novo ministro dá continuidade a política anterior e não dá nenhum realce as questões referentes ao projeto de Reforma Sanitária,

paradoxalmente, Temporão oferecem propostas como a criação de Fundações Estatais de Direito Privado. Portanto, apresentando a composição de um novo modelo jurídico-institucional, no que se refere à rede pública de hospitais.

Diante o exposto, é imprescindível ressaltar que a história da política de saúde no Brasil dos anos 1980 até os dias atuais teve avanços e retrocessos, tencionados de um lado pelo projeto de Reforma Sanitária e por outro pelo projeto privatista.

Vale ressaltar que, é nessa conjuntura paradoxal que no contexto dos anos 1990, como alternativa ao modelo tradicional de assistência a saúde, foi concebido o Programa Saúde da Família-PSF, atualmente nomeado como Estratégia Saúde da Família- ESF, conforme discutiremos a seguir.

3.2 A Implantação da Estratégia Saúde da Família: Algumas Reflexões

O Programa Saúde da Família ¹(PSF), cuja expressão foi mudada em 2006 para Estratégia Saúde da Família, foi criada em 1994, no entanto só adquiriu expressão nacionalmente no ano de 1995. Experiências estaduais e regionais inspiraram o desenho do programa, em especial o Programa de Agentes Comunitários (PACS), desenvolvido desde 1987 no estado do Ceará e o Programa Médico de Família de Niterói implantado desde 1992.

Segundo Brasil (1994), o PSF apresenta-se como uma proposta de reorganização da atenção básica, em conformidade com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações propagadas pelo o SUS; atua em territórios definidos, caracterizado por áreas, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população.

Conforme o entendimento de Bravo et al (2006, p. 106):

O modelo de atenção proposto pelo PSF se assenta sobre uma visão ampliada do processo saúde-doença, que pretende ultrapassar as condições marcadas por um véis biologizante e curativo, passando a ter na família e no meio do qual ela vive o centro da atenção a saúde. Ao mesmo tempo, o programa assume uma visão ativa da intervenção em saúde, uma vez que não aguardam a demanda que chega a unidade

¹ Atualmente, a saúde da Família deixa de ser considerada pelo Ministério da Saúde como um programa e assumida como política de governo. Nesse sentido, não se recomenda mais a denominação de Programa Saúde da Família (PSF), mas Estratégia Saúde da Família (ESF) no intuito de romper e superar o perfil de caráter transitivo, excessivamente normatizado e centralizado, implícitos no termo de programa (CARNEIRO, 2007 apud BARACHO, 2010).

de saúde, o processo típico do modelo tradicional. Ao contrário, pretende reorganizar a demanda à medida que busca agir preventivamente, identificar as necessidades em saúde daquele território e organizar a demanda a partir da comunidade, das famílias e dos domicílios.

A ESF representa uma estratégia de reorganização da Atenção Básica, tendo como objetivo uma maior resolução as demandas da população, seguindo a compreensão de saúde centralizada na promoção da qualidade de vida da população.

Dessa forma Bernardino et al (2006, p. 4), ressalta-se que:

o discurso oficial expressa que não se trata de uma assistência precária aos pobres, mas sim da intenção de construir um novo modelo de assistência no país, a partir do investimento na atenção primária, na prevenção e promoção à saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade, constituindo-se a Saúde da Família (SF) na porta de entrada do Sistema de Saúde.

A operacionalização da ESF tem se dado através das Unidades Básicas de Saúde-UBSFs, numa lógica substitutiva das práticas tradicionais, com o propósito de reestruturação do sistema como o todo. Estas UBSF trabalham com um território e um número de famílias definidos, sendo recomendado no máximo, 1000 famílias ou 4.500 pessoas, que ficam sob a responsabilidade de cada equipes, cuja composição multiprofissional: deve contemplar no mínimo, 1 médico(a) da família (médico generalista), 1 enfermeiro(a), 1 auxiliar de enfermagem e entre 4 e 6 agentes comunitários de saúde. Podendo esta ser ampliada contando então com a presença de 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico(a) de higiene dental. De acordo com as necessidades locais podem ser incorporados as equipes outros profissionais. (BRASIL, 1994)

A ESF desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnósticos precoce tratamento e reabilitação, tendo como objetivos:

[...] Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, continua, com resolutividade e boa qualidade as necessidades de saúde da população adscrito, intervir sobre os fatores de riscos aos quais a população está exposta; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania, e portanto, expressão da qualidade de vida; humanizar as práticas de saúde através de estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população. (BRASIL, 1994)

De acordo com Brasil (2006) a Atenção Básica, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, os fundamentos da Atenção Básica são:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação e VI - estimular a participação popular e o controle social.

De acordo com Vasconcelos (2009) busca-se através do Programa Saúde da Família, afirmar a atenção à saúde, determinando novas práticas profissionais entre trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Assim, a Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ter conhecimento da realidade da população usuária, levando em consideração o contexto familiar, como também a vida comunitária.

De acordo com o Ministério da Saúde (1998), a colocação de equipes junto às comunidades, promoveria uma apreensão maior do processo de saúde e doença e da necessidade de mediações que não se restringissem exclusivamente a práticas curativas. Deste modo, o que se percebe é que a ESF traz a compreensão ampliada de saúde passando a ser entendida não como a ausência de doença, mas como um estado de bem-estar biopsicossocial.

Apesar dos avanços obtidos com sua implantação, ESF vem sendo alvo de críticas, cujo foco é o questionamento da contribuição efetiva, enquanto mecanismo de reorganização da política de saúde. (VASCONCELOS E CARNEIRO, 2009).

As críticas que surgem ao modelo ESF é perceber que seus fundamentos identificam-se com exigências de agências multilaterais, como FMI e Banco Mundial. Conforme destacam Franco e Merhy (2007, p. 93):

Aplicar a agenda do Banco Mundial para a saúde pública significa deixar de considerar a saúde um bem público, um direito que deve ser garantido pelo Estado. [...] De natureza nitidamente privatista, fazendo eco às propostas neoliberais de organização da sociedade, a instituição financeira vem propor, para países em desenvolvimento, que seus pacotes de saúde pública contemplem programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, através da promoção às doenças infectocontagiosas e DST/AIDS, e programas nutricionais voltados especialmente para o atendimento à criança.

Nesta perspectiva, concretizar as medidas propostas pelo Banco Mundial seria executar ações focalistas e seletivas. Seguindo o pensamento dos referidos autores, a ESF possui uma intenção racionalizadora de gastos públicos e diminuição dos atendimentos de média e alta complexidade, além de defender que o atendimento nesses outros níveis seja feito no setor privado.

A ESF embora traga na sua proposta original a reestruturação do SUS, tal modelo vem se deparando desde sua forma de implantação, seu financiamento, gestão e execução com uma variedade de falhas. É importante ressaltar que este programa, apresenta em sua proposta inicial a perspectiva de alcançar alta resolutividade privilegiando a atenção no nível primário de assistência, e reduzindo o fluxo ambulatorial. Entretanto, Teixeira (2008, p. 238) nos chama a atenção para o fato de que:

Tudo [é] muito lógico e racional, na linha do princípio custo-benefício, da racionalidade do sistema de saúde e da filosofia do mercado; mas, em termos práticos, esse tipo de política acaba por servir mais a uma necessidade compensatória, de baixo custo, que funciona também como controle social da população [...] pelo Estado, ao mesmo tempo que amortiza os conflitos 'internos' (relações inter-familiares) e 'externos' (relações sociais) em potencial. Em vista disso, a dupla de técnicos (médicos/enfermeiros) realiza uma assistência voltada, a princípio, para os aspectos epidemiológico, quer dizer, de redução de morbi-mortalidade, nas faixas etárias e situação de 'risco' determinadas, mas [...] ainda não consegue, em seu todo, visualizar os usuários, como sujeitos sociais, pois não foi preparada acadêmica nem socialmente para tal.

Outra crítica que se coloca a ESF, conforme ressalta Teixeira (2008, p. 241):

[...] é a relação de interação direta do PSF com as demais unidades públicas de saúde. Sem mecanismo de referência e contra-referência funcionando devidamente, o sistema não se organiza. Vai continuar predominando a visão da prática individualizada, sobrepondo-se a um trabalho de equipe, isto é, de uma política pública na qual a responsabilidade de "conseguir um exame, uma vaga para internação"

passa pela a velha tática de conhecimento pessoal, pela empatia ou outras prendas. E caso os profissionais não consiga o resultado tão perfeitamente calculado pelo nível central, via projeção, a responsabilidade tende a se concentrar na equipe, que é “cobrada” pela população atendida, pela sociedade, pela mídia e, claro, pelo governo.

Dentre as demais críticas feitas a ESF, Teixeira (2008), destaca ainda, a forma como vem se configurando a contratação dos profissionais; o número de famílias atendidas por equipe, à fragilidade na formação acadêmica, como também, a priorização do atendimento clínico em detrimento à vigilância em saúde, entre tantas outras.

Portanto, diante do exposto, como afirma Teixeira (2008), existe lacunas quanto a questão específica do modelo assistencial predominante. Pois, a atenção a saúde precisa passar da intenção para o gesto, para que o programa possa ser visto como estratégia de ação e não mais como programa verticalizado/centralizado e/ou mesmo um programa que emprega profissionais que exercem uma medicina pobre para os pobres.

3.2.1 A Estratégia de Saúde da Família no Município de Campina Grande – PB: Algumas considerações

A ESF foi implantada em Campina Grande-PB, no dia 12 de maio de 1994, sendo um dos municípios pioneiros a desenvolver a experiência no Brasil. A idéia não era propriamente uma novidade para a equipe de saúde local. Em 1993, através de uma cooperação internacional, o município já havia recebido uma comitiva de especialistas em medicina familiar de Cuba, além de uma comitiva de Niterói, que desenvolveu este modelo desde 1991. (CAMPINA GRANDE, 2004)

Dentro da perspectiva de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, se permitiria até 75 equipes, cada uma delas atendendo uma população de 800 famílias. A concepção era implantar 15 equipes por ano, com acompanhamento e avaliação continuada da atuação de cada uma delas, expandindo-se para as regiões mais carentes até o centro do município. Dessa forma, o objetivo era atingir uma cobertura de 100% das famílias em cinco anos.

De início foi implementado em dois bairros, contando com cinco equipes, cada uma composta por um médico um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 04 a 06 agentes comunitários de saúde responsável por 600 a 1000 famílias, seguindo assim a orientação do Ministério da Saúde. Em seguida, com a ampliação das equipes do

programa houve a inclusão de outros profissionais, como: o assistente social, e o odontólogo e auxiliar.

No que se refere à escolha dos bairros para a atuação das equipes, cabe destacar que teve como critérios a situação epidemiológica, ou seja, a situação de saúde da área a serem atendidas, assim como, as dificuldades de acessos aos serviços de saúde. Dessa forma, foram priorizados alguns bairros como, o Mutirão e o Pedregal, onde as condições socioeconômicas e sanitárias eram precárias.

Os resultados da implantação do programa foram positivos o qual veio surpreender a maioria das pessoas que não conheciam o Programa, o que favoreceu a concretização do mesmo. O dado concreto da eficiência da Estratégia Saúde da Família foi à diminuição da mortalidade infantil em 70%, no bairro do Mutirão.

Segundo Santos (2004 apud BARACHO, 2010) a proposta inicial de expansão era de quinze equipes por ano, o que correspondia um total de setenta e cinco equipes para o prazo de 05 anos. No entanto, o que se constata é que tal planejamento foi gravemente comprometido devido à falta de compreensão dos gestores locais no tocante a proposta da Saúde da Família. A partir da mudança da gestão municipal no ano de 1996, a SF passa a sofrer sérios rebatimentos, passando a ter novas configurações, não sendo, dessa forma, prioridade da gestão municipal. .

No ano de 2003 acontece a primeira expansão da ESF, com mais 18 equipes com o objetivo de abranger a zona rural, neste contexto e que são inseridos os profissionais de saúde bucal. Ainda neste mesmo ano passa a fazer parte da equipe básica o profissional de Serviço Social. Tal profissional seria responsável por no máximo duas equipes, tendo com objetivo a construção de práticas pautada na integralidade da atenção e a promoção da saúde, como também o controle social.

Ainda conforme Baracho (2010), os avanços no PSF desde sua implantação foram ameaçados a partir da mudança da gestão municipal que trouxe uma nova perspectiva de atenção a saúde com ênfase no produtivismo e na mera extensão de cobertura da população no acesso a saúde, em detrimento da vigilância da saúde, trazendo, dessa forma, vários retrocessos.

Atualmente, a ESF conta com 92 equipes formadas por 89 médicos, 99 enfermeiros, destes 08 fazem parte do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), 92 auxiliares de enfermagem, 36 dentista, 15 assistentes social, 39 Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e 660 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), garantindo uma cobertura de 92% da cobertura populacional. Em 2009 a SF ganhou o reforço de

nove equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que possibilitou ampliar as ações da atenção básica, com o desenvolvimento de atividade física, reabilitação, assistência farmacêutica, alimentação, como também nutrição. A equipe do NASF é formada por pediatra, ginecologista, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, farmacêuticos, educadores físicos, psicólogos e fonoaudiólogos. (CLICK PB, 2010).

Dessa forma, fica claro que houve um aumento quantitativo das ações da ESF, mas podemos destacar que tal aumento não foi seguido pela qualidade dos serviços, visto que se observa a precarização do atendimento mediante as reais necessidades da população usuárias.

Cabe destacar que, mesmo diante das dificuldades que a ESF vem enfrentando, atualmente tal espaço sócio-ocupacional vem se configurando em cenário importante para a categoria profissional dos assistentes social desde a sua implantação.

No próximo tópico trataremos algumas reflexões acerca do trabalho do assistente social no âmbito da saúde, assim como a inserção na ESF, com ênfase em Campina Grande-PB.

3.3 O Trabalho do Assistente Social nos Serviços de Saúde e a Inserção na Estratégia Saúde da Família

O Assistente Social se insere historicamente no campo da saúde, atuando de forma interventiva nos fenômenos sócio-culturais e ou econômicos que colocam em risco a saúde da população, como também, na promoção, proteção e recuperação desta. Desde a implantação do SUS, o assistente social, desenvolve ações em grupos populacionais, supervisão e coordenação de ações postas no modelo de assistência à saúde.

Costa (2008, p. 308) analisando o trabalho do Assistente Social nos serviços de saúde ressalta que:

[...] a ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde deve-se tanto a ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho. Se em termos genéricos, esse quadro é explicativo do crescimento quantitativo de profissionais do Serviço Social na área da saúde, ele ainda é insuficiente para desvendar os modos e as formas de objetivação do trabalho dos(as) assistente social no interior do processo de cooperação, constitutivo do trabalho coletivo nos serviços públicos de saúde. Aqui a nossa preocupação principal está voltada para as práticas dos diversos trabalhadores que conformam o

trabalhador coletivo dos serviços de saúde, onde se inclui o assistente social.

A referida autora ainda enfatiza que o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde, é determinado a partir das condições históricas onde a saúde pública se desenvolveu no Brasil, levando em consideração as mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde, e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e a horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas nas redes de atividades, saberes, hierarquia, funções e especializações profissionais.

Segundo Costa (2008), a inserção do assistente social, nos serviços de saúde, se processou mediante o reconhecimento social da profissão, assim como, por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. Frisa-se, ainda que é nesse contexto que surgem uma variedade de requisições significativas da tensão entre as ações tradicionais de saúde e as novas proposições do SUS, que também vão motivar o campo de atuação do profissional de Serviço Social.

Costa (2008) ao discorrer sobre as principais atividades realizadas pelos assistentes sociais no campo da saúde assegura que houve um crescimento e redirecionamento das atividades e qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais. Dessa forma, essas atividades estão concentradas nos seguintes campos de atividades, sendo elas assim classificadas da seguinte forma:

- Ações de caráter emergência;
- Educação em saúde;
- Planejamento e assessoria;
- Mobilização da comunidade;
- Levantamento de dados para caracterização e identificação das condições socioeconômica e sanitária dos usuários;
- Interpretação de normas e rotinas; procedimento de natureza educativa, como orientações e encaminhamentos individuais e coletivos;
- Agenciamento de medidas e caráter emergencial;

- Desenvolvimentos de atividades de apoio pedagógico e técnico político junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no sistema e a comunidade de usuário.

Diante o exposto pode-se afirmar que a objetivação do trabalho do assistente social é determinada tanto pela compreensão de saúde prevalecente no SUS, quanto pelas condições objetivas da população usuária dos serviços. Assim sendo, ao longo da história da profissão, a organização do trabalho coletivo em saúde, vem se estabelecendo como sendo uma das tarefas do assistente sócias no interior do processo de trabalho em saúde.

Deste modo, concordamos com Costa (2008, p. 340) quando ela afirma que:

[...] a *objetivação do trabalho do assistente social*, na área da saúde pública, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidencia a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das condições internas e externas ao sistema de saúde.

Sendo assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os diversos níveis hierárquicos do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a ressaltar que a principal incumbência, desse profissional, e a de garantir a integralidade das ações.

No tocante à inserção do Serviço Social na atenção básica, vale ressaltar que seu ingresso aconteceu na década de 1990, numa conjuntura envolvendo vários desafios, os quais demandavam do assistente social competências, compromisso e caráter multidisciplinar de suas ações mediante as exigências do Ministério da Saúde proposta sobrevivida da Estratégia Saúde da Família.

Cabe enfatizar que a profissão na década de 1990, entra ainda desarticulada do Movimento de Reforma Sanitária, todavia, ao se colocar mediante os dois projetos² que disputavam a saúde pública, os assistentes sociais em conformidade com o projeto ético-político e a Lei nº. 8662/93, que regulamenta o exercício profissional, delibera

² Conforme Bravo (2006) os dois projetos que convivem em tensão, neste contexto, é o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990.

para si a luta lançada pelos movimentos sociais na defesa do projeto reformista da saúde bem como na defesa do SUS resolutivo.

Destacamos que a criação da ESF traz a proposta de afirmar a atenção à saúde, enfatizando os princípios que norteiam o SUS, através de estratégias como: o atendimento ao núcleo familiar na comunidade, reconhecendo a saúde não apenas como ausência de doença, mas como resultante de fatores sociais, políticos, culturais e econômicos. De outro lado, a criação da ESF acompanha a tendência de precarização e focalização dos serviços, determinadas pela hegemonia neoliberal.

Portanto, é diante desse processo contraditório que o assistente social é inserido na ESF. Ressaltar-se que essa inserção, inicialmente, não foi reconhecida pelo Ministério da Saúde ficando a critério de cada município a inserção deste profissional na equipe básica. Teixeira (2008) analisando esse contexto e defendendo a inserção do assistente social na equipe básica ressalta que, esta inserção não pode ficar na dependência dos critérios municipais, se o objetivo for realmente, reorganizar o sistema de saúde pública, pois:

[...] Se pretende ser realmente estratégico em sua proposta de “reestruturação do sistema e mudança do modelo assistencial”, o Ministério da Saúde, como órgão definidor das diretrizes dos programas, deve ser preciso e montar uma equipe (e não uma dupla mínima) multiprofissional completa, para aproxima-se mais do conceito de saúde outorgado na Constituição (TEIXEIRA, 2008, p. 243).

Ainda conforme Teixeira (2008), a inserção do assistente social na ESF é justificada pela experiência que este profissional, historicamente tem acumulado no âmbito da saúde, da família e dos movimentos sociais. Conforme ressalta a autora, os assistentes sociais têm mediante a formação acadêmica, o embasamento teórico-metodológico imprescindível para abordar temáticas como as de Educação em Saúde. Isto permite fundamentar uma prática reflexiva, que irá se contrapor ao modelo hospitalocêntrico e medicalizante.

Assim justificar a inserção do assistente social na ESF significa também reconhecê-lo como profissional qualificado para intervir nas múltiplas expressões da questão social, assim como, nos aspectos econômicos e sociais que interferem na vida dos usuários.

Estando o assistente social na ESF o principal desafio é colocar em prática os pressupostos da ESF. Ressalta-se que esses pressupostos estão em consonância com as competências profissionais elencadas na lei que regulamenta a profissão - 8.662/93 sendo estas:

- Elaborar, implementar, assessorar, coordenar e executar políticas sociais nas áreas de saúde, assistência, previdência, educação, habitação, criança e adolescente e etc;
- Encaminhar providencia e prestar orientação social a pessoas e grupos e a população em geral;
- Orientar cidadãos de diferentes segmentos sociais sobre os programas sociais disponíveis e democratizar o acesso à esses programas;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas para conhecimento da realidade social a fim de subsidiar as ações profissionais;
- Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto à órgãos da administração pública, privada e outras entidades

É importante destacar que o reconhecimento do Assistente Social como um profissional da área da saúde, se processou por meio da Resolução nº 218, de 06 de maio de 1997. Naquele momento, o Conselho Nacional de Saúde, no uso de suas atribuições e competências que lhe são conferidas pela Lei nº. 8.080/90 e a Lei nº. 8.142/90, leva em consideração a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e reconhece a importância das ações realizadas por profissionais de nível superior, dentre estes, o assistente social.

No que se refere à inserção do assistente social na ESF no município de Campina Grande-PB, ressalta-se que essa inserção surgiu a partir de um trabalho desenvolvido por um grupo de assistente sociais que oferecia serviços as UBSFs no bairro do Tambor, Mutirão, Pedregal e Vila Cabral, desde sua implantação no município. Das ações desempenhadas por estes profissionais, começaram a se articular com a Universidade de Serviço Social, com o Conselho de Serviço Social, associação de profissionais da ESF e com a coordenação da ESF, juntamente com os poderes públicos municipais, visando à incorporação na equipe preconizada pelo Ministério da Saúde (CAMPINA GRANDE, 2004).

Assim sendo, logo depois da criação das primeiras equipes, devido às necessidades vistas pelos profissionais e usuários, foram inseridos alguns profissionais de Serviço Social junto a equipes da ESF, mesmo não fazendo parte da equipe básica. Conforme Guimarães (2004, p. 35), foi imprescindível a incorporação dos assistentes sociais, uma vez que:

As equipes de Saúde da Família não davam conta dessa demanda (processo de organização e mobilização comunitária visando à formação de conselhos gestores locais e à participação dos moradores nas lutas e eventos políticos e sociais na busca de melhorar suas condições de vida) e logo se viu a necessidade de incorporar os profissionais do Serviço Social a essas equipes.

Com base no exposto, fica claro que a luta pela inclusão do assistente social na equipe básica teve como argumento fundamental a necessidade de ações intersetoriais para promoção da saúde nas áreas onde a Saúde da Família atua, e a carência de um profissional especializado em organizar essa demanda.

Vasconcelos et al (2009) ao discutir sobre intersectorialidade, ressalta que é fundamental no cotidiano dos serviços de saúde, já que a relação entre os diversos setores que fazem parte do sistema, visa fortalecer a rede bem como produzir efeitos mais satisfatórios no que diz respeito aos serviços prestados. Dessa forma, a prática dos assistentes sociais é direcionada para estabelecer essa articulação entre vários setores que envolvem as políticas sociais, o que promove uma inter-relação entre profissionais, usuários e organizações sociais.

Segundo Bernardino et al (2006), a ESF em Campina Grande-PB, tornou-se mais expressiva nos anos de 2001 e 2002, quando foram inseridas mais de 26 novas equipes, ampliando a cobertura do atendimento da população rural do município. No mesmo ano de 2002, houve a realização de um processo seletivo para os assistentes sociais, com o objetivo de inserir este profissional na equipe básica da ESF. No município, o assistente social só é inserido na ESF, oficialmente, no ano de 2003, ficando o assistente social responsável por apenas duas equipes.

Ainda conforme a citada autora, no final do ano de 2005 e começo de 2006, a ESF em Campina Grande sofre um abalo; com a mudança de gestão no governo, o então Prefeito Veneziano Vital do Rêgo junto a assessores e secretários decidem pela retirada dos assistentes sociais da ESF, para que estes formem apenas núcleo de apoio. No entanto, a categoria se mobilizou, conseguindo garantir a inserção do assistente

social nas equipes básicas. Depois de muitos acordos e reuniões ficou decidido que haveria concurso público para os profissionais de Serviço Social, como também, para o restante das equipes, o que resultou na renovação do quadro que compunha a ESF. Isto foi de extrema importância para a categoria profissional que se consolidou junto a ESF.

Com base em Bernardino et al (2006), em 2006 foi realizado o concurso público para a ESF, neste foram disponibilizados 11 profissionais, os quais, dois não assumiram e, apenas em 2008 foram nomeadas as suplentes dos cargos. Atualmente atuam na ESF no município dez assistentes sociais, no entanto, é importante destacar que o município possui, 92 equipes, sendo cada profissional de Serviço Social responsável em média por 5 a 7 equipes. Sendo assim, denota-se que algumas equipes encontram-se descobertas.

Diferente dos outros profissionais da equipe da ESF, cujas atribuições são definidas pelo Ministério da Saúde, era necessário construir oficialmente as atribuições do assistente social. Sendo assim, foi realizada uma Capacitação Introdutória para tais profissionais, curso organizado pelo Pólo de Formação e Capacitação Permanente em Saúde da Família, e pela coordenação local da ESF, contando com a participação de professoras do departamento de Serviço Social da UEPB. No período em que ocorreu a capacitação foram focalizados algumas temáticas, como: Programa Saúde da Família, controle social, competências e atribuições do assistente social no PSF e instrumental técnico-operativo para as ações do assistente social.

De acordo com Bernardino et al (2006), as atribuições do assistente social no PSF, em Campina Grande, foram construídas tendo como base os princípios norteadores do SUS, o código de ética profissional e a Lei nº 8.662/93 que regulamenta a profissão. Destarte, as atribuições do Assistente Social na Estratégia de Saúde da Família foram assim definidas:

- encaminhar providências, prestar orientações, informações a indivíduos, grupos e à população na defesa, ampliação e acesso aos direitos de cidadania;
- prestar assessoria a grupos, entidades e movimentos sociais existentes na comunidade, viabilizando o processo de mobilização, organização e controle social;
- desenvolver ações sócio-educativas e culturais com a comunidade;

- identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações intersetoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população;
- identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade;
- contribuir para a capacitação e formação de conselheiros (as) de saúde e de outros sujeitos sociais;
- discutir, de forma permanente, junto à equipe de trabalho e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases que o legitimam;
- elaborar, coordenar e executar capacitações para os profissionais do Programa Saúde da Família;
- realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família;
- emitir laudos, pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assunto de competência do Serviço Social;
- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar as ações do PSF;
- acompanhar, na qualidade de supervisor (a) de campo, estagiários (as) de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica; e
- sistematizar e divulgar as experiências do profissional de Serviço Social no PSF.

A citada autora ainda destaca que a partir de tais atribuições, os profissionais se inseriram nas equipes, que estavam em funcionamento, o que representou um verdadeiro desafio e, também, uma tarefa complicada, pois se tratava de, construir ou legitimar o espaço de um novo profissional num processo de trabalho que já estava organizado.

É importante ressaltar que o processo de trabalho na ESF é caracterizado pela heterogeneidade de demandas que para atendê-las demandam-se profissionais qualificados, e propositivos frente às exigências da realidade social. Mas, é preciso garantir aos profissionais que atuam neste espaço uma estrutura apropriada de trabalho que possibilite a resolubilidade das questões. Ressalta-se também, que os profissionais precisam assumir compromisso com a qualificação na prestação dos serviços e, consequentemente, com efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Contudo, ao mesmo tempo em que são colocadas tais exigências aos profissionais da ESF, percebe-se também a precariedade das condições de trabalho dos profissionais, assim como, falta de medicamentos e insumos, condições físicas inadequadas para a realização dos trabalhos, a inexistência de salas para reuniões, a falta de uma sala específica para o assistente social, comprometendo o sigilo profissional. Tudo isso parte da lógica da precarização e o enxugamento das políticas sociais que sofre diante do contexto em que Estado passa a ser norteado pelas políticas de ajuste neoliberal.

Levando em considerações tais questões é que buscaremos no capítulo seguinte analisar as condições de trabalho do assistente social junto a Estratégia Saúde da Família no Município de Campina Grande-PB, a partir da percepção dos profissionais que atuam em tal espaço.

4 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: UM ESTUDO JUNTO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

4.1 Aspectos metodológicos da pesquisa

A pesquisa ora apresentada é resultado do nosso interesse em analisar as condições de trabalho do assistente social na saúde, especificamente, na Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande-PB.

A aproximação com tal temática é fruto da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social na Unidade Básica de Saúde da Família do Monte Castelo I e II, no período de agosto de 2009 a dezembro de 2010.

Durante o período de inserção em campo de estágio, observamos que as atividades de prevenção e promoção da saúde, as quais deveriam ser prioridade da Estratégia Saúde da Família, não vinham sendo efetivados, já que, na UBSF, do Monte Castelo, não havia nenhum grupo estruturado, os mesmos só funcionavam para a entrega de medicamentos. Na ocasião observamos também, que como o assistente social estava apenas um dia da semana na unidade, as ações a serem executadas por esse profissional, tornavam-se descontínuas adquirindo um caráter de imediatista.

Outro aspecto também observado foi a estrutura física em que o profissional de Serviço Social, desenvolve suas atividades. Tal profissional não possui uma sala privativa para fazer os atendimentos, o que colocava em risco o sigilo profissional. É imprescindível destacar que no dia em que o assistente social prestava atendimento na unidade, dividia uma sala com a enfermeira, a qual fazia os exames citológicos, no mesmo espaço físico. Portanto, no momento em que chegava uma usuária para ser atendida, a assistente social precisava se retirar e procurar uma sala disponível para fazer os atendimentos. Tais observações nos trouxeram inquietações quanto às condições objetivas de trabalho do assistente social, dentre as quais a falta de espaço físico adequado as abordagens individuais e/ou coletivas, como também a falta de recursos materiais, e financeiros para subsidiar suas atividades qualitativamente.

Tais questões nos estimularam na construção do projeto de pesquisa que teve como propósito analisar as condições de trabalho do assistente social na saúde buscando compreender seus limites e possibilidades, no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande-PB. Objetivamos também a partir de nossa pesquisa identificar como as mudanças ocorridas no mundo trabalho têm rebatido na

prática do assistente social na ESF: como também, identificar as principais dificuldades enfrentadas pelo profissional de Serviço Social no cotidiano de sua prática.

Cabe destacar que inicialmente, tínhamos a intenção de desenvolver tal investigação junto à unidade Básica de Saúde da Família-UBSF do Bairro de Monte Castelo, aonde desenvolvemos nosso Estágio Supervisionado em Serviço Social, tendo como sujeitos a serem investigados o profissional de Serviço Social e os usuários. No entanto frente à impossibilidade de entrevistar os usuários no momento da coleta de dados, redirecionamos como sujeitos a participarem do processo investigativo, os assistentes sociais inseridos na ESF no Município de Campina Grande-PB.

É importante ressaltar que tal estudo, torna-se pertinente tanto para a formação acadêmica quanto para os profissionais inseridos no mercado de trabalho, visto que poderá possibilitar uma leitura crítica acerca da temática. Dessa forma, sua relevância apresenta-se tanto social quanto profissional, considerando que se insere nas preocupações analíticas da categoria e no debate acerca da atuação do Serviço Social junto a Estratégia Saúde da Família.

Vale enfatizar que após a elaboração do projeto de pesquisa, este foi submetido à análise do comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, em conformidade com o que preconiza a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto que, tratava-se de uma pesquisa que envolve seres humanos. Dessa forma, o referido projeto aprovado pelo comitê em 23 de setembro de 2010.

Para o desenvolvimento da nossa pesquisa adotamos a pesquisa exploratória que de acordo com Gil (1996) “este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema estudado, com vistas a torná-lo mais explícito”. Nesta mesma vertente, Silva (2006), enfatiza que “o pesquisador pode planejar uma pesquisa exploratória para encontrar elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja ou servir para levantar possíveis problemas de pesquisa”.

A pesquisa foi realizada no município de Campina Grande-PB, com três assistentes sociais ESF, durante o mês de dezembro de 2010 e maio de 2011. A escolha dos profissionais entrevistados se processou de forma intencional. Nosso critério para a inclusão dos sujeitos foi a permanência desses profissionais num tempo mínimo de um ano na ESF, assim como a disponibilidade voluntária de cada um em participar da pesquisa. Destaca-se ainda que a coleta de dados foi realizada mediante a prévia

informação dos objetivos da pesquisa aos sujeitos, bem como a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido.

É importante ressaltar que, inicialmente, o universo total da nossa pesquisa era de 06 (seis) assistentes sociais, compreendendo os seis (06) distritos sanitários do município de Campina Grande-PB. No entanto, não alcançamos o universo desejado, devido uma série de dificuldades, dentre estas, a greve dos servidores municipais no período em que realizávamos a pesquisa de campo, reivindicando entre outros fatores, melhores condições de trabalho.

Para a coleta de dados foi utilizada a observação participante, a entrevista semi-estruturada, além da pesquisa documental e bibliográfica. Na análise dos dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo, considerando que esta nos permitiu fazer uma análise crítica das falas e a sua relação com o tema proposto.

4.2 Perfil dos Sujeitos Entrevistados

Buscamos aqui analisar os dados coletados durante o processo investigativo, na perspectiva de compreender o objeto de estudo ora apresentado.

Inicialmente, buscamos apresentar algumas questões em torno do perfil dos profissionais entrevistados ressaltando que todos os sujeitos que participaram do processo investigativo são do sexo feminino.

A seguir apresentamos uma tabela especificando o ano em que concluiu a graduação em Serviço Social.

Tabela I – ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO

ANO	FREQUÊNCIA (F)	PERCETAGEM %
1991	01	33,3%
1993	01	33,3%
2000	01	33,3%
TOTAL	03	100%

Fonte: Pesquisa de Campo ESF, 2010/2011

No ano de 1996 a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social- ABEPSS iniciou um processo de revisão das diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social. De acordo com a ABEPSS, as diretrizes curriculares da formação

profissionais implicam capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico operativo para apreender de forma crítica os processos históricos. Ou seja, os profissionais de Serviço Social deve constantemente buscar o aperfeiçoamento e a capacitação teórica, metodológica, ética e política que permita uma ação investigativa e interventiva frente à realidade social.

Identificamos através da tabela acima, que dos profissionais entrevistados apenas um foi formado no período em que se inicia a construção das novas diretrizes curriculares de 1996 enquanto que 02, qual seja, 66,7% concluíram a graduação no contexto do currículo anterior, mas este fato também não as isenta da busca pela formação continuada.

Quanto à formação continuada, indagamos se as mesmas possuíam pós-graduação em alguma área específica de Serviço Social, na tabela seguir veremos o resultado:

Tabela II – PÓS-GRADUAÇÃO NA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL

POSSUI PÓS-GRADUAÇÃO	FREQUÊNCIA (F)	PERCENTAGEM%
SIM	02	66,7%
NÃO	01	33,3%
Total	03	100%

Fonte: Pesquisa de Campo ESF, 2010/2011

Nota-se que das entrevistadas 66,7% possuem pós-graduação na área de Serviço Social, e apenas 33,3% afirma que não. Conforme foi possível identificar durante o processo investigativo, dentre as profissionais entrevistadas, uma possui especialização em Saúde Pública, outra em Política Social, e a outra não possui na área específica do Serviço Social, mas no Programa Saúde da Família.

Deste modo é possível perceber que das profissionais que participaram de nosso processo investigativo, todas demonstram preocupação com o processo de formação e investem na formação como um meio para a qualificação profissional.

Quanto ao tempo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde da Família temos a seguinte tabela:

Tabela III – TEMPO DE TRABALHO NA UBSF

ANOS	FREQUÊNCIA (F)	PERCENTAGEM %
04	02	66,7%
08	01	33,3%
TOTAL	03	100%

Fonte: Pesquisa de Campo ESF, 2010/2011

Como podemos visualizar na tabela acima, das profissionais entrevistadas, 66,7% tem quatro (04) anos de atuação na UBSF, enquanto que 33,35 possuem oito (08) anos. Isso nos levar a concluir que as entrevistadas possuem uma significativa experiência de trabalho na UBSF, assim como devem possuir um vínculo com a população atendida nas UBSF em que às mesmas atuam. Dessa forma, provavelmente conhecem a realidade das famílias atendidas na UBSF, e conseguem identificar quais são os problemas de saúde e as situações de risco as quais a população está exposta. Ou seja, devem conhecer as principais dificuldades dessa população.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família deve priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, e o atendimento é prestado nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou no domicílio, pelos profissionais da equipe. Dentre estes, destaca-se o assistente social. Dessa forma, a população deve ser acompanhada, o que resulta num vínculo de co-responsabilidade, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. No entanto, o que é possível identificar no âmbito da ESF no município de Campina Grande-PB, frente à demanda de trabalho e a quantidade de unidades de saúde que particularmente os profissionais de Serviço Social vêm assumindo, tal realidade vem comprometendo a qualidade do atendimento prestado a população, conforme as proposições da ESF.

Os resultados da pesquisa demonstram tais questões como observamos a seguir.

Quando indagamos as entrevistadas o número de Equipes de Saúde da Família que cada uma acompanha. Vejamos a tabela seguinte:

Tabela IV – NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE ACOMPANHA ATUALMENTE

NÚMERO DE EQUIPES	FREQUÊNCIA (F)	PERCENTAGEM %
Quatro Equipes	02	66,7%
Cinco Equipes	01	33,3%
Total	03	100%

Fonte: Pesquisa de campo ESF, 2010/2011

Como podemos visualizar na tabela acima que 02(Duas) das entrevistadas, ou seja, 66,7% acompanham atualmente quatro equipes, e 01(Uma) das entrevistadas 33,3 % acompanha cinco equipes. É importante ressaltar que no período antecedente a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF's no município, esses números eram diferentes, visto que cada assistente social da ESF acompanhava em média sete ou oito equipes. Tal realidade foi alterada, pois posterior à implantação dos NASF's houve uma divisão das equipes a serem acompanhadas pelas profissionais da ESF e do NASF. Observa-se, portanto frente tal realidade vivenciada pelos profissionais de Serviço Social que atuam na ESF no município que, aumentam as demandas e paradoxalmente identificam-se falta de condições objetivas e subjetivas de dar respostas a tais demandas.

As falas das profissionais entrevistadas demonstram tais questões conforme observamos a seguir.

4.3 A Fala dos Sujeitos

Procuramos nesse item apresentar a fala dos sujeitos que fizeram parte de nosso processo investigativo, buscando a partir destas, analisar as condições de trabalho do assistente social na Estratégia Saúde da Família.

Quando indagadas como vem sendo desenvolvidas o trabalho na Estratégia Saúde da Família, as profissionais entrevistadas assim se pronunciaram:

O serviço social hoje é realizado de **forma fragmentada**, tendo em vista que **cobrimos 05 equipes** de saúde da família. Então procuramos atender a todas por demandas livres: casos individuais, acompanhamento da condicionalidade da saúde exigida pelo programa fome zero aos beneficiários do bolsa família, visitas domiciliares e institucionais, além de diversos encaminhamento a serviços da

comunidade em geral, fazendo o elo saúde e demais instituição (**ENTREVISTADA 01**).

Como trabalho em **04 equipes tento distribuir meu cronograma da melhor forma possível**; distribuo em visitas domiciliares, educação em saúde, dependendo do grupo na UBSF no dia em que estou, atendimento individual, visitas institucionais, salas de espera e reuniões na equipe (**ENTREVISTADA 02**).

O meu trabalho na Estratégia Saúde da Família vem sendo desenvolvido através de ações individuais e coletivas junto com a equipe, tentando trazer alguma contribuição, principalmente, na área da prevenção e promoção da saúde. **Apesar das dificuldades cotidianas**, realizamos atendimentos, encaminhamentos, visitas, orientação, sala de espera e atividades educativas nas unidades de saúde, como também, em outros equipamentos das comunidades, enfatizando os direitos sociais dos usuários da saúde (**ENTREVISTADA 03**).

É possível observar a partir dos depoimentos que tais profissionais vêm encontrando dificuldades devido a diversidades de demandas a sobrecarga de trabalho, ficando evidente o caráter quantitativo e produtivista da lógica de trabalho em tal espaço.

De acordo com Bernardino et al (2006) as principais dificuldades que se colocam no cotidiano de trabalho das equipes da ESF é a diversidade de demandas com as quais os profissionais se deparam. O assistente social, como está inserido em duas ou mais equipes, a quantidade de famílias a ser coberta é enorme, sem contar que, muitas vezes, as equipes estão em bairros diferentes, o que acaba interferindo na própria qualidade da atividade e conseqüentemente gera um cotidiano de trabalho muito tumultuado.

Conforme ressalta Meneses (2010), a realidade das condições de trabalho dos assistentes sociais, das suas ações no âmbito da saúde e do atendimento aos usuários, expõe dificuldades que vão além da precária estrutura física e da falta de recursos humanos e materiais. Diz respeito à degradação do trabalho, vivenciada pelo conjunto da classe trabalhadora, pois, atualmente, nenhum setor de trabalho está imune a miséria do desemprego e do trabalho temporário (MESZÁROS 2006 apud MENESES 2010).

A degradação do trabalho impõe aos assistentes sociais o enfrentamento crítico e permanente dos desafios postos por esta realidade, no sentido de concretizar o projeto ético político que vem sendo construído pela historicamente pela categoria.

Nessa perspectiva, compreende-se que o trabalho dos assistentes sócias na saúde é determinante/determinado pelas condições sócio-históricas postas pela organização do trabalho. (MENESES, 2010)

Ao questionarmos as entrevistadas acerca das dificuldades encontradas no âmbito de sua atuação na ESF, tivemos os seguintes depoimentos:

[...] a dificuldade em atuar na Estratégia Saúde da Família, consiste em **manter um vínculo maior com a população de cada equipe, devido o grande universo que temos que cobrir, pois cada equipe tem em média 3.500 pessoas para dar cobertura (ENTREVISTADA 01).**

[...] a principal que eu acho é a falta da sala do profissional do serviço social; o sigilo profissional fica comprometido, outro também, é a falta de entendimento dos profissionais sobre a atuação do serviço social, é importante que o profissional esclareça da forma mais clara possível as atribuições do assistente social; outra dificuldade é a falta de capacitações na área da saúde para o profissional de serviço social, como também na área da assistência social; outra dificuldade é a ausência da rede de proteção, quando falo rede de proteção, me refiro ao conselho tutelar, ministério público e a semas, que demora em dar um retorno, há uma lentidão, morosidade para agilizar sua intervenção, entende? outra dificuldade é o desrespeito da legislação ou ausência de políticas públicas que atendam os usuários que estão em situação de risco social (ENTREVISTADA 02).

[...] a falta de sala para realização de atendimento individual, e isto, implica na questão do sigilo e ética profissional, falta de material para realização de atividades individuais e grupais, trabalhar em comunidades diferentes, falta de contra-referência dos serviços, falta de entendimento dos demais profissionais e da gestão sobre a importância do Serviço Social na saúde, a precarização das políticas públicas e principalmente, da política de saúde em nosso país (ENTREVISTADA 03).

Como podemos observar na fala da entrevistada 01, a dificuldade em atuar na ESF diz respeito ao fato de manter um vínculo com a população. Isso se reflete na qualidade do trabalho desse profissional, pois segundo Predes (2010, p.09), “se o assistente social não consegue uma permanência com os usuários, no máximo realizará atividades de enfrentamento dos problemas imediato, sem possibilidades de práticas mais contínuas”.

É possível identificar ainda nos depoimentos 02 e 03 que, uma das principais dificuldades que os assistentes sociais encontram no âmbito de atuação na ESF está relacionada ao espaço físico em que esses profissionais atuam. Conforme

Predes (2002, p.23), isso “trata-se de uma questão que envolve não só a garantia do direito dos profissionais pelas condições adequadas de trabalho, mas, do direito da população usuária em ser atendida nesse espaço que permita resguardar o sigilo e a qualidade do atendimento ao usuário”.

Percebemos ainda na fala das entrevistadas 02 e 03, outra dificuldade que é a precarização das políticas públicas que atendam aos usuários em situação de risco. Esse quadro de precarização das políticas públicas é também do trabalho do assistente social nos remete a mundialização do capital, frente ao contexto da política neoliberal.

Diante desse processo de precarização das políticas públicas Iamamoto (2007, p. 161) afirma que “é essa realidade de precariedade dos serviços públicos que enfrentamos e da qual temos que partir no cotidiano profissional, não podendo deixar que ela nos asfixie”. Acrescenta ainda que “não temos de ser necessariamente levado ao imobilismo, a descrença, a desilusão profissional”.

Para Meneses (2010), o processo de desmonte do Estado brasileiro no âmbito da saúde pública ao longo dos anos de 1990, está relacionado à lógica produtivista de acumulação capitalista, o que resulta numa ‘universalização excludente’, com políticas públicas cada vez mais seletivas e excludentes.

Nesta mesma vertente Predes (2010), ressalta que os assistentes sociais, têm seu trabalho atingido pelo processo de precarização na prestação de serviços sociais, marcados pela focalização e individualização das ações compensatórias das políticas sociais. A autora coloca isso como sendo tendências e desafios atuais que se expressam na fragilização dos princípios de universalização dos direitos sociais e da qualidade dos serviços.

É possível perceber no depoimento 02, que a entrevistada também aponta outra dificuldade no que se refere à atenção básica qual seja, a ausência da intersetorialidade. Com base, em Araújo (2011, p. 38) a “intersetorialidade é a relação entre os diversos setores que fazem parte do sistema, visa fortalecer a rede bem como produzir efeitos mais satisfatórios no que diz respeito aos serviços prestados”.

Para Bernardino et al (2006, p. 08) “na concepção ampliada de saúde, a atuação isolada da equipe de saúde da família não faz sentido, sendo a ação intersetorial fundamental para lidar com as questões vivenciadas pela população”. A autora ainda ressalta que a política da saúde vem sofrendo uma série de conseqüências, devido às estratégias de ajuste econômico, o que expressa na lentidão para concretizar o SUS,

“que se configura, por exemplo, na ineficácia de um sistema de referência e contra-referência”.

Dessa forma, é possível observar a partir do depoimento 02, que existe uma fragilidade das ações intersetoriais, pois o assistente social ao referenciar um usuário a uma instituição que deveria viabilizar direitos sociais acaba apresentando respostas muito frágeis.

Ainda no que se refere às condições de trabalho do assistente social na ESF, perguntamos as entrevistadas qual a carga horária de trabalho junto a ESF e obtivemos os seguintes depoimentos:

A carga horária de início exigida era de 40 h, hoje temos um dia de folga, ficando assim dentro da carga horária que a nossa profissão conquistou que é de 30 h. Embora que, podendo sofrer a qualquer momento uma interrupção, pois ela abrange todas as categorias dos profissionais de saúde da ESF (**ENTREVISTADA 01**).

40 horas, mas não chega as 40 h, porque temos 01 dia de folga (**ENTREVISTADA 02**).

40 horas semanas (**ENTREVISTADA 03**).

É possível observar na fala da entrevistada 03 que os profissionais ainda têm carga horária de 40 horas semanas. As outras entrevistadas destacaram possuir uma folga por semana que na verdade é um direito de tais profissionais conforme a legislação em vigor.

De acordo com o CFESS no dia 02 de Agosto de 2010 obtivemos uma grande vitória com aprovação da Lei nº 12.317/2010, a qual acrescenta dispositivo a Lei nº 8.662/93 (Regulamentação da Profissão), para dispor sobre a duração do trabalho do assistente social. Vejamos na íntegra o que assegura a lei:

Art. 1º A Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 5º-A:

Art. 5º-A A duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais.”

Art. 2º Aos profissionais com contrato de trabalho em vigor na data de publicação desta Lei é garantida a adequação da jornada de trabalho, vedada a redução do salário.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Portanto, cabe aos profissionais entrevistados, ou melhor, cabe a todos os profissionais que atuam na ESF exigir da gestão municipal regularizar a sua carga horária semanal.

Quando questionadas sobre as condições de trabalho junto a ESF, as profissionais entrevistadas assim se pronunciaram:

As condições de trabalho são precárias, pois nas unidades de saúde não temos uma sala privativa para o serviço social, atendemos nos consultórios quando os profissionais estão ausentes, caso contrário, aproveitamos outros espaços, como: recepção, sala de vacina, sala de citológico, sala de reuniões, entre outros. (ENTREVISTADA 01)

Ah meu Deus! Condições de trabalho, isso e o mais difícil, como trabalho em três UBSF, só tem uma boa estrutura para receber o profissional em uma, pois lá, dispomos de uma sala exclusiva do serviço social, nas outras duas, **atendemos nossa demanda naquela que estiver desocupada**, comprometendo assim, o sigilo profissional. **Na realidade as UBSFs de Campina Grande, só a pequena minoria está preparada para receber o profissional de serviço social, pois muitos colegas não dispõem de espaços dignos para atender os nossos usuários. [...] Outro ponto difícil é a falta de compromisso da gestão com o profissional de serviço social**, pois sentimos falta de uma gerente que escute e reivindique as nossas necessidades para tentarmos desenvolver um bom trabalho. (ENTREVISTADA 02)

As condições de trabalho são precárias, por isso que atualmente estamos em greve, lutando pela efetivação do Plano de Carreiras e Vencimentos e por melhores condições de trabalho na saúde do nosso município. (ENTREVISTADA 03).

De acordo com o artigo 7º, do Código de Ética (1993, p. 33), constituem direito do assistente social: “dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidades públicas ou privadas, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional”. Diante das falas das entrevistadas é possível perceber que esse direito vem sendo violado, pois é unânime nas falas das mesmas que as condições dignas de trabalho inexistem em tal espaço de atuação e, o convívio com as precárias condições de trabalho é perceptível nas falas das entrevistadas.

Ainda com base no nosso Código de Ética Profissional do Assistente Social em seu artigo 15º e 16º que, “constitui direito do assistente social manter o sigilo profissional”, acrescenta ainda que: “o sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que

o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional”. (CFESS, 1993, p. 36).

Observa-se, a partir das falas das entrevistadas que, o direito em manter o sigilo profissional também vem sendo violado, pois na inexistência de uma sala para o atendimento, o sigilo profissional vem sendo comprometido. É possível afirmar conforme os depoimentos que, as condições de físicas ideais ao exercício profissional se distanciam da realidade das entrevistadas frente à falta de privacidade e conforto aos usuários e a tais profissionais. Nota-se ainda, que as condições de trabalhos ao exercício profissional do assistente social na ESF, vêm sendo marcada pelas relações e condições de trabalho precarizado. E isso é ocasionado pelo processo de reestruturação produtiva, que flexibiliza as relações de trabalho, onde não existe responsabilidade com a proteção social do trabalho, ou seja, uma desregulamentação dos direitos do trabalho.

Concordamos com os Parâmetros Para Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde (2010) ao ressaltar que a complexidade da realidade atual, é marcada pela precarização das condições de trabalho e a flexibilização das relações de trabalho e restrições de direitos. Diante o exposto podemos observar nas falas das entrevistadas que tais profissionais vem tendo seus direitos restritos.

Iamamoto (2007) ressalta que o cenário dominante do mercado de trabalho a partir dos anos de 1990 é marcado, entre outros aspectos, pelo crescimento da precarização das relações de trabalho. É isso é perceptível nas falas das entrevistadas.

De acordo com Mota e Amaral (1998), a flexibilização das relações de trabalho é o motor do processo de reestruturação produtiva, dessa forma, é condição determinante do trabalho precário, onde atinge toda classe que vive do trabalho, inclusive o assistente social.

Nessa mesma perspectiva Sá (2011) afirma que a reestruturação produtiva no Brasil, vem reforçando as relações de trabalho tradicional e conservador, resultando em um grande índice de desemprego e a precarização das condições de trabalho.

Conforme Meneses (2010) o Serviço Social se consolidou, e atua numa relação conflituosa entre capital e trabalho. Destarte, não se pretende idealizar uma sociedade em condições favoráveis para o trabalho profissional nem ao menos escondesse atrás dos limites institucionais. No entanto busca apreender de forma crítica o cenário de precarização do trabalho.

Ainda segundo Meneses (2010, p. 103) “a contra-reforma do Estado [...] destrói os direitos assegurados na legislação - social e trabalhista - atinge o trabalho e os

trabalhadores, na suas relações sociais, modos de vida, projeto de classe e condições de trabalho”.

Diante do exposto e observando as falas das entrevistadas é possível observar que os direitos dos assistentes sociais assegurados em lei vêm sendo desrespeitado. Além disso, existe a falta de compromisso da gestão municipal em reconhecer a importância que tem o profissional de Serviço Social na ESF, talvez pela falta de compreensão da gestão local, acerca da importância do trabalho do assistente social na ESF.

Indagamos também aos profissionais entrevistados se a UBSF onde estas trabalham, dispõe de condições físicas e materiais, que venham garantir a qualidade do exercício profissional.

Vejamos os depoimentos a seguir:

Não, as condições de trabalho são precárias com relação ao espaço físico, quanto ao as condições matérias procuramos utilizar os mesmos instrumentos utilizados pelos demais profissionais, como: ficha, formulários, prontuários entre outros. **(ENTREVISTADA01)**

Não. **(ENTREVISTADA 02)**

Temos UBSFs que dispõe de condições físicas adequadas e outras que não temos condições de desempenhar as nossas atividades. **Com relação às condições materiais, estas são precárias, falta até papel ofício.** **(ENTREVISTADA 03)**

Bernardino et al (2006) ressalta que a ESF apesar de ter sido adotado como modelo de reestruturação da atenção básica à saúde, as UBSFs, por vezes, vivenciam problemas como falta de medicamentos e insumos, o que, repercutem no trabalho realizado pelas equipes. Ademais, várias UBSFs não dispõem de condições físicas apropriadas para a proposta de trabalho.

De acordo com o exposto, e nos baseando nos depoimentos acima, podemos observar que o assistente social se depara com vários desafios na realização do seu trabalho, desafios que vão desde a estrutura das UBSFs, até a falta de matérias mínimos para a realização do trabalho, a exemplo de papel ofício, como citou a entrevistada 03. Tudo isso está relacionado ao processo sócio-histórico que vivenciamos na atualidade proporcionada pelas políticas de ajustes neoliberais.

Segundo Iamamoto (2007) as propostas de ajustes neoliberais têm repercutindo de forma nítida no campo das políticas sociais, tornando cada vez mais

focalizadas, e privatizadas, o que se vê é uma degradação dos serviços sociais, como consequência do enxugamento do Estado em suas responsabilidades sócias. Para a autora, o Estado vem se retraindo em suas responsabilidades e ações no campo social, manifestando-se no deteriorização da prestação de serviços público.

Dessa forma, podemos perceber diante da fala das entrevistadas que estamos diante da falta de compromisso do poder local municipal com a saúde frente a um atendimento precário, prestado a população e a falta das condições mínimas de trabalho adequadas para os profissionais que atuam na ESF, ou mesmo, diria sem condição de funcionamento das UBSFs.

Perguntamos também as entrevistadas como vem sendo desenvolvido o trabalho junto à equipe. Vejamos o que as profissionais relataram:

O Serviço Social não deve trabalhar isoladamente, então procuro trabalhar articulada com os demais profissionais do médico aos ACSs. (ENTREVISTADA 01)

Na medida do possível tento desenvolver um bom trabalho junto à equipe, sempre estamos nos reunindo e discutindo a melhor forma de trabalhar, e dar um bom encaminhamento a demanda do Serviço Social. **Onde trabalho os profissionais respeitam o meu trabalho, entendem qual o papel desse profissional, mas isso não quer dizer que não existem alguns profissionais que pensam que todos os problemas é função do Serviço Social resolver**, e não é bem assim, para que o Serviço Social desenvolva um bom trabalho precisamos que todos colaborem, pois isso é trabalho em equipe. (ENTREVISTADA 02)

Desenvolvo algumas ações nas unidades com outros profissionais, por exemplo: as visitas domiciliares sempre faço com um agente comunitário, as atividades em grupos com agentes comunitários e enfermeiros. **A minha relação com os outros profissionais é boa, mas deveria ser melhor, pois poderíamos trabalhar mais conjuntamente principalmente no que se refere as ações de promoção em saúde.** (ENTREVISTADA 03)

Diante do depoimento da entrevistada 01, identificamos que esse profissional entende a importância de se trabalhar de forma articulada junto à equipe. No entanto é possível observar na fala da entrevistada 02, que tal trabalho junto à equipe não é fácil, quando a mesma afirma que na medida do possível tenta desenvolver um bom trabalho junto à equipe. Na mesma vertente a entrevistada 03 enfatiza que a relação com os outros profissionais é boa, mas que poderia ser melhor. Isso nos levar a perceber que o trabalho interdisciplinar que é de grande importância na ESF vem sendo

prejudicado, e que os assistentes sociais na ESF são chamados a intervir em problemas que requer uma solução em conjunto com a equipe, mas esta muitas vezes responsabiliza o assistente social como se tal profissional fosse capaz de trazer resolutividades as demandas de forma isolada.

De acordo com os Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010, p. 44) ao tratar sobre trabalho em equipe ressalta-se que:

o trabalho em equipe precisa ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. [...] a equipe de saúde e/ou os empregadores, frente as condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, tem historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos.

É possível observar na fala da entrevistada 02, e a partir do exposto, que é exatamente isso que vem ocorrendo na ESF à falta de esclarecimento dos profissionais da equipe sobre as atribuição e competências do assistente social e falta de interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade é definida como:

o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam. Disciplinas implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento que incluem tanto modos de relacionamento humano quanto de modos de relação entre sujeito e conhecimento. [...]. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. “No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se”. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço. (BRASIL 2009 apud Araújo, 2011, p. 69)

Conforme Nogueira (1998, pp. 44-45)

a interdisciplinaridade ocorre quando há, entre os integrantes da equipe, reciprocidade, relações profissionais e de poder, tendentes a horizontalidade e com perspectivas de estratégias comuns para a ação [...] a ação interdisciplinar permite uma visão mais global e integrada da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde-doença, favorecendo o entendimento de relações pessoais, sócias, subjetivas e emocionais, que permeiam o cotidiano do paciente e de seus usuários.

Ou seja, a interdisciplinaridade é o processo de saberes mútuos entre os vários profissionais objetivando conjuntamente dar resolutividade às demandas num intenso processo de construção do saber.

De acordo com Iamamoto (2007) o assistente social dispõe de autonomia ética e técnica no exercício de suas funções que é resguardado pelo Código de Ética e pela lei que regulamenta a profissão. No entanto, é importante enfatizar que esses profissionais enfrentam dificuldades para realizar o seu trabalho, pois os encaminhamentos das soluções não dependem da vontade exclusiva desse profissional, mas o desempenho de suas ações está relacionado a:

um processo de trabalho coletivo, organizado dentro das condições sociais dadas, cujo produto em suas condições materiais e sociais, é fruto do trabalho combinado ou cooperativo, que se forja com o contributo específico das diversas especializações do trabalho. Na área da saúde, por exemplo, o assistente social participa, ao lado de outros profissionais – nutricionistas, enfermeiros, médicos, psicólogos etc. -, na consecução das metas previstas em um projeto de prevenção de doenças [...]. (IAMAMOTO, 2007, p.107-108).

Ante o exposto e observando a fala da entrevistada 03, é possível identificar que esse profissional segue exatamente esse mesmo raciocínio da citada autora, ou seja, sabe da importância do trabalho coletivo em saúde voltado para a promoção e prevenção das doenças, e que as ações desenvolvidas na ESF não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo de trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis.

Ao questionarmos as profissionais entrevistadas se a falta de uma sala específica para o Serviço Social tem dificultado o seu trabalho, destacamos as seguintes falas:

Sim, apesar de entender que na atual estrutura não há como exigirmos uma sala com exclusividade para o Serviço Social, devido estarmos apenas um dia da semana em cada equipe, mas já solicitamos que nas próximas reformas e construções seja acrescentada uma sala para outros profissionais de nível superior, pois temos na rede, além do assistente social, uma fisioterapeuta e toda equipe do NASF. (ENTREVISTADA 01)

Sim, pois atendo na sala de outro profissional, no auditório, na sala de vacina e há sempre interrupção de outras pessoas e conseqüentemente está ferindo o sigilo profissional, e a pessoa que está sendo atendida não se sente a vontade para conversar. Com relação à falta de sala para a assistente social, já

fizemos ofício para o diretor da atenção básica da Secretaria de Saúde e ressaltamos que temos a resolução 493/2006 que diz que é condição essencial, portanto obrigatória para a realização de qualquer atendimento ao usuário do serviço Social a existência de um espaço físico adequado. **(ENTREVISTADA 03)**

É possível observar a partir do depoimento 01 que a falta de uma sala exclusiva para o assistente social vem dificultando a sua atuação, no entanto é possível também perceber que esse profissional se conforma em atuar neste espaço, ao afirmar que na atual estrutura não temos como exigir uma sala exclusiva para o assistente social, ora, é importante mais uma vez ressaltar que, temos tal direito assegurado em lei. Paralelamente, observando o depoimento 03, percebemos que esse profissional não se conforma em atuar em tal espaço ressaltando que durante o atendimento profissional convive a todo instante com a interrupção de outras pessoas ferindo o sigilo profissional. A mesma cita a resolução do CFESS 493/2006 de 21 de agosto de 2006, que trata sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

Vejamos a resolução:

Art. 1º - É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer.

Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

- a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;
- b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;
- c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;
- d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

Art. 3º - O atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo.

Diante do exposto percebemos que, as condições físicas adequadas ao exercício profissional na ESF se distanciam do que garante a legislação. Observando as falas das entrevistadas é possível identificar que as UBSFs nas quais estão inseridas as profissionais entrevistadas, no município de Campina Grande-PB, não proporcionam nenhum conforto nem privacidade aos profissionais nem tão pouco aos usuários. É

importante ressaltar que isso, também, foi possível observar durante a nossa inserção no campo de estágio.

Solicitamos também que as profissionais entrevistadas nos relatassem as principais demandas para o Serviço Social, e se tem sido possível desenvolvê-la. Vejamos os depoimentos:

As principais demandas para o Serviço Social são: **acompanhamento do bolsa família**, (sim o acompanhamento é realizado sem transtorno); **facilitar o acesso de exames de média e alta complexidade nos casos de urgência, (na medida do possível, tentamos agilizar esses encaminhamentos**, embora não temos nenhuma cota disponível, contamos com a boa vontade dos coordenadores da Central de Marcação e regularização de exames e consultas); **visita domiciliar, as visitas estão sendo prejudicadas, pois só estamos realizando visitas de urgências, devido a demanda por atendimento tomar o dia no qual estamos na UBSF; visita institucional, estas visitas também estão limitadas, mas é de fundamental importância para encaminharmos com toda a orientação possível**. Quando não podemos visitar antes do encaminhamento, fazemos o contato por telefone; **Atividade educativa, esta atividade também foi prejudicada, pois não temos tempo para realizar educação em saúde, seja na sala de espera, nos grupos de saúde e nas entidades da comunidade, então só realizamos com prévio agendamento em caráter especial.** (ENTREVISTADA 01)

As demandas para o Serviço Social estão em todos os grupos de atendimento do PSF. Só que nossa demanda maior e com criança, adolescentes, idoso, portadores de necessidades especiais, mulheres vitimas de violência domésticas, entre outras. **Apesar dos entraves tem sido possível desenvolver nosso trabalho, mas com dificuldades**. Nossa rede de proteção social do município encontra-se fragilizada, a Secretaria de Assistência Social (SEMAS) e seus respectivos programas estão sem funcionar, como também, a falta de política pública que atenda com seriedade os nossos usuários do SUS. (ENTREVISTADA 02)

As principais demandas para o Serviço Social são: **acesso aos serviços de saúde (consultas, medicação, cirurgias, transportes...)**; violência doméstica; orientação sobre benefícios assistenciais e previdenciários; **acompanhamento do bolsa família**, salientado que neste acompanhamento tratamos de diversos assuntos com a beneficiaria do BF, como por exemplo: saúde, educação, direito da mulher, alimentação e outros; orientações sobre programas sociais e documentação. (ENTREVISTADA 03)

De acordo com o Parâmetro Para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (2010), as principais ações desenvolvidas pelo assistente social na saúde são entre outras ações: facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como

a garantia de direitos na esfera da Seguridade Social por meios de mecanismos e rotina de ação; conhecer a realidade dos usuários por meio da realização de visitas domiciliares; conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais.

No tocante as ações socioeducativas os Parâmetros definem que essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática.

A partir das falas das entrevistadas é possível observar que as principais demandas apresentadas para os assistentes sociais são exatamente as elencadas nos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde. No entanto ressalta-se que é mediante muitos esforços e diante de muitas dificuldades que esses profissionais exercem sua prática na ESF, conforme se evidencia no depoimento 02.

Ainda conforme os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (2010), as novas contradições que são criadas devido à contrarreforma na saúde, a qual tenta não viabilizar o SUS constitucional, vem acarretando, diariamente nos serviços de saúde, questões como: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários. Tais questões vão surgir no cotidiano dos serviços de saúde por meio de algumas demandas explícitas como, por exemplo, marcação de consultas e exames, solicitação de internação, entre outras.

É possível observar nos depoimentos 01 e 03 que, uma das principais demandas que chegam ao assistente social está relacionada com o acompanhamento do Bolsa Família. Segundo o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome o Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. Tal Programa tem como finalidade garantir o direito à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a conquista da cidadania pela população mais vulnerável. Cabe destacar que durante nossa inserção em campo de estágio foi possível observar que no dia em que o profissional de Serviço Social encontrava-se nas UBSFs, a demanda maior estava relacionada ao acompanhamento de tal Programa o que vinha prejudicando o desenvolvimento de outras atividades.

Quando indagadas quais os instrumentos que são utilizados para o trabalho junto a UBSF, as profissionais assim se pronunciaram:

Instrumental: informações sobre os Serviços Sociais (educação, saúde, assistência, previdência, entre outros); planilha de acompanhamento de saúde, prontuário, fichas, formulários, declarações sociais, parecer social, relatório, contatos institucionais, encaminhamento a serviços de saúde, acesso a serviços através do Ministério Público nos casos que a lei determina prioridade: criança, adolescente, idosa e deficiente; notificação nos casos de violência priorizando, criança, idosos, mulheres, homossexuais; acompanhamento dos casos de negligência com crianças e idosos; sala de espera para informes de saúde; **visitas domiciliar; reuniões; planejamento estratégico.**
(ENTREVISTADA 01)

No tocante aos nossos instrumentos, assim, não existe um específico, ao visitarmos ou atendermos uma família, realizamos anotações no prontuário do usuário que é o da família. **Não existe um material específico do Serviço Social para realizarmos**, por exemplo, um encaminhamento para qualquer programa do município, nós assistentes sociais do PSF de Campina Grande estávamos reunindo para prepararmos esse instrumental. Quando precisamos fazer algum relatório para encaminhar para o Conselho Tutelar, Curadorias, Secretarias, Juizado da Infância, entre outros, não temos material específico, mas utilizamos o carimbo da UBSF e o nosso profissional, como também, deixamos o relatório no prontuário da família.
(ENTREVISTADA 02)

Reuniões, oficinas, entrevistas e visitas domiciliares.
(ENTREVISTADA 03)

Iamamoto (2007) enfatiza que ao falar em instrumentos de trabalho do assistente social, de forma geral, tem-se uma visão dos instrumentos de trabalho como um arsenal de técnicas, a exemplos das: entrevistas, reuniões, encaminhamento, entre outros. Dessa forma, observando as falas das entrevistadas é possível identificar que estas seguem esse raciocínio que a autora ressalta, quando afirmam que os instrumentos são reuniões, visitas domiciliares, encaminhamento, entre outros.

A autora destaca que a questão dos instrumentos de trabalho é mais complexa, pois envolve os meios de trabalho do assistente social. A noção estrita de instrumento como mero conjunto de técnicas se amplia para envolver o conhecimento como um meio de trabalho. Dessa forma, as bases teóricas-metodológicas do assistente social são recursos usados para exercer o seu trabalho, ou seja, contribuem para iluminar a leitura e produzir rumos à ação. O conhecimento é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado.

Portanto, podemos afirmar que a utilização dos instrumentos de trabalho do assistente social envolve não só o campo da técnica, mas também o conhecimento que esse profissional possui, assim como as suas habilidades.

Cabe destacar conforme afirma Guerra (2002 apud MENESES 2010, p. 79) que a materialidade das ações profissionais engloba um conjunto de conhecimentos, informações, técnicas e habilidades, que em geral não é perceptível aos sujeitos, pois as condições objetivas do trabalho profissional não dependem apenas da postura teológica individual dos seus agentes e seus instrumentos de intervenção. Mas está, contraditoriamente perpassada pela lógica do capital, que movem a ordem burguesa pelas fragmentações e abstrações que produz e a sustenta, e constrange qualquer prática que intenciona romper com o conservadorismo.

Meneses (2010) lembra ainda que os objetivos, as condições e os meios estratégicos de operacionalização pelas quais os profissionais realizam suas atividades profissionais são perpassadas por construções sócias, políticas e históricas condicionadas por interesses antagônicos.

Portanto, entende-se que é nesse espaço que os assistentes sociais vivenciam as condições objetivas e subjetivas de trabalho profissional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo que ora apresentamos, nos permitiu algumas reflexões que contribuem para a análise do Serviço Social na saúde no contexto atual, marcado pelas profundas mudanças ocorridas no mundo do trabalho. Tais mudanças são determinadas pelo processo de reestruturação produtiva que vem afetando todos os processos de produção e reprodução social. Todas essas transformações sociais, políticas e econômicas tem rebatido fortemente na classe que vive do trabalho, e neste âmbito se insere o assistente social. O que presenciamos atualmente na sociedade é o desmonte dos direitos sociais e trabalhistas, assim como o desmantelamento das políticas sociais, pois o Estado, na conjuntura atual encontra na ideologia neoliberal um amparo teórico e político para valorizar o papel do mercado em detrimento da sua ação pública.

Dessa forma concordamos com Mota e Amaral (2008), quando as mesmas ressaltam que na atual recomposição do ciclo de reprodução do capital, ao produzir um conjunto de mudanças na organização da produção material, nas modalidades de gestão e consumo da força de trabalho, tem provocado fortes impactos nas práticas sociais que intervêm no processo de reprodução material e espiritual da força de trabalho, no qual se inclui a prática profissional dos assistentes sociais.

De acordo com os resultados da pesquisa ora apresentada acerca das condições de Trabalho do Assistente Social junto a Estratégia Saúde da Família, no Município de Campina Grande-PB verificamos que o processo de reestruturação produtiva vem rebatendo de forma significativa no trabalho do assistente social em tal espaço sócio-ocupacional, pois esses profissionais se deparam neste espaço de atuação com precárias condições de trabalho, o que vem prejudicando ou mesmo, impossibilitando, o desenvolvimento do seu trabalho. Ademais, conforme ficou evidenciado nas falas das entrevistadas, o trabalho desse profissional na ESF vem sendo desenvolvido de forma fragmentada, devido o grande número de equipes que os mesmos têm que cobrir. Também, evidencia-se, que os assistentes sociais da ESF ainda têm carga horária semanal de 40 horas, mesmo depois de a categoria profissional ter conseguido garantir legalmente às 30 horas semanais.

De forma geral percebemos através da pesquisa de campo aqui apresentada, que os profissionais entrevistados vêm encontrando uma série de dificuldades para desenvolver suas ações junto a ESF, tais como: a falta de intersetorialidade, que ainda encontra muita fragilidade; a precarização das políticas públicas; a falta da

interdisciplinaridade junto à equipe, assim como também, a inexistência de condições físicas e materiais para desenvolver suas ações. Destaca-se ainda a falta de compromisso da gestão pública municipal para com tais profissionais.

Segundo Cesar (2008) as mudanças produzidas pelo processo de reestruturação produtiva afetam as condições objetivas e subjetivas em que o trabalho do assistente social se realiza. Isso significa que as condições em que o exercício profissional se desenvolve, pode interferir significativamente na qualidade do trabalho do assistente social. Particularmente no que se referem à saúde os profissionais que vem atuando em tal espaço vem encontrando na atual conjuntura, uma série de dificuldades e limitações para conduzir o seu trabalho, é isso foi observado durante o nosso processo investigativo.

Diante desse contexto caracterizado por dificuldades para desenvolver um trabalho de forma comprometida, entende-se que, os profissionais inseridos neste espaço de atuação, deveriam denunciar as condições de trabalho precárias, como também, poderiam se articular com as entidades representantes da categoria, CFESS/CRESS, para de forma conjunta reivindicar melhores condições de trabalho.

No entanto frente o atual paradigma de mercado e de Estado que vem reduzindo postos de trabalho, cresce o número de profissionais que acabam convivendo e se submetendo as más condições de trabalho.

Cabe destacar de acordo com Souza (2009), que a condição de precarização do trabalho em saúde não está restrita a diversidade de vínculos, principalmente no serviço público, mas também às condições objetivas e subjetivas de trabalho a que estão submetidos os profissionais.

Portanto, esperamos que esse estudo tenha alcançado seus objetivos e que possa contribuir com o trabalho dos profissionais que estão atuando nesse espaço sócio-ocupacional, trazendo debates acerca da temática e que o mesmo possa, posteriormente, servir de base para outros estudos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. O novo (e precário) mundo do trabalho – reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

ALVES, Giovanni. Nova ofensiva do capital, crise do sindicalismo e as perspectivas do trabalho – o Brasil nos anos noventas. In: TEIXEIRA, FRANCISCO. J.S; OLIVEIRA MANFREDO DE ARAÚJO. (orgs). **Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva**: as novas determinações do mundo do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 109/16

ANTUNES, Ricardo (1953). **Adeus ao Trabalho?** : Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5ª Ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1998.

ANTUNES, **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999, pag.29/59.

ABEPSS – Associação de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Formação do assistente social no Brasil e a consolidação do projeto ético-político. In: **Serviço Social e Sociedade**. Serviço social: Formação e projeto político, nº 79. São Paulo: Cortez, 2004.

ANDERSON, Perry. **Balanco do neoliberalismo**. In: SADER, E. & GENTILLI, P. (orgs). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. 7ªed. São Paulo: Paz e Terra, 1995, pag.10.

ARAÚJO, Dassaelly de Souza. A implantação dos núcleos de apoio a saúde da família – NASF e os impactos na prática profissional dos/as assistentes sociais da estratégia de saúde da família – ESF no município de Campina Grande – PB. **Monografia (Graduação em Serviço Social)**. Campina Grande: UEPB, 2011.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.1.

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

BERNARDINO, F. E; BRASILEIRO, J. A.; VASCONCELOS, K. E. L.; CAVALCANTE, L. P.; RIBEIRO. S. P. O cotidiano profissional do assistente social no programa de saúde da família em Campina Grande. In: **Cadernos Especiais**. n. 36, edição: 31 de julho a 28 de agosto de 2006. Disponível em: < <http://www.assistentesocial.com.br>>, acesso em 21 abril.2011

BARACHO, J. V. de A. Desafios e possibilidades para a ação profissional nos Conselhos e Locais de Saúde em Campina Grande – PB. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, UEPB, 2010.

BRAVO, M. I.S. Política de Saúde no Brasil. IN: MOTA, A. E. et al (org). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006

BRAVO; MENEZES, Juliana S. B. de. Política de Saúde no governo Lula. In: BRAVO M. I. [et al.] (orgs). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde, 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde - **Pacto pela Saúde** – Política Nacional de Atenção Básica. Volume 4. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021>, acesso em 23 mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1994. Disponível em: <<http://www.ministeriodasaude.gov.com.br>> Acesso em: 14 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/saude55-texto_4_aps_-_atencao_basica.pdf > Acesso em: 12 junho de 2011.

BRASIL. **Lei n. 12. 317, de 26 de agosto de 2010**. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm> Acesso em: 06 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>> Acesso em 8 de junho de 2011.

CAMPINA GRANDE. A persistência da memória: 10 anos do Saúde da Família em Campina Grande. 2004. (Material comemorativo aos 10 anos de PSF em Campina Grande).

CARNEIRO, T. S.; VASCONCELOS, K. E. L. **Saúde da Família em foco**: Uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (orgs). **Seguridade e saúde**: tendências e desafios. Campina Grande: Eduepb, 2009.

CESAR, Mônica de Jesus. **Serviço Social e Reestruturação Industrial**: requisições, competências e condições de trabalho profissional. In: MOTA, (org). **A nova fábrica de consensos**: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

COSTA, M. D.H. da. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (das) Assistentes Sociais. In: Mota, A. I. de S. B. *et al* (org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3ª ed. São Paulo: Costez, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de regulamentação da profissão de Assistente Social**. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. **Código de Ética dos Assistentes Sociais**. Resolução nº 273, de 13 de março de 1993, com alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

_____. **Agora é lei:** 30 horas semanais assistentes sócias sem redução salarial. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/noticias_res.php?id=466 > Acesso em: 06 junho de 2011.

_____. **Parâmetro para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010.

_____. **Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006.** Dispõe sobre as condições éticas e técnica do exercício profissional do assistente social.

_____. **Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999.** Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

DIAS, Edmundo Fernandes. Capital e Trabalho a nova dominação. In: **Revista Universidade e Sociedade.** Nº 10, Ano, VI, pag.17/32.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, T.B et al. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

GUIMARÃES, E. A. D. Bases para um alicerce seguro. In: MENDONÇA, A. V. M. **Dez anos de PSF em Campina Grande: o sentir e o fazer – suas vozes.** Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 11 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

JORNAL CLICK PB, Disponível em <<http://www.clickpb.com.br/art.php?id=201005170030617&cat=saude&keys=psf-campina-grande-atende-populacao-supera-metas-nacionais>> Acessado em: 06 junho de 2011.

MOTA, Ana Elisabete e Amaral, Ângela Santana. A Reestruturação Produtiva e as novas Modalidades de Subordinação do Trabalho. **A nova fábrica de Consensos: Ensaio Sobre a Reestruturação Empresarial, o Trabalho e as Demandas ao S.S (Org)** Ana Elisabete Mota, pág.23/44. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MENESES, Erika Silva. **Processo de trabalho em saúde; uma análise das condições de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar.** Dissertação de Mestrado/ UFRN. Natal, 2010.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social; notas para uma análise prospectiva da profissão. In: **Serviço Social & Sociedade,** São Paulo: Cortez, nº 50, p. 87-132, abr. 1996.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, nº 3, p. 41-47, Nov.1998.

OLIVEIRA, Manfredo de Araújo. A nova problemática do trabalho e a ética. In: **Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 163/194.

PRÉDES, Rosa. **Mercado de trabalho do serviço social na sociedade contemporânea**. Campina Grande, 2010.16 diapositivos.

PRÉDES, Rosa (org). **Mercado de Trabalho do Serviço Social: Fiscalização e exercício profissional**. Maceió: EDUFAL, 2002.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. **Trabalho em saúde: as (re) configurações do processo de desregulamentação trabalho**. IN: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (orgs). **Seguridade Social: tendências e desafios**. Campina Grande: Eduepb, 2009.

SILVA, Antonio Carlos Ribeiro da. **Metodologia da Pesquisa Aplicada à Contabilidade**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

SERRA, Rose. **Trabalho e Reprodução: enfoques e abordagens**. São Paulo: Cortez, 2001.

SA, Hallyne Saldanha de. O trabalho do (a) assistente social no cotidiano da estratégia saúde da família no município de Campina Grande-PB. **Monografia (Graduação em Serviço Social)**. Campina Grande: UEPB, 2011.

TEIXEIRA, Francisco J. S. O neoliberalismo em debate. In: **Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho – 2**. Ed. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1996.

TEIXEIRA, Mary J. de O. O Programa de Saúde da Família, o Serviço Social e o Canto do Rouxinol. IN: BRAVO, Maria I. S.; PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social e Democracia**. 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

VASCONCELOS, K E.L. et al. Serviço Social e estratégia saúde da família: contribuições ao debate. In: **Serviço Social e Sociedade**. nº. 98, São Paulo, abr./jun. 2009, p. 308-334.

Apêndices



ROTEIRO DE ENTREVISTA - ASSISTENTE SOCIAL

- 1) Nome:
- 2) Idade:
- 3) Sexo: () Masculino () Feminino
- 4) Em que ano concluiu o curso de graduação em Serviço Social?
- 5) Possui pós-graduação em alguma área específica de Serviço Social?
- 6) Quanto tempo trabalha na UBFS?
- 7) Como vem sendo desenvolvido o seu trabalho na ESF?
- 8) Existem algumas dificuldades na sua atuação no ESF? Quais?
- 9) Qual a sua carga horária?
- 10) Quais as suas condições de trabalho?
- 11) Em sua opinião, a UBSF dispõe de condições físicas e materiais, de forma que venha garantir a qualidade do exercício profissional?
- 12) Você faz parte de quantas equipes?
- 13) Como vem sendo desenvolvido o seu trabalho junto à equipe?
- 14) Em sua opinião, a falta de uma sala específica para o Serviço Social tem dificultado o seu trabalho?
- 15) Quais as principais demandas para o Serviço Social? Tem sido possível desenvolvê-la? Sim ou não? Se não, por quê?
- 16) Quais instrumentos e técnicas utilizados para o seu trabalho na UBSF?

Anexos



**Universidade Estadual da Paraíba
Comitê de Ética em Pesquisa**

Termo de consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa que irei participar tem como tema **“AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: UM ESTUDO JUNTO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB”**; coordenado pela professora do Departamento de Serviço Social Maria Socorro Pontes e pela aluna Maria Regina Barboza.

O estudo tem por objetivo Analisar as condições do trabalho do Assistente Social na ESF, no município de Campina Grande-PB.

A coleta de dados será feita através de entrevistas semi-estruturada e utilizar-se-á para análise dos dados a técnica de análise de conteúdo.

Se desejar, para esclarecer essa ou outra necessidade durante ou após a coleta de dados, procurarem os responsáveis ou o Departamento de Serviço Social.

Os resultados da pesquisa estarão ao alcance dos interessados logo após a conclusão no Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, me disponho a participar da pesquisa **“AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: UM ESTUDO JUNTO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB”**, após ter sido informada pelos pesquisadores que:

- A minha participação é voluntária, podendo me retirar do estudo, se assim desejar, em qualquer momento durante a realização da entrevista, sem sofrer nenhum prejuízo pessoal ou profissional.
- Está assegurado o meu anonimato quando da divulgação dos resultados da pesquisa e resguardando o sigilo de dados confidenciais.
- Autorizo a gravação da entrevista e a divulgação dos resultados.

Campina Grande – PB, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do Entrevistado (a)

Assinatura do Pesquisador (a)



Universidade Estadual da Paraíba

Comitê de Ética em Pesquisa

Termo de Compromisso dos pesquisadores

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo assinados, respectivamente, autor e orientador da pesquisa intitulada **“O Trabalho do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família – ESF: Um Estudo das Condições de Trabalho Junto a Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Monte Castelo, no município de Campina Grande – PB”**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução UEPB/CONSEPE/ de 10/10/2001.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluindo na pesquisa, por período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UEPB (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande – PB, _____ de _____ de 2011.

Autor (a) da pesquisa

Orientando (a)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRO-REITORIA DE POS GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO

CAAE 0372.0.133.000-10

Pesquisadora Orientadora: Maria do Socorro Pontes de Souza

Andamento do projeto - CAAE - 0372.0.133.000-10				
Título do Projeto de Pesquisa				
O Trabalho do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família (ESF) : Um Estudo das Condições de Trabalho junto a Unidade Básica de Saúde da Família de Monte Castelo no Município de Campina Grande - PB.				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	23/09/2010 12:59:02	06/10/2010 10:38:40		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	06/10/2010 10:38:40	Folha de Rosto	0372.0.133.000-10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	27/08/2010 08:59:15	Folha de Rosto	FR366899	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	23/09/2010 12:59:02	Folha de Rosto	0372.0.133.000-10	CEP

[Voltar](#)